

# LINEAMIENTOS PARA LA ATENCION DEL CONSUMO EPISODICO EXCESIVO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

AÑO 2012



Lineamientos para la atención del  
Consumo episódico excesivo de  
alcohol en adolescentes

---

Año 2012

## Autoridades Nacionales

---

### **Presidenta de la Nación**

Dra. Cristina FERNANDEZ DE KIRCHNER

### **Ministro de Salud**

Dr. Juan MANZUR

### **Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias**

Dr. Eduardo BUSTOS VILLAR

### **Secretario de Promoción y Programas Sanitarios**

Dr. Máximo DIOSQUE

### **Subsecretario de Salud Comunitaria**

Dr. Guillermo GONZALEZ PRIETO

### **Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones**

Lic. María Matilde MASSA

### **Directora de Medicina Comunitaria**

Silvia Baez ROCHA

### **Coordinador del Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol**

Lic. Aldo DOMANICO

### **Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia**

Dr. Fernando ZINGMAN

## Autores

Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por el Comité de Expertos coordinado por la Lic. Lucia Pomares, conformado por: Dra. Marta Braschi, Dr. Miguel Angel Casella, Mg. Roberto Canay, Dra. Ana María Girardelli, Dr. Mario Kamenieki, Dra. Mónica Nápoli, Lic. Silvia Pisano y Dra. Silvia Quevedo, convocados por el MSAL de Octubre a Diciembre de 2010.

El documento final fue elaborado por el Mg. Roberto Canay y la Dra. Mónica Nápoli, en conjunto con el equipo técnico del MSAL y sujeto a revisión del Consejo de Expertos en Mayo de 2011.

Por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia participaron: Lic. Lucia Pomares, Lic. María Rosner y Dr. Juan Carlos Escobar.

Por el Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol participaron: Lic. Mónica Cassini, Dra. Olga Charreau y Lic. Aldo Dománico.

## Colaboradores

Silvia Bentollila (Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias) y Dra. Andrea Franck (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia).

## Coordinación Ejecutiva

Dr. Fernando Zingman, Lic. Lucia Pomares y Lic. María Rosner.

## Revisión legal

Dr. Javier Frías (Unidad de Fiscalización de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones) y Dra. Mariana Baresi (Asesora legal de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones).

## Revisión general

Dr. Fernando Zingman

## Diseño Editorial Integral

DCV Anahí Maroñas

### Diseñador Gráfico

Jorge Daniel Barros.

(Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones).

## INDICE

|      |                                                                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------|
| P 9  | Prólogo                                                                   |
| P 10 | I. Introducción                                                           |
| P 10 | Marco conceptual.                                                         |
| P 12 | Situación epidemiológica.                                                 |
| P 14 | II. Marco general de la atención                                          |
| P 17 | III. Lineamientos para un abordaje integral en la atención de urgencia    |
| P 17 | 1. Flujograma de atención                                                 |
| P 18 | 2. Procedimiento                                                          |
| P 18 | 2.1. Atención del paciente intoxicado<br>(Intoxicación Alcohólica Aguda). |
| P 18 | 2.1.1. Clínica de la intoxicación aguda.                                  |
| P 19 | 2.1.2. Diagnóstico.                                                       |
| P 19 | 2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda.                                 |
| P 20 | 3. Evaluación de Riesgo                                                   |
| P 21 | 3.1. Ejes a tener en cuenta sobre las prácticas de consumo.               |
| P 21 | 3.2. En todos los casos detectar y registrar.                             |
| P 22 | 4. Derivación asistida                                                    |
| P 23 | IV. Seguimiento                                                           |
| P 23 | ¿Para qué es el seguimiento?                                              |
| P 23 | ¿En qué consiste?                                                         |
| P 23 | 1. Evaluación diagnóstica integral.                                       |
| P 25 | 2. Consejería.                                                            |
| P 27 | V. Bibliografía                                                           |
| P 31 | VI. Anexos                                                                |
| P 31 | 1. Glosario.                                                              |
| P 32 | 2. Jerga.                                                                 |
| P 33 | 3. Emergencias por alcohol y otras drogas.                                |
| P 42 | 4. AUDIT.                                                                 |
| P 48 | 5. AUDIT C.                                                               |



**P 50** Instrumento para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol.

- P 51** 1. Marco general de la atención.
- P 52** 2. Atención del paciente intoxicado.
- P 52** 2.1.1. Clínica de la intoxicación.
- P 52** 2.1.2. Diagnóstico.
- P 53** 2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda.
- P 54** 3. Evaluación de riesgo.
- P 55** 4. Consejería.
- P 56** 5. Derivación asistida

## PROLOGO

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y el Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol, identifican al Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA) como una de las problemáticas de mayor importancia en la situación de salud de los y las adolescentes, junto con el suicidio y embarazo no planificado y se han definido como ejes prioritarios para el abordaje socio sanitario.

En la actualidad, se han producido cambios en la modalidad de consumo de alcohol que se manifiestan en la disminución de la edad de inicio, promediando los trece años, con un mayor consumo en los fines de semana en un período corto de tiempo. Asimismo, se registra un aumento en el ingreso a las guardias por intoxicación alcohólica aguda y las complicaciones relacionadas.

La atención en la urgencia frecuentemente se ha limitado hasta el momento a estabilizar los parámetros vitales, perdiéndose en general una oportunidad regia para abordar la problemática del consumo de alcohol. Uno de los objetivos

es modificar los procedimientos actuales del sistema de salud con respecto al consumo excesivo de alcohol, brindando una atención accesible para el adolescente y su entorno. Ante esta situación el Ministerio de Salud de la Nación propone una estrategia facilitadora de la inclusión del CEEA como problema sanitario ofreciendo Lineamientos para la atención integral del CEEA para la atención de la urgencia y su seguimiento posterior.

Contamos para esta tarea con el asesoramiento y la participación de expertos en la materia, lográndose un amplio consenso en las definiciones y propuestas. El documento tiene en cuenta la legislación vigente, el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y el cumplimiento de los derechos humanos.

Esperamos mejorar las condiciones de cuidado de los y las adolescentes en situación de vulnerabilidad y al mismo tiempo brindar las herramientas adecuadas para que el equipo de salud se sienta seguro en su respuesta.

**Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones**

**Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia**

## I. INTRODUCCION

En los últimos años hemos asistido a un importante aumento de la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas al consumo de alcohol.

Este documento se propone ofrecer lineamientos para que los equipos de salud de todo el país puedan brindar a los/ las adolescentes una atención adecuada por consumo episódico excesivo de alcohol, en el marco de la red local de servicios y en cumplimiento de sus derechos de salud.

Se recomienda una atención basada en los procedimientos médicos, una evaluación diagnóstica integral y una oportuna consejería en consumo excesivo de alcohol. Esta última está orientada a la comprensión de esta problemática y a la promoción de prácticas de cuidados de la salud por parte del adolescente y de su entorno.

### MARCO CONCEPTUAL

A lo largo de la historia las bebidas alcohólicas han sido consumidas en

muchas sociedades con diferentes propósitos. Dependiendo de cada cultura, tomar alcohol puede ser un símbolo de inclusión y/o exclusión al grupo social, un símbolo de celebración o un acto sacro. No obstante, en la actualidad, el consumo de alcohol se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel internacional.

El alcohol es una droga psicoactiva legal ampliamente consumida por las/los adolescentes en nuestro país. Se entiende como sustancia psicoactiva cualquiera que produzca efectos sobre el sistema nervioso central con la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.

Dado que nadie es igual ante una misma sustancia, los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la graduación que poseen, del contexto, del género, de las expectativas de quien las consume, del estado de ánimo y de las características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como baja tolerancia, presencia de otras drogas y enfermedades pre-existentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la abstinencia completa de alcohol en menores de 18 años, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde sea la incorporación del joven al consumo de bebidas alcohólicas. También define como “Trastornos Relacionados con el Alcohol” a cualquier deterioro del funcionamiento físico, psíquico o social de un individuo, cuya naturaleza permite inferir que este consumo mantiene una relación causal directa o indirecta con la aparición de dicho trastorno.<sup>1</sup>

### TODO CONSUMO EN MENORES Y EMBARAZADAS ES DE RIESGO.

Si bien el consumo de alcohol es en la actualidad un problema de salud pública complejo, es fundamentalmente un comportamiento social. En nuestro país, en las últimas décadas, el tradicional modelo de consumo de ingestión regular de vino y vinculado a la alimentación (característico de los inmigrantes italianos y españoles) fue dando paso progresivamente a un consumo episódico excesivo o intermitente. Situación que se da con mayor frecuencia los fines de semana (especialmente con

cerveza, destilados o jarra loca<sup>2</sup>), por fuera del marco de la alimentación y de la situación familiar, prevalentemente en espacios vinculados con la nocturnidad. Esta modalidad la denominamos consumo episódico excesivo de alcohol (CEEAA).

**A los fines de este documento definimos: el CEEAA como la ingestión de gran cantidad de alcohol (más de 5 UNEs=60 Gr/cc alcohol puro) en una sola ocasión o en un período corto de tiempo (horas). Esta práctica se registra con mayor frecuencia durante los fines de semana, en escenarios nocturnos, por fuera del marco de la alimentación y del ámbito familiar, siendo su motivación principal la búsqueda del estado de embriaguez. Este tipo de consumo produce significativas alteraciones comportamentales y del estado de conciencia, ocasionando daños en el individuo que ingiere la sustancia además de efectos sociosanitarios<sup>3</sup> negativos.<sup>4</sup>**

1- Organización Mundial de la Salud (2004) Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: WHO.

2- Mezcla de bebidas alcohólicas en un balde o jarra que suele incluir psicofármacos.

3- Accidentes (tránsito, domésticos, laborales), situaciones de violencia, prácticas sexuales de riesgo, etc.

4- Definición consensuada por el Consejo de Expertos CEEAA MSAL, Octubre – Diciembre 2010.

**UNA UNIDAD ESTANDAR DE BEBIDA ALCOHOLICA ES EQUIVALENTE A:**

Este patrón de consumo, con grandes cantidades de alcohol y siendo cada vez más frecuente y elevado en cortos períodos de tiempo, se da de manera recurrente en la población juvenil. Comprende también una modalidad de ingesta denominada «binge drinking» (“fondo blanco”, “tomar de golpe”) y, la más actual, incorporación de las bebidas alcohólicas a través de las mucosas: eyeballing (a través de la mucosa oftálmica), uso de tampones embebidos en alcohol que se introducen en vagina y recto, entre otros.

**SITUACION EPIDEMIOLOGICA**

En la Argentina se estima que 1.700.308 personas mayores de 15 años, padecen trastornos de abuso o dependencia al alcohol.<sup>5</sup>

Es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre las/los adolescentes y también la que registra inicios a edades más tempranas.<sup>6</sup> Entre los estudiantes de enseñanza media de nuestro país, la edad promedio de inicio en el consumo de bebi-

das alcohólicas es de 13 años (OAD, 2009); vale recordar que esta población está compuesta mayormente por menores de 18 años y que la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad está prohibida por ley. Aproximadamente 766.743 estudiantes de nivel medio han consumido alguna bebida alcohólica en el último mes, lo que representa un 46,3% del total de los estudiantes de nuestro país; de éstos, el 60% reconoce haber tomado cinco tragos o más en una misma ocasión durante las últimas dos semanas (OAD, 2009). Es importante destacar que la mayor parte de las borracheras o abusos se registran durante los fines de semana.

Estos niveles y modalidades de consumo tienen un impacto directo en las salas de emergencia, ya sea por lesiones por violencia y accidentes (heridas cortantes, armas de fuego, lesiones en incendio, ahogamientos, incidentes en la vía pública, violencia familiar, suicidio, etc.) o, con frecuencia, por episodios de intoxicación alcohólica, acompañados principalmente por consumo de fármacos.<sup>7</sup>

El consumo de alcohol, aún en pequeñas cantidades, aumenta el riesgo de accidentología vial. La Organización Mundial de la Salud afirma que entre el 20% y 50% de las muertes por accidentes de tránsito en las Américas están relacionadas con el alcohol (OMS, 2004). Según un estudio realizado por el Observatorio de Políti-

cas Públicas en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires (2010), en los accidentes de tránsito producidos en las autopistas de la Ciudad, el 23,8% de los conductores había consumido alcohol, en estos casos el 50% de los conductores es menor de 25 años y el 87% de los accidentes sucedieron durante los fines de semana.

***El problema del consumo de bebidas alcohólicas en las/los adolescentes es tan grave que según la OMS: “una de cada cinco muertes de jóvenes está relacionada con el alcohol”. Siendo el CEEA una de las problemáticas que mayor impacto tiene en el sistema sociosanitario.***

El abordaje del CEEA es de alta prioridad para el sistema sanitario. Los servicios de salud deben ofrecer acciones de prevención y tratamiento, trabajando en conjunto con diferentes actores sociales estimulando modalidades participativas, y generando conciencia sobre los riesgos y consecuencias derivados del abuso de alcohol.

5- Informe elaborado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la República Argentina.

6- De acuerdo a los Estudios Nacionales sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizados por el Observatorio Argentino de Drogas – OAD- (2004 / 2006 / 2008) , el aumento del consumo de alcohol en menores de 12 a 15 años registra aumentos significativos, especialmente en los grandes centros urbanos.

7- Según el último relevamiento nacional realizado en las salas de emergencias por el OAD, el 9,4% de las consultas están vinculadas con el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia del alcohol es del 76.2%. Sobre el total de las situaciones de violencia que ingresan a las guardias, el 34,7% están relacionadas con el consumo de alcohol, de las cuales el 56,2% corresponden a jóvenes entre 15 y 25 años.

## II. MARCO GENERAL DE LA ATENCION

La asistencia por CEEA es un derecho del paciente y su abordaje debe ser realizado dentro del marco de las políticas de salud y de la legislación vigente,<sup>8</sup> contemplando la Convención de los Derechos del Niño.<sup>9</sup>

El equipo de salud tiene el deber de asistir al paciente sin ningún tipo de menoscabo o discriminación, prioritariamente para con los niños, niñas y adolescentes (Ley de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Convención de los Derechos del Niño, arts. 4, 24; Ley N° 26.061, arts. 5, 14, 28; Ley N° 26.529, art. 2 inc. a; Ley N° 26.657, art. 7).

Se promueve la atención en espacios de salud “amigables”<sup>10</sup>, que favo-

rezcan el establecimiento de una relación de confianza y seguridad, de manera tal que las/los adolescentes puedan recurrir a ellos en casos de necesidad. Es fundamental privilegiar la escucha y no intervenir desde la sanción moral.

### Consentimiento del Adolescente

En cuanto su estado de conciencia lo permita, deberá obtenerse el consentimiento informado del propio adolescente. Es necesario que los/las adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas, debiéndoseles suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados. (Ley N° 26.529, art. 2 inc. e, art.6; Ley N° 26.657, art. 10)<sup>11</sup>.

8- En nuestro país, se han sancionado instrumentos legales municipales, provinciales y nacionales que de diferentes formas se ocupan tanto del tema del consumo de drogas (Ley nacional 23.737/Ley nacional 26.657) y más específicamente del consumo de alcohol (Ley nacional 24.788).

9- Entre los derechos básicos de la Convención en lo referido a la salud se hallan el propio derecho a la salud; el derecho a la no discriminación; el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; el derecho a ser oído.

10- Servicios Amigables para adolescentes (OPS, UNFPA). “Servicios donde las y los adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera que sea la demanda, siendo agradables a las/los adolescentes y sus familias por el vínculo que se establece entre los usuarios/as y el proveedor de salud y por la calidad de sus intervenciones”.

### CONFIDENCIALIDAD

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información médica referente a los/las adolescentes, teniendo en cuenta los principios básicos de la Convención ya apuntados. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos (La Ley N° 17.132 del Ejercicio de la Medicina art. 11<sup>12</sup>). Las/los adolescentes pueden recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres.

### REFERENTE ADULTO

Asimismo, se destaca la importancia de contar con un referente adulto que acompañe (familiar, miembro de la comunidad y/o otras personas legalmente responsables), sujeto al consentimiento del adolescente.. Será imprescindible propor-

cionar información adecuada y apoyo a los padres o referentes vinculares para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad con el joven (Observación General N° 4 ob. cit., puntos 15 y 16). Se debe prestar especial atención a entornos familiares que no constituyan un medio seguro o propicio para el adolescente y que requieran un tratamiento familiar.

En el caso de evaluar la necesidad de comunicación a los padres y/o adulto responsable y ésta se encuentre imposibilitada, deberá comunicarse a la autoridad administrativa de protección de los derechos del niño/adolescente que corresponda en el ámbito local.

11- Tanto la Convención de los Derechos del Niño, que tiene rango constitucional como la Ley 26.061, no fijan una edad determinada para el ejercicio de los derechos que enuncian, por lo que puede considerarse que un niño que ya tiene discernimiento titulariza los derechos situados en el espacio constitucional de su autonomía personal sin que obste su minoridad. Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse su consentimiento fundamentado y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (conf. Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño: “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, punto 32). Asimismo, cabe destacar la Observación General N° 12 del Comité de los Derechos del Niño: “El derecho del niño a ser escuchado”, punto 100, que sostiene que “Se debe incluir a los niños, incluidos los niños pequeños, en los procesos de adopción de decisiones de modo conforme a la evolución de sus facultades”.

12- : “Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.”

**DEBE COMUNICAR**

En caso de situación de vulneración de derechos (Ley N° 26061, artículos 9°, 3° pár., 30 y 33<sup>13</sup>) se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral.<sup>14</sup>

Toda lesión grave presumiblemente infringida por otra persona en o por aprovechamiento de la situación de vulne-

rabilidad se deberá denunciar ante la autoridad fiscal, judicial y/o policial para que investigue la misma a los fines de elucidar si se halla configurado alguno de los delitos de lesiones previstos por el Código Penal (arts. 89 a 94), deber que le corresponde al profesional de salud en ejercicio de su función.<sup>15</sup>

No se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por consumo de alcohol. No es un delito para el Código Penal Argentino.

13- Art. 9, 3er pár.: "La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley."

Art. 30. Deber de comunicar. Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Art. 33. Medidas de protección integral de derechos. Son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias. La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente. La falta de recursos materiales de los padres, de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

14- En la Pcia. de Bs. As., al igual que en Nación, en caso de amenazas, vulneración u autovulneración de derechos de los niños o adolescentes, son los Servicios Locales de Protección de los Derechos del Niño quienes deben "recibir denuncias e intervenir de oficio" (19 inc. b, Ley 13.298). El citado organismo dentro de las 48 hs. de haber tomado conocimiento de una petición, o en el marco de su actuación de oficio, el servicio Local de Protección de Derechos debe citar al niño, sus familiares, responsables y allegados involucrados, a una reunión con el equipo técnico del servicio, que deberá fijarse dentro de las 72 horas siguientes" (art. 35.7 del Decreto 300/05).

15- El art. 177 del Código Procesal Penal de la Nación sostiene que "Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:... 2°) Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional."

### III. LINEAMIENTOS PARA UN ABORDAJE INTEGRAL DE LA PROBLEMÁTICA DE CEEA Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA ADOLESCENCIA

#### 1. FLUJOGRAMA DE ATENCION





El paciente con problemas de CEEA puede tomar contacto con el sistema de salud por guardia, consultorios externos u otros servicios de atención, pudiendo ingresar intoxicado o no. Siempre que esté intoxicado es prioritaria la atención emergentológica, siendo derivado de inmediato a la Guardia para su atención. En todos los casos (si está intoxicado, luego de su atención) debe realizarse la evaluación posterior.

## 2. PROCEDIMIENTOS

### 2.1. Atención del paciente intoxicado (Intoxicación Alcohólica Aguda)

#### 2.1.1. Clínica de la intoxicación aguda

##### a) Inicial o leve

Euforia, distimia, verborragia, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos.

##### b) Moderada/ grave

Agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado. Torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones, coma.

### Complicaciones relacionadas al consumo excesivo esporádico de alcohol en adolescentes

#### Digestivas

Gastritis aguda  
Síndrome de Mallory-Weiss

#### Cardiovasculares

Arritmias cardíacas  
ACV hemorrágico

2.1.2. Diagnóstico. Se basa en los antecedentes y las manifestaciones clínicas. Se puede confirmar mediante alcoholemia, alcoholuria o alcohol en aire expirado.

**De acuerdo a los recursos con los que se cuente, se pueden arribar a los siguientes diagnósticos:** **Diagnóstico presuntivo: se sospecha que el paciente ingirió alcohol, el paciente o algún acompañante lo refiere, el cuadro de situación coincide con prácticas de CEEA.** **Diagnóstico clínico-toxicológico: el paciente presenta signos y síntomas de intoxicación etílica y responde al tratamiento instaurado para tal fin.** **Diagnóstico de certeza: se realiza una toma de muestra de aire expirado, orina o sangre que arroja presencia de alcohol en sangre.**

Para el análisis de sangre el área de extracción debe limpiarse con solución jabonosa y dejar secar. Extraer la muestra de 5 cc (no menos de 2 cc) de sangre entera en recipiente de plástico con fluoruro de sodio, tapa hermética sin cámara de aire. Si el análisis no es inmediato conservar a 4° C.

El alcohol etílico puede ser medido en orina. Se utiliza para confirmar diagnóstico en intervenciones tardías.

#### Diagnóstico Diferencial:

- I Coma hipoglucémico
- I Cetoacidosis diabética
- I Encefalopatía hepática
- I Intoxicación por otras drogas de abuso
- I Patología estructural del SNC
- I Traumatismo craneo - encefálico

### 2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda

Los procedimientos se adecuarán a los recursos disponibles según la complejidad del efector.

#### a) Inicial o leve

1. Se debe atender en un lugar tranquilo y controlado. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras (sin estímulos luminicos ni sonoros).
2. Examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Descartar patología asociada.
3. Considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.
4. En caso de ser posible, solicitar inmediatamente Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Rx. Tórax.
5. Tratamiento de sostén. Evitar hipotermia (abrigo) y broncoaspiración (cuidar el decúbito lateral izquierdo).
6. Observar durante 6 hs. con evaluación repetida cada 2 hs. Si la evolución es favorable, proceder a la evaluación de riesgo y consejería según lineamientos para CEEA.
7. Si la evolución es desfavorable, completar indicaciones para intoxicación moderada/grave.

#### b) Moderada o grave

1. Utilizar lineamientos de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipoten-

sión expandir con cristaloideos.

2. Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración.

3. Examen físico. Control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.

4. Buscar evidencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumatismos y broncoaspiración.

5. Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.

6. Solicitar, en caso de ser posible, Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca – Mg, Gasometría, Creatinina, Rx. Tórax.

7. Se complementará con Alcholelémia, Dosaje de Drogas de Abuso en orina (no menos de 50 cc).

8. Se realizarán los exámenes necesarios para descartar comorbilidades. (TAC, Ecografía).

9. En caso de ser posible, monitoreo cardíaco/ECG para descartar arritmia.

10. Compensación del medio interno. Si presenta convulsiones el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etc.

11. Descartar, prevenir y tratar complicaciones:

- Hipotermia: (< 35 °C) responde al calentamiento externo por medios físicos.

- Agitación psicomotriz: Haloperidol 5-10 mg IM.

- Síndrome de Wernicke – Korsakoff: en paciente alcoholista crónico o desnutrido. Tiamina 50 – 100 mg IV y proseguir con 50 mg IM por día hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.

- Rabdomiolisis (Mioglobulinuria positiva, CPK aumentada). Provocar diuresis alcalina.

### ***Pautas a tener en cuenta con un paciente intoxicado agudo.***

**1. Debido al trastorno por consumo de alcohol la confiabilidad de la anamnesis directa puede verse afectada.**

**2. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras.**

**3. Controles seriados y permanentes.**

## **3. EVALUACION DE RIESGO**

Es importante evaluar el riesgo de experimentar consecuencias adversas debido al consumo de alcohol, teniendo en cuenta las situaciones particulares por las que el adolescente transita. Los problemas vinculados al consumo pueden afectar la salud física, emocional y social.

Para complementar el diagnóstico sobre la condición actual del adolescente en relación al consumo, realizar un breve sondeo acerca de la cantidad y la frecuencia de consumo. Se recomienda la Inclusión de las tres primeras preguntas del AUDIT<sup>16</sup> en la entrevista clínica:

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas (tragos) bebe en un día de consumo normal?

3. ¿Con qué frecuencia ingiere 6 o más tragos en un solo día?

La primera pregunta explora la frecuencia del consumo, la segunda evalúa la cantidad de alcohol bebido en un día de consumo normal, y la tercera la frecuencia de episodios de consumo elevado de alcohol. (Ver Anexo IV - AUDIT C).

### **3.1. Ejes a tener en cuenta sobre las prácticas de consumo (evaluar la percepción subjetiva del riesgo):**

- Motivación para el consumo (con quién/ es consumió, dónde, si es una situación habitual, si en general está sólo o con amigos, si ocurre con frecuencia durante las salidas que alguien del grupo se intoxique).

- Presencia de patrón múltiple de consumo de bebidas alcohólicas, y otras sustancias psicoactivas.

- Ausencia o no de cuidados previos, durante y posteriores a la ingesta de alcohol (inclusión de comida, jugos, agua).

- Conducción de vehículos bajo consumo de alcohol o si ha subido a vehículos conducidos por alguien que ha bebido.

- Frecuencia de caídas, lesiones, peleas asociadas al consumo excesivo de alcohol.

- Frecuencia de relaciones sexuales no

protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgo vinculado a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.

- Consumo de alcohol durante el embarazo, búsqueda de embarazo y lactancia.

### **3.2. En todos los casos detectar y registrar:**

- **Black-outs:** son episodios de amnesia transitoria que ocurren en estado de intoxicación. Afecta la memoria a corto plazo, paciente consciente sin recuerdo del periodo de intoxicación. Se considera un indicador temprano y grave de desarrollo de dependencia al alcohol.

- **Ingresos reiterados al sistema de salud relacionados a ingesta de alcohol.**

- **Riesgo de suicidio** (antecedentes previos, verbalización de intención suicida, etc.).

- **Embarazo.**

**Detección del consumo de riesgo en consultorios externos:** considerar a todo paciente que presente algún efecto perjudicial orgánico, conductual o social relacionado al consumo de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas. Prestar especial atención a pacientes con diagnóstico de gastritis, cefalea, mialgia, politrauma, o que hayan sufrido un accidente recientemente.

16- Prueba de identificación de trastornos del uso del alcohol de la Organización Mundial de la Salud.

Se recomienda realizar previo al alta una intervención breve de consejería integral de salud en consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (ver Punto V.2 Consejería).

#### **ATENDER LA URGENCIA NO ES ÚNICAMENTE DESINTOXICAR AL PACIENTE**

◆ **La crisis es una instancia privilegiada para establecer un nexo entre la persona y el sistema de salud.**

◆ **Con una asistencia apropiada, resulta más fácil a las personas que no son dependientes del alcohol adoptar prácticas de cuidado.**

◆ **Se recomienda fortalecer la capacidad de autonomía de las personas para que puedan utilizar mejor sus propios recursos y los servicios que el sistema de salud le ofrece.**

◆ **La atención de urgencia es también una intervención preventiva.**

◆ **El CEEA es una práctica aceptada socialmente. No obstante, consumir en exceso es una conducta de riesgo aunque sea la primera vez que se hace.**

#### **4. DERIVACIÓN ASISTIDA**

Un episodio de CEEA que requirió asistencia no debe ser desestimado y deberá promoverse una derivación para el seguimiento.

#### **Cómo derivar**

Es fundamental que la derivación sea asistida. El integrante del equipo de

salud debe acompañar y promover que el paciente establezca un vínculo con la institución de referencia.

#### **A dónde derivar**

Recomendar espacios de atención accesibles y amigables para los adolescentes.

#### **Referencia con turno otorgado**

Previo al alta, dentro de los 30 días subsiguientes.

## **IV. SEGUIMIENTO**

### **¿PARA QUÉ ES EL SEGUIMIENTO?**

1. Caracterización de la situación respecto de la consulta inicial (especialmente a partir de las preguntas de evaluación). Es importante identificar qué aspectos de la consulta inicial han variado y en qué sentido.

2. Identificación temprana de recaídas. Uno de los objetivos del seguimiento es poder identificar a tiempo situaciones de crisis que pueden desembocar en recaídas o retrocesos de los objetivos alcanzados.

3. Identificación y tratamiento de las complicaciones.

4. Evaluación y fortalecimiento de la motivación para el cambio. Cada consulta es una oportunidad para poder monitorear y fortalecer la motivación para el cambio. Evaluar el grado de comprensión acerca de lo ocurrido a lo largo del proceso terapéutico.

### **¿EN QUÉ CONSISTE?**

1. Evaluación Diagnóstica integral.
2. Consejería.

### **Duración**

Se recomienda que las consejerías tengan un espacio delimitado de tres entrevistas como mínimo y cinco como máximo (de cuarenta minutos cada una), en un período de tiempo de tres meses como máximo.

Realizar pocos días después de la consulta inicial que la origina, en un plazo no mayor a 30 días.

### **¿QUIÉN LO PUEDE REALIZAR?**

Integrantes del equipo de salud (profesional médico y/o integrante del equipo de salud mental: médico, psicólogo, trabajador social, agente sanitario o enfermero), priorizando el trabajo interdisciplinario.

#### **1. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL**

### **Objetivo**

Conformar un diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de



alcohol y/o otras sustancias psicoactivas y estado de salud física y mental.

#### **La evaluación diagnóstica inicial utiliza:**

- La entrevista semi-dirigida.
- El examen clínico.
- Los exámenes de laboratorio de rutina.

Evaluar la necesidad de realizar entrevistas a familiares y/o personas cercanas, prioritariamente en los casos de riesgo o problema asociado al uso problemático de alcohol y/o sustancias psicoactivas.

**Es fundamental establecer un vínculo de confianza y respeto entre el/la adolescente y el equipo de salud, que le permita:**

- Reflexionar sobre las preguntas o propuestas que hace el equipo de salud.
- En caso de resistencia del adolescente, acompañar y esperar el momento oportuno para dialogar.
- Dejar a la libre, pero informada, decisión del adolescente el camino a seguir, sin excluir la posibilidad de un nuevo contacto.

Es importante evaluar el grado de compromiso bio-psico-social, contemplando la situación actual del paciente, su historia de consumo, su historia familiar y su entorno social (riesgos o daños presentes en el consultante y en el grupo familiar/vincular, tipo de sustancia, frecuencia de consumo, las circunstancias en que consume y las características particulares de

la persona; así como su inserción social en ámbito educativo, recreativo, etc.). (Ver capítulo Evaluación de Riesgo).

Apreciar el grado de apoyo que el grupo de referencia pueda proveer en términos de aceptación, rechazo, violencia, modelos de consumo o de autocontrol y prevención de recaídas.

Se recomienda la utilización del Cuestionario Audit en su versión completa para trabajar la toma de conciencia del consumo excesivo de alcohol por parte de la persona y su entorno. (Anexo III).

**Informar diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir. En caso de ser necesario, explicitar el plan de seguimiento y derivación al nivel correspondiente.**

- En caso de CEEA se propone la Consejería.
- En caso de consumo problemático o dependencia, se requiere derivación a intervención de salud mental.

## **2. CONSEJERÍA**

El objetivo principal de la consejería es la desnaturalización del CEEA, distinguir las prácticas de consumo, instalar la percepción del problema y reducir daños futuros.

Consiste en una o varias entrevistas a realizar en un ambiente de privacidad/intimidad, disponiendo del tiempo

necesario para generar una relación de confianza. No es un lugar para dar consejos ni sancionar moralmente.

Se recomienda realizar antes del alta y efectuar derivación para su seguimiento. La estrategia de intervención se adecuará a los recursos disponibles y a la situación particular. Es un desafío no dejarse vencer por la falta de recursos.

En caso de ser necesario, realizar interconsulta con Salud Mental y/u otra especialidad requerida.

1. Habilitar un espacio de escucha. Algo puede estar pasándole que lo motive a consumir. Tras una ingesta excesiva de alcohol muchas veces se oculta un sufrimiento psíquico, emocional y/o físico. En esos casos se aconseja acompañar al paciente a la espera del mejor momento para hablar.

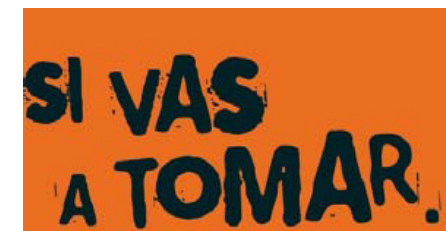
2. Brindar información sobre los riesgos del consumo para su salud. Facilitar materiales impresos con información preventiva y recursos de salud.

3. Registrar la percepción de el/la adolescente sobre la práctica de riesgo y fomentar una toma de decisión respecto del patrón de consumo. Promover prácticas de cuidado y estrategias para reducir daños futuros.

**En caso de considerar oportuno, con el consentimiento del/la adolescente, incluir:**

- Familiares o adultos referentes. Dar pausas psico-educacionales, que les permitan tener una actitud comprensiva y de cuidado frente al problema.
- Amigos/pares que acompañan (novia/o,

etc.): capitalizar la situación crítica para promover una actitud reflexiva frente al impulso de beber ilimitadamente.



#### **Información importante al momento de consumir alcohol**

Comé siempre algo antes de empezar.

- El alcohol te deshidrata, por eso es importante tomar agua al mismo tiempo. Si la última vuelta es de agua o jugo, mejor. Te ayuda a tener menos resaca.
- No mezcles alcohol con éxtasis. Esto aumenta el riesgo cardíaco y la deshidratación.
- No mezcles alcohol con viagra.
- Tené en cuenta que el alcohol reduce tu potencia sexual.
- Si tenés problemas de salud -diabetes, hepatitis, asma, estás medicado o sufrís del corazón- no tomes alcohol.
- Si estás embarazada o al cuidado de niños no tomes alcohol.

**Si un amigo tomó de más...**

- No le permitas manejar.
- Llévalo a un lugar tranquilo y ventilado.
- Si se descompuso o se desmayó, ponelo de costado para que no se ahogue si vomita.
- Aflojale la ropa. Abrigalo.
- No lo dejes solo.
- Dale mucha agua.
- Llamá a Emergencias.



**Fuente:** Folleto elaborado por Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Salud Mental y Adicciones, 2010.

**BIBLIOGRAFIA**

Agüero, Abel. Blanco, Gloria. Dabul, Karina. Daniell, Rosa. Herbón, Carlos. Kameniecki, Mario. Laner, Lucrecia. Morales, Norma. Pérez Barboza, Héctor. Quevedo, Silvia. Riadigós, Noemí. Testa, Adriana. Zbuczynski, Gustavo. Clínica Institucional en toxicomanías: una cita con el Centro Carlos Gardel. Letra viva. Buenos Aires. 2006

Baldelli, Beatriz. Quevedo, Silvia, "Proyecto de creación del Centro de Día La otra base de encuentro". Mimeo. (2006)

Braschi, Marta; Cardoso, Patricia. Emergencias toxicológicas por sustancias de abuso: ¿cómo realizar el diagnóstico y el tratamiento inicial en la Guardia?. Revista Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. (2007)

Canay, R., Pagés Larraya, F, Romero, C. "El discurso de Sergei Korsakoff. Estudio sobre Epidemiología Psiquiátrica del Alcoholismo". Buenos Aires: Seminario de Antropología. 17-V. (1994)

Cavalcanti, Lía, "Intervenciones comunitarias en el campo de las toxicomanías". Mimeo. (1986) CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Orga-

nización Mundial de la Salud. Madrid. Mediator. ICD-10, International Classification of Diseases, 10th revisión. (1992).

Constitución de la Nación Argentina (sanccionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994).

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entra en vigor: 2 de septiembre de 1990.

Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).

Código Procesal Penal de la Nación Argentina. Ley N° 23.984. Sancionada: 21 de agosto de 1991. Promulgada: 4 de setiembre de 1991.

Díaz-Muñoz y col. Sistemas de salud en proceso de reforma. Buenos Aires: OPS. (1994)

Doltó, François, La causa de los adolescentes. Editorial Paidós. (2004)

- DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. (1995)
- Gigena Parker D., Nápoli M, et. al. Abordaje farmacoterapéutico del Trastorno por Consumo de Alcohol. Buenos Aires: Arte y Letras. S.A. (2010)
- Gutiérrez, Juan Madrid. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Talleres Alcohol, adolescentes y jóvenes. Ayuntamiento de Madrid. (2002).
- Grupo EPIC. Equipe de Prévention et d' Intervention Communautaire, "Una experiencia ginebrina de prevención comunitaria de la exclusión". Nota publicada en "Acción & Información". (1993)
- Grup Igia, "Políticas e intervenciones en reducción de riesgos". Ed. Grup Igia. Barcelona. (1998)
- Horwitz, J. Marconi, J. y Adis Castro, G. Epidemiología del alcoholismo en América Latina. Buenos Aires: Acta fondo para la salud mental. (1967)
- Jellinek, E.M. The disease concept of alcoholism. New Haven: Hillhouse. (1960)
- Kameniecki, Mario -Quevedo, Silvia, "Dispositivos clínicos en toxicomanías" en Donghi, Alicia - Gartland, Cristina - Quevedo, Silvia. (Compiladores) "Cuerpo y Subjetividad. Variantes e Invariantes Clínicas". Ed. Letra Viva. (2005)
- Larriba, Jaume, Durán, Antoni, Font, Pere, Casado, Maika: "Programa comunitario de prevención del abuso de alcohol y otras conductas de riesgo Fiebre del viernes por la noche". Versión Urbal Dro. ed.Frontera Editorial. Montevideo. (2004)
- Ley 17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. (1967)
- Ley N° 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. (2005)
- Ley N° 26.529, Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. (2009)
- Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. (2010)
- Ley N° 24.788, Ley Nacional de Lucha contra el alcoholismo. Argentina. (1997)
- Ley N° 23.737, Régimen Penal de Estupefacientes. Argentina. (1989)
- Lebeau, Bertrand, "La gestión del fracaso". Mimeo. (1996)
- Marconi J. "The concept of alcoholism. Quart J Studies Alcohol", 1959; 20:216-45. (1959)
- Marconi J. "A survey on the prevalence of Alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago". Quart J Studies Alcohol 1955; 16:438. (1955)
- Marconi J. "Estudios comparativos básicos acerca de los patrones culturales de ingestión, los problemas del alcohol y alcoholismo en América Latina". Acta Psiquiatr Psicol Amér Lat 1967; 13:9-19. (1967)
- Mariátegui J. "Alcoholismo y Sociedad. Sobre la investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina". Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat 1967; 13: 221-228. (1967)
- Mariátegui J. Ingestión de alcohol y factores socioculturales. En: Horwitz J, Marconi J, Adis Castro G. (Editores). "Bases para una epidemiología del alcoholismo en América Latina". Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1967. p. 24-31.
- Marlatt, G. Alan, "Reducción del daño: Principios y estrategias básicas" en "Reducción del daño: Estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado". (1998)
- Míguez, Hugo A. Cambios de la alcoholización en la Argentina: problemas sociales y sanitarios. Revista de Policía y Criminalística - Vol 362 - N° 16
- Ministerio de Salud de Nación. Dirección de Salud Mental y Adicciones. Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. (2010)
- Ministerio de Salud de Córdoba. Atención Primaria en Salud Mental. 2008
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía clínica Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria. (2005)
- Monteiro, Maristela. G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C. OPS. (2008)
- Monteiro, Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, © 2008.
- Monteiro, M. G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C.: OPS. (2007)
- Newcombe, R. "La reducción de los daños relacionados con la droga", Grup IGIA, Barcelona. (1995)
- Observación General N° 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. 33° período de sesiones, 19 de mayo a 6 de junio de 2003.
- Observación General N° 12. El derecho del niño a ser escuchado. Comité de los Derechos del Niño. 51° período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009.
- Observatorio Argentino de Drogas (2004)
- Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactiva en Población General de 12 a 15 años. Buenos Aires: SEDRONAR. Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactiva en Población General de 12 a 15 años. Buenos Aires: SEDRONAR. (2006)
- Observatorio Argentino de Drogas. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactiva en Población General de 12 a 15 años. Buenos Aires: SEDRONAR. (2008)
- Observatorio Argentino de Drogas El uso

indebido de drogas y la consulta de emergencia. Cuarto Estudio Nacional. Buenos Aires: SEDRONAR. (2009)

Observatorio Argentino de Drogas. Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Nivel Medio. Buenos Aires: SEDRONAR. (2009)

Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones. Consumo de alcohol y accidentes de tránsito. Buenos Aires: MDS, GCABA. (2010)

Lineamientos para la atención del Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes 28 OMS. Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ediciones de la OMS, Panamá. (2010)

OMS, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. Intervención breve Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en Atención Primaria. (2001)

Organización Mundial de la Salud, Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: WHO. (2004)

OPS, Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial. 63ª Asamblea Mundial de la Salud. (2010)

Pisano, Silvia. Programa de Prevención en Áreas Educativas –SADA. Publicaciones. (2010)

Quevedo, Silvia – Rossi, Mariela. “Programa Al Sur. Acerca de las prácticas sociales en

reducción de riesgos y daño”. Comunicación oral presentada en la “1ª Conferencia Latina de Reducción de Riesgos” Relatora: Silvia Quevedo. Barcelona. (2001)

Riley, Diane - O’ Hare, Pat. “Reducción de Daños: Historia, Definición y Prácticas” - en Inchaurraga, S. (Compilación) “Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños”. Ed. CEADS- U.N.R. (1992)

Rodríguez-Martos Dauer Alicia. Experiencias innovadoras en la prevención de las consecuencias del consumo de alcohol Agencia de Salud Pública. Barcelona. Rodríguez Sendin J. J. Guía de buena práctica clínica en uso y abuso del alcohol. Madrid: IM&C. (2006)

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Estimación de la Población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Buenos Aires: MSAL. (2010)

Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(19): 323–8. (2009)

UNICEF, Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra: UN. (2007)

Wagner de Sousa Campos, Gastao Gestión en Salud. En defensa de la vida. Editorial LUGAR. (2001)

## V. ANEXOS

### ANEXO I. GLOSARIO

#### Abuso

Se establece cuando el consumo se reitera para una misma SPA (Sustancia Psicoactiva) en similares o diferentes situaciones, o cuando se recurre a diferentes SPA.

#### Adicción

La dependencia se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica. Es consecuencia de la exposición reiterada a una SPA.

#### Alcohol

El alcohol etílico o etanol es una sustancia psicoactiva, presente en bebidas, perfumes y algunos productos de uso doméstico o industrial, depresora del Sistema Nervioso Central (SNC), que produce tolerancia, dependencia psíquica y física y un importante síndrome de abstinencia, que en los casos graves puede llevar a la muerte del paciente.

La intoxicación aguda puede ir desde una ligera embriaguez hasta el coma, siempre en relación con la alcoholemia. La alcoholemia es la cantidad de alcohol etílico encontrado en la sangre

humana, se mide en gramos por litro y es utilizada en pericias judiciales.

El síndrome de abstinencia aparece luego de 48 a 72 horas de la interrupción de la ingesta con temblores, fiebre, midriasis, cefalea, hipertensión arterial, etc. El cuadro más grave de abstinencia se denomina clásicamente *Delirium Tremens* y puede evolucionar fatalmente si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

#### Consumo de riesgo

El consumo de riesgo se define como un nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste (Babor et al. 1994). No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo, pero, (...), cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos. La OMS lo define como consumo regular diario de 20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004).

#### Consumo perjudicial

El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que afecta a las personas tanto en su salud física (por ej., cirrosis hepática) como en su salud

mental (por ej., depresión como resultante del consumo) (Organización Mundial de la Salud, 1992). Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol diarios en mujeres y de más de 60g diarios en hombres (Rehm et al. 2004).

### Dependencia Física

Estado de adaptación del organismo que se caracteriza por la reiteración del consumo para evitar malestares físicos ocasionados por la falta de ella en el organismo.

### Dependencia Psíquica

Es la compulsión a repetir el consumo de una SPA para sentir placer o evitar el displacer que produce la carencia de la SPA.

### Síndrome de Abstinencia

Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen relacionados con la brusca supresión de la administración de una SPA. Es un cuadro similar en todos los casos, característico para cada SPA y que presenta las variaciones individuales de cada paciente.

### Tolerancia

Es la adaptación del organismo por la cual se produce la necesidad de aumentar la dosis consumida para conseguir el efecto buscado. Esta tolerancia está en relación con la dependencia física y el síndrome de abstinencia.

### Uso

Es el consumo esporádico y circunstancial de una sustancia psicoactiva (SPA).

## ANEXO II JERGA

**ANFETAS SAL:** Anfetaminas.

**PASTAS :** BENZODIACEPINAS.

**FRULA, MERCA, MERLUZA, MILONGA, PACO, LATA, BLANCA, PALA, TIZA, PAPEL, ALITAS DE MOSCA (MAXIMA PUREZA):** COCAINA

**PEPAS, ACIDO, TRIP, AVATAR, BICICLETA :** L.S.D. (ácido lisérgico)

**PORRO, FASO, MARIA, YERBA, CHALA, CHURRO:** Marihuana

**CHOCOLATE:** HACHIS

**BICHO:** MDMA (EXTASIS)

**BALDE:** MEZCLA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN UN RECIPIENTE GRANDE

**JARRA LOCA:** MEZCLA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CON PSICOFARMACOS (A VECES SILDENAFIL Y ANABOLICOS AGREGADOS)

**PREVIA:** INGESTA DE ALCOHOL GRUPAL ANTES DE LA SALIDA NOCTURNA, GENERALMENTE EN CASAS DE FAMILIA

**DEALER, TRANZA:** VENDEDOR DE DROGA

**DURO:** ESTAR BAJO EL EFECTO DE LA COCAINA GRANDE

## ANEXO III. EMERGENCIAS POR ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

### INTOXICACION AGUDA ALCOHOLICA

#### Síntomas

- 1) Depresión del sensorio.
- 2) Hipotonía generalizada.
- 3) Hipoglucemia.
- 4) Vómitos.
- 5) Aliento enólico.

**Laboratorio patognomónico:** *alcoholemia / alcoholuria.*

#### Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
  - Corrección de la hipoglucemia
  - Corrección de la acidosis
  - Vitamina B1
- ▶ **Rescate del tóxico**
  - Vómito provocado
  - Lavado gástrico
- ▶ **Antídotos / Antagonistas** → Se puede utilizar Naloxona.
- ▶ **Favorecer la eliminación**
  - Forzar diuresis alcalina
  - Purgantes salinos

*Es importante abrigar al paciente, ya que la pérdida de calor es significativa.*

**Criterios de internación:** descompensación clínica o metabólica, aparición de síndrome de abstinencia.

**Cuidados intensivos:** coma con acidosis, depresión respiratoria, potenciación con otras drogas.

### Diagnóstico diferencial

- ▶ Coma hipoglucémico.
- ▶ Acidosis metabólica.
- ▶ Depresión del sensorio por otras drogas.

### Síndrome de abstinencia alcohólica

#### Síntomas

- 1) Temblores
- 2) Excitación psicomotriz
- 3) Hipertermia
- 4) Alucinaciones (especialmente visuales y táctiles)
- 5) Convulsiones

La máxima expresión se denomina *Delirium Tremens*, es un cuadro de coma con delirio, que requiere cuidados especiales.

**Laboratorio patognomónico:** no hay.

#### Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
  - ▶ Mantener vía aérea permeable.
  - ▶ Corregir la taquicardia.
  - ▶ Controlar la hiperglucemia.
  - ▶ Diazepam V.O. o E.V. de acuerdo a la gravedad del caso o Lorazepam en patología hepática.
  - ▶ Haloperidol o clorpromazina para la excitación.
  - ▶ Vitamina B1.

**Evolución y pronóstico:** aparece a las 48/ 72 hs. de la supresión de la ingesta de alcohol y dura aproximadamente entre 3 a 7 días.

### Intoxicación aguda por opiáceos

#### Síntomas

- 1) Miosis.
- 2) Depresión respiratoria.
- 3) Depresión del sensorio.
- 4) Bradicardia.

Laboratorio patognomónico: dosaje de opiáceos en sangre u orina.

### Diagnóstico diferencial

- ▶ Depresión por etanol
- ▶ Daño neurológico por politraumatismo

#### Tratamiento

- ▶ **Medidas generales**
  - ▶ Corrección de la hipotensión y la bradicardia
  - ▶ Mantener la vía aérea permeable
  - ▶ Respiración asistida
- ▶ **Rescate del tóxico**
  - ▶ V.O.: lavado gástrico con manguito insuflable o intubación
- ▶ **Antídotos / antagonistas**
  - ▶ Naloxona por vía E.V.
- ▶ **Favorecer la eliminación**
  - ▶ Forzar diuresis alcalina
  - ▶ Utilización de purgantes salinos



**Criterios de internación:** bradicardia grave, hipotensión y shock, depresión respiratoria severa que requieran de internación en U.T.I.

### **Síndrome de abstinencia por opiáceos**

#### **Síntomas**

- 1) Midriasis.
- 2) Taquicardia.
- 3) Vómitos, diarrea y dolores cólicos.
- 4) Hipersalivación, lagrimeo, piel de gallina.
- 5) Temblores, convulsiones.

**Laboratorio patognomónico:** no hay.

#### **Diagnóstico diferencial**

- ▶ Intoxicación con estimulantes
- ▶ Simulación para conseguir opiáceos y/o sedantes

#### **Tratamiento**

- ▶ Medidas generales
  - Corregir la deshidratación
  - Controlar la taquicardia con monitoreo
  - Opiáceos de sustitución

### **Intoxicación aguda por cocaína**

#### **Síntomas**

- 1) Midriasis.
- 2) Taquicardia.
- 3) Excitación psicomotriz.
- 4) Contracturas generalizadas y convulsiones.

**Laboratorio patognomónico:** dosaje de cocaína y ecgoninas en orina.

#### **Diagnóstico diferencial**

- ▶ Excitación por otros estimulantes.
- ▶ Psicosis no tóxica.

#### **Tratamiento**

- ▶ **Medidas generales**
  - Corregir hipertensión (labetalol)
  - Monitorear taquicardia (posibles arritmias): bicarbonato y lidocaína.
  - Controlar fiebre
  - Diazepam para las contracturas y convulsiones.
  - Haloperidol o clorpromazina en caso de excitación.
- ▶ **Favorecer la eliminación** → Forzar diuresis (ayuda en la rabdomiolisis)

En las formas severas puede requerir de asistencias respiratoria, control de la acidosis, corrección de la hiperglucemia, etc., por lo que es fundamental disponer de Unidad de Cuidados Intensivos.

**Es importante tener en cuenta la posible combinación con otras drogas (alcohol étílico, benzodiacepinas, etc.).**



**Intoxicación aguda por benzodiacepinas****Síntomas**

- 1) Depresión del sensorio
- 2) Ataxia
- 3) Hipotonía
- 4) Disartria
- 5) Miosis

**Laboratorio patognomónico:** dosaje de benzodiacepinas y sus metabolitos en orina.

**Diagnóstico diferencial:** depresión por otros psicodépticos (las benzodiacepinas no producen depresión respiratoria).

**Tratamiento**

- ▶ **Rescate del tóxico**
  - ▶ Lavado gástrico.
  - ▶ Vómito provocado.
- ▶ **Antídoto / Antagonista** → Flumazenil (E.V.).

**Intoxicación aguda por solventes****Síntomas**

- 1) Náuseas y vómitos.
- 2) Cefaleas.
- 3) Mareos.
- 4) Disartria.
- 5) Estado confusional.
- 6) Taquiarritmias.

**Laboratorio patognomónico:** no hay.

**Diagnóstico diferencial**

- ▶ Cuadro alucinatorio por otras drogas o no tóxicos
- ▶ Embriaguez alcohólica

**Tratamiento**

- ▶ **Medidas generales** → Antidélirantes
- ▶ **Favorecer la eliminación** → Forzar diuresis

El cuadro es en general leve y pasajero, sin requerimiento de alta complejidad.

**Intoxicación aguda por estimulantes de tipo anfetamínico****Síntomas**

- 1) Excitación psicomotriz.
- 2) Midriasis.
- 3) Taquicardia.
- 4) Convulsiones.

**Laboratorio patognomónico:** Dosaje de grupo anfetamínico en orina.

**Diagnóstico diferencial**

- ▶ Excitación psicopatológica.
- ▶ Psicosis no tóxica.
- ▶ Intoxicación por cocaína.

**Tratamiento**

- ▶ **Medidas generales**
  - ▶ Diazepam
  - ▶ Monitoreo cardíaco
  - ▶ Control de la hipertensión
  - ▶ Asistencia respiratoria
- ▶ **Favorecer la eliminación**
  - ▶ Forzar diuresis
  - ▶ Utilización de purgantes salinos

**Medicación de uso habitual en cuadros de intoxicación/dependencia a sustancias psicoactivas.**

| DROGA      | DOSIS                                                                                                                                                                                 | VIA DE ADMINISTRACIÓN | FORMA DE PRESENTACION                                                                               |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diazepam   | <u>Ataque:</u><br>0.2-0.5mg/kg/dosis (EV)<br><u>Mantenimiento:</u><br>0.5-1mg/kg/dosis c/6 - 8hs (V.O)<br>Adolescentes > 40kg: 5-10mg/dosis                                           | VO<br>EV              | <b>Comprimidos:</b> 2-5-10 mg.<br><br><b>Gotas:</b> 2mg/ml.<br><br><b>Ampollas:</b> 10mg/ml.        |
| Lorazepam  | <u>Ataque:</u><br>0.1-0.25mg/kg/dosis (EV - IM)<br>Dosis máxima: 4mg<br><u>Mantenimiento:</u><br>0.1-0.2mg/kg/dosis c/6-8hs (EV ó VO)<br>Adolescentes > 40kg: 2mg/dosis. Máximo 10mg. | VO<br>EV<br>IM        | <b>Comprimidos:</b> 1-2.5-10 mg.<br><br><b>Sublinguales:</b> 1-2mg.<br><br><b>Ampollas:</b> 4mg/ml. |
| Flumazenil | 0.2mg (EV) en no menos de 15 segundos. Puede repetirse 0.1mg c/60. segundos.<br>Dosis total: 3mg.                                                                                     | EV                    | <b>Ampollas:</b> 0.5mg/5ml.                                                                         |
| Naloxona   | 0.01 mg/kg.<br>Repetir dosis si es necesario cada 2-3min, hasta 10 veces.<br>Adolescentes > 40kg: 0.4mg - 2mg/dosis.<br>Dosis máxima: 10mg                                            | EV-Lento<br>IM        | <b>Ampollas:</b> 0.02mg/ml<br>0.4 mg/ml                                                             |

|                             |                                                                                                                             |                |                                                                                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clorpromazina               | 0,5 mg/kg (VO) c/g hs<br>Adolescentes > 40kg: 10 a 50mg (IM) c/6-12hs (VO) ó 25-50mg (IM).<br>Dosis máxima: hasta 1gm/días. | VO<br>EV<br>IM | <b>Comprimidos:</b> 25-100mg.<br><b>Ampollas EV:</b> 50mg (al 2.5%)<br><b>Ampollas IM:</b> 25mg (al 0.5%)<br><b>Gotas:</b> 25mg/15ml. |
| Haloperidol                 | 0.1-0.2 mg/kg/día<br>Dosis máxima 100mg/d<br>Adolescentes > 40kg: 5-10 mg (EV).                                             | VO<br>EV       | <b>Comprimidos:</b> 1-5-10mg.<br><b>Gotas:</b> 2mg/ml.<br><b>Gotas Forte:</b> 10mg/ml.<br><b>Ampollas:</b> 5mg/ml.                    |
| Sulfato de Sodio (Purgante) | 30g                                                                                                                         | VO             | Papeles de 30g solución de lavado al 2-5%.                                                                                            |
| Vitamina B1                 | 50-100mg/d                                                                                                                  | VO<br>EV<br>IM | <b>Comprimidos:</b> 125-300mg.<br><b>Ampollas:</b> 100mg<br><b>Jarabe:</b> 10mg/ml.                                                   |

**Bibliografía:** Emergencias toxicológicas por drogas psicomoleculares. Dra. Mónica Nápoli.

#### ANEXO IV. AUDIT Y OTRAS DROGAS

##### Test de Identificación de trastornos debido al consumo de alcohol: Cuestionario Auto diagnóstico.

Las siguientes preguntas se le formulan para que Ud. conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia pasa desapercibido: el consumo de alcohol.

Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol. Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su

contrario, la vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá. Si bien ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente:

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:  
1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350), o  
1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc), o  
1 trago de licor solo o combinado (45 cc de licor.). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.
- Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse “mareado”, “algo cocido”, “curado”, “pasado”.

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo. Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

| Preguntas                                                                                                                                       | 0                       | 1                        | 2                     | 3                                | 4                         | Puntos |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------------|--------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?                                                                                        | Nunca<br>Pase a la n° 9 | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 ó más veces a la semana | 4 ó más veces a la semana |        |
| 2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?                                                   | 1 ó 2                   | 3 ó 4                    | 5 ó 6                 | De 7 a 9                         | 10 ó más                  |        |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en un solo día?                                                                         | Nunca                   | Menos de una vez por mes | Mensualmente          | Semanalmente                     | A diario o casi a diario  |        |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?                                 | Nunca                   | Menos de una vez por mes | Mensualmente          | Semanalmente                     | A diario o casi a diario  |        |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?                                | Nunca                   | Menos de una vez por mes | Mensualmente          | Semanalmente                     | A diario o casi a diario  |        |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca                   | Menos de una vez por mes | Mensualmente          | Semanalmente                     | A diario o casi a diario  |        |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                     | Nunca                   | Menos de una vez por mes | Mensualmente          | Semanalmente                     | A diario o casi a diario  |        |

|                                                                                                                                                               |       |                          |                                        |              |                          |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------------------|--------------|--------------------------|-------|
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?                        | Nunca | Menos de una vez por mes | Mensualmente                           | Semanalmente | A diario o casi a diario |       |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?                                                                                | NO    |                          | Si, pero no en el curso del último año |              | Si, el último año        |       |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | NO    |                          | Si, pero no en el curso del último año |              | Si, el último año        |       |
|                                                                                                                                                               |       |                          |                                        |              |                          | Total |

**Si su puntuación total es:**

**De 0 a 7:** Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

**De 8 a 15:** Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

**De 16 a 19:** Ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

**De 20 y más:** definitivamente Ud. necesita un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Ud. ha sido franco con Ud. mismo.  
Ahora muestre Ud. sus respuestas al profesional que lo atenderá.  
UD DECIDE.

**Instrucciones para el uso del cuestionario de autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol**

## a) Administración

A objeto de aprovechar al máximo los tiempos de los consultantes y de los equipos de atención, se utilizará un cuestionario breve, de comprensión fácil, que puede ser llenado por el propio sujeto durante el período de espera, antes de la consulta.

Se ofrecerá el formulario del Cuestionario a todo consultante, hombre o mujer, adolescentes, adultos y adultos mayores, que demande atención por cualquier motivo.

Se le solicitará que lo lea, medite y llene en su totalidad, en forma personal. Se le proporcionará ayuda si la requiere.

Los datos que consigne serán estrictamente personales y sólo el profesional que lo atenderá le solicitará examinarlos en conjunto y en forma voluntaria.

En algunos casos, será necesario ayudar a su correcta comprensión, llenado y/o cómputo. En todo caso, es importante que éste último, sea comprobado por el profesional tratante.

Si el consultante lo prefiere, o el profesional que lo atiende lo estima necesario, el cuestionario puede ser administrado durante la consulta.

Siempre se aconsejará que las respuestas sean presentadas al profesional tratante, durante la atención. Sin embargo, se respetará la voluntad del consultante a este respecto.

El cuestionario está construido para que el consultante, si lo prefiere, lo lleve a su domicilio. Así, se constituye en un instru-

mento educativo más amplio.

En este caso, el puntaje obtenido deberá ser registrado en la historia clínica.

**Nota práctica:** se requiere de una provisión fluida de los cuestionarios correspondientes (una sola hoja); facilitar lápices a quienes no lo tienen; y en cuanto sea posible, favorecer un ambiente de cierta privacidad que permita la reflexión necesaria y un registro individual.

b) Orientaciones para el análisis conjunto de los resultados del cuestionario

La atención, durante la consulta de morbilidad o de control, se enriquece con la consideración que el profesional tratante hace del Cuestionario de Autodiagnóstico que ha respondido.

Un primer aspecto se juega en la estructura del diálogo que el profesional establece. Habitualmente, la consulta de APS utiliza un diálogo directo, conciso y dirigido a metas (diagnóstico e indicación de tratamiento o conducta a seguir). En este caso y en esta sección de la consulta de APS, en la que se evalúa el resultado del cuestionario, el diálogo debe ser más bien abierto y nunca crítico, pues el objetivo primordial es la detección del riesgo inicial, que no requerirá de una intervención propiamente terapéutica, sino más bien preventiva.

- El profesional pregunta si ha podido responder el Cuestionario de Autodiagnóstico.
- Luego ofrece revisar el puntaje obtenido y analizar en conjunto los resultados.

- Después realiza o revisa el cómputo obtenido e informa de sus resultados al consultante, poniendo especial énfasis en que se trata de una información para que él decida.

- Si, a partir del cuestionario y en particular de la atención de salud que el profesional realiza, se concluye que existe un trastorno por consumo, o una complicación médica o psiquiátrica, se informa igualmente y se indican los exámenes, tratamientos y referencias que correspondan al caso.

- El cuestionario tiene una estructura que permite apreciar tres niveles de puntaje y de significación para el tamizaje o screening.

### **Puntuaciones**

**De 0 a 7:** orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

**De 8 a 15:** orienta hacia Consumo en Riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva.

**De 16 a 19:** orienta a Beber problema o Consumo perjudicial. Se debe discriminar de acuerdo a hallazgos de anamnesis y examen médico si corresponde indicar intervención preventiva o terapéutica.

**20 y más:** orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso, severidad o la presencia de dependencia. Se debe discriminar si se indica intervención terapéutica o referencia a tratamiento en nivel de especialidad.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (0 a 6 y 7 a 15).

**Nota:** para efectos prácticos, en el caso de mujeres embarazadas y en lactancia, o en niños menores de 12 años, debe considerarse un punto de corte igual a 0.

Si el puntaje es incierto o dudoso, es conveniente revisar los indicadores de valor más determinantes del cuestionario:

**Pregunta 2:** puntaje igual o mayor que 1, indica consumo en nivel de riesgo.

**Pregunta 3:** puntaje igual o superior a 1, indica consumo en nivel de riesgo.

**Preguntas 4, 5 y 6:** puntajes de 1 y más en cualquiera de ellas indica presencia o inicio de una dependencia al alcohol.

**Preguntas 7 a 10:** indica que se están presentando problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol.

**Preguntas 9 y 10:** pueden mostrar evidencias de problemas pasados (no en el último año) o presentes. Incluso si no hay consumo actual, son antecedentes para un mayor grado de apoyo y controles del consultante.

Luego, el profesional conduce la anamnesis y examen físico, de modo de apreciar el estado de salud en relación con el motivo de consulta y con las consecuencias potenciales del consumo de la sustancia psicoactiva en cuestión. (Ver Anexo N° 3 que incluye los criterios

diagnósticos de los Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas).

Asimismo obtendrá una primera impresión del estado de salud mental del consultante a partir del diálogo y de la observación de su comportamiento, apariencia y lenguaje. Si lo anterior no resulta claro o suficiente para que el profesional tratante llegue a una conclusión, puede citarlo a una "Consulta de Evaluación de Riesgo" a cargo de un profesional especializado en salud mental.

### **Información referencial sobre el cuestionario**

**Nombre:** Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

**Publicación oficial:** Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias. // Generalitat Valenciana Conselleria de Bienestar Social.

**Autores:** Thomas F. Babor; John C. Higgins-Biddle; John B. Saunders; Maristela G. Monteiro.

WHO / MSB / 01.6 a 2001.

"El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad, y las diferentes culturas".

Se trata de un test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la Atención Primaria, que presenta las siguientes ventajas:

- Estandarización transnacional: validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening validado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo en riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia; breve, rápido, flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Consistente con las definiciones de la CIE – 10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. - Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los puntos determinantes de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y EEUU). La validez, sensibilidad, especificidad de cada uno de los ítems fueron estudiados y calculados según múltiples criterios. Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8. Luego de su primera publicación en el año 1993, el AUDIT ha sido validado adicionalmente en muchos lugares, países y culturas. Estudios sobre confiabilidad interna demostraron su alta consistencia, el AUDIT ha sido utilizado con éxito para estudios de prevalencia en poblaciones clínicas y generales.

## ANEXO V. AUDIT C

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente.

Empiece el AUDIT diciendo “ahora te voy a hacer algunas preguntas sobre tu consumo de bebidas alcohólicas en el último año”. Explique qué entiende por “bebidas alcohólicas” mencionándolas (cerveza, vino, vodka, etc.). Codifique las respuestas en términos de (“bebidas estándar”).

Marque la cifra de la respuesta adecuada en el cuadro de la derecha.

### 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(0) *Nunca (fin del cuestionario)*

(1) *Una o menos veces al mes*

(2) *De 2 a 4 veces al mes*

(3) *De 2 a 3 veces a la semana*

(4) *4 o más veces a la semana*

### 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

(0) *1 o 2*

(1) *3 o 4*

(2) *5 o 6*

(3) *7, 8 o 9*

(4) *10 o más*

### 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

(0) *Nunca*

(1) *Menos de una vez al mes*

(2) *Mensualmente*

(3) *Semanalmente*

(4) *A diario o casi a diario*

**Puntuación Total:**

**Criterios de corrección (puntos de corte):**

**Hombres:** puntuación igual o superior a 5.

**Mujeres:** puntuación igual o superior a 4.

Si la puntuación es mayor que el punto de corte recomendado, realizar la intervención pertinente.

# IA

## INSTRUMENTO PARA LA ATENCION DEL CONSUMO EPISODICO EXCESIVO DE ALCOHOL

### INSTRUMENTO PARA LA ATENCION DEL CONSUMO EPISODICO EXCESIVO DE ALCOHOL

Este instrumento está destinado a la atención de adolescentes. Sus recomendaciones clínicas pueden adaptarse a la población en general.

***Consulta realizada debido a la ingestión de gran cantidad de alcohol (más de 5 UNEs=60 Grs alcohol puro), sola o asociada a otras sustancias psicoactivas, en una sola ocasión o en un período corto de tiempo.***

La misma puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud de la persona y dependiendo del estado clínico del paciente.

#### 1. MARCO GENERAL DE LA ATENCION

- Se debe **asistir** al paciente sin ningún tipo de menoscabo o discriminación, prioritariamente para con los niños, niñas y adolescentes (Ley N° 26.529 art. 2 inc. a).
- **Consentimiento del adolescente.** En cuanto su estado de conciencia lo permita, deberá obtenerse el consentimiento infor-

mado del propio adolescente. Es necesario que los/las adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas, debiéndoseles suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados. (Ley N° 26.529, arts. 2 inc. e), 6; Ley N° 26.657, art. 10).

- Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la **confidencialidad de la información** médica referente a los/las adolescentes. Información que sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.

- En caso de situación de **vulneración o autovulneración de derechos** (Ley N° 26061 -artículos 30 y 33) se solicitará intervención a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/ adolescente que corresponda en el ámbito local a fin de solicitar medidas de protección integral.



## 2-ATENCIÓN DEL PACIENTE INTOXICADO (INTOXICACIÓN ALCOHOLICA AGUDA)

### 2.1.1. Clínica de la intoxicación

#### a) Inicial o leve

Euforia, distimia, verborragia, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos.

#### Complicaciones relacionadas al consumo excesivo

|                  |                                              |
|------------------|----------------------------------------------|
| Digestivas       | Gastritis aguda<br>Síndrome de Mallory-Weiss |
| Cardiovasculares | Arritmias cardíacas<br>ACV hemorrágico       |

### 2.1.2. Diagnóstico

Se basa en los antecedentes y las manifestaciones clínicas. Se puede confirmar mediante alcoholemia, alcoholuria o alcohol en aire espirado.

**De acuerdo a los recursos con los que se cuente, se pueden arribar a los siguientes diagnósticos:**

**Diagnóstico presuntivo: se sospecha que el paciente ingirió alcohol, el paciente o algún acompañante lo refiere, el cuadro de situación coincide con prácticas de CEEA.**

**Diagnóstico clínico-toxicológico: el paciente presenta signos y síntomas de intoxicación etílica y responde al tratamiento instaurado para tal fin.**

#### b) Moderada o grave

Agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado. Torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones, coma.

**Diagnóstico de certeza: se realiza una toma de muestra de aire expirado, orina o sangre que arroja presencia de alcohol en sangre.**

Para el análisis de sangre el área de extracción debe limpiarse con solución jabonosa y dejar secar. Extraer la muestra de 5 cc (no menos de 2 cc) de sangre entera en recipiente de plástico con fluoruro de Sodio, tapa hermética sin cámara de aire. Si el análisis no es inmediato conservar a 4° C.

El alcohol etílico puede ser medido en orina. Se utiliza para confirmar diagnóstico en intervenciones tardías.

#### Diagnóstico Diferencial

- Coma hipoglucémico

- Cetoacidosis diabética
- Encefalopatía hepática
- Intoxicación por otras drogas de abuso
- Patología estructural del SNC
- Traumatismo craneo - encefálico

### 2.1.3. Abordaje de la intoxicación aguda

Los procedimientos se adecuarán a los recursos disponibles según la complejidad del efector.

#### a) Inicial o leve

1. Se debe atender en un lugar tranquilo y controlado. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras (sin estímulos lumínicos ni sonoros).

2. Examen físico: control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Descartar patología asociada.

3. Considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.

4. En caso de ser posible, solicitar inmediatamente Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Rx. Tórax.

5. Tratamiento de sostén. Evitar hipotermia (abrigo) y broncoaspiración (cuidar el decúbito lateral izquierdo).

6. Observar durante 6 hs. con evaluación repetida cada 2 hs. Si la evolución es favorable, proceder a la consejería/asesoría según lineamientos para CEEA.

7. Si la evolución es desfavorable, completar indicaciones para intoxicación moderada/grave.

#### b) Moderada o grave

1. Utilizar lineamientos de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión expandir con cristaloideos.

2. Colocar sonda nasogástrica como protección de la vía aérea para evitar aspiración.

3. Examen físico. Control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.

4. Buscar evidencia de traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumatismos y broncoaspiración.

5. Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.

6. Solicitar, en caso de ser posible, hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca - Mg, Gasometría, Creatinina, Rx. Tórax.

7. Se complementará con Alcoholemia, Dosaje de Drogas de Abuso en orina (no menos de 50 cc).

8. Se realizarán los exámenes necesarios para descartar comorbilidades. (TAC, Ecografía)

9. En caso de ser posible, monitoreo cardíaco/ECG para descartar arritmia.

10. Compensación del medio interno. Convulsiones, el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etc.

11. Descartar, prevenir y tratar complicaciones:

- Hipotermia: (< 35 °C) responde al calentamiento externo por medios físicos.
- Agitación psicomotriz: Haloperidol 5-10 mg IM.
- Síndrome de Wernicke – Korsakoff: en paciente alcoholista crónico o desnutrido. Tiamina 50 – 100 mg IV y proseguir con 50 mg IM por día hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.
- Rabdomiolisis (Mioglobulinuria positiva, CPK aumentada). Provocar diuresis alcalina.

#### ***Pautas a tener en cuenta con un paciente intoxicado agudo***

1. Debido al trastorno por consumo de alcohol la confiabilidad de la anamnesis directa puede verse afectada.
2. Se requiere un ambiente de total seguridad con restricciones claras.
3. Controles seriados y permanentes.

### **3. EVALUACION DE RIESGO**

Evaluar el riesgo de experimentar consecuencias adversas debido al consu-

mo de alcohol. Los problemas vinculados al consumo pueden afectar la salud física, emocional y social.

Para complementar el diagnóstico sobre la condición actual del adolescente en relación al consumo, realizar un breve sondeo acerca de la cantidad y frecuencia.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas (tragos) bebe en un día de consumo normal?
3. ¿Con qué frecuencia ingiere 6 o más tragos en un solo día?  
(Ver AUDIT C – Guía CEEA)

*Ejes a tener en cuenta sobre prácticas de consumo*

- Motivación para el consumo (con quién/es consumió, dónde, si es una situación habitual, si en general está sólo o con amigos, si ocurre con frecuencia durante las salidas que alguno se intoxique).
- Presencia de patrón múltiple de consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas.
- Ausencia o no de cuidados previos, durante y posteriores a la ingesta de alcohol (inclusión de comida, jugos, agua).

- Conducción de vehículos bajo consumo de alcohol o si ha subido a vehículos conducidos por alguien que ha bebido.
- Frecuencia de caídas, lesiones, peleas

asociadas al consumo excesivo de alcohol.

- Frecuencia de relaciones sexuales no protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgo vinculado a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.

- Consumo de alcohol durante embarazo, búsqueda de embarazo y lactancia.

#### **En todos los casos detectar y registrar:**

- Black-outs: Son episodios de amnesia transitoria que ocurren en estado de intoxicación. Afecta la memoria a corto plazo, paciente conciente sin recuerdo del periodo de intoxicación. Se considera un indicador temprano y grave de desarrollo de dependencia a alcohol.
- Ingresos reiterados relacionados a ingesta de alcohol.
- Riesgo de suicidio (antecedentes previos, verbalización de intención suicida, etc.).
- Embarazo.

***Es importante tener en cuenta el momento de la vida y las situaciones particulares por las que el adolescente transita.***

### **4. CONSEJERIA**

Realizar una entrevista previa al alta, en un ambiente de privacidad/ intimidad, disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza. No desestimar los relatos ni emitir juicios

morales o de valor. Si se actúa punitivamente aumenta la posibilidad de reticencia y negación a hablar. En caso de reticencia, acompañar al paciente a la espera del mejor momento para hablar.

El objetivo principal de la consejería es la desnaturalización del CEEA.

**1. Habilitar un espacio de escucha.** Tras una ingesta excesiva de alcohol muchas veces se oculta un sufrimiento psíquico, emocional y/o físico.

**2. Registrar la percepción de el/la adolescente de la práctica riesgo.** Promover prácticas de cuidado para reducir daños futuros.

**3. Brindar información sobre los riesgos del consumo.** Facilitar materiales impresos con información preventiva y recursos de salud.

En caso de considerar oportuno, con el consentimiento del adolescente, incluir:

- **Familiares o adultos referentes.** Dar pautas psico-educacionales que les permitan tener una actitud comprensiva y de cuidado frente al problema.

- **Amigos/ pares que acompañan (novia/o, etc.).** Capitalizar la situación crítica para promover una actitud reflexiva frente al impulso de beber ilimitadamente.

✓ **La situación de crisis es un momento privilegiado para establecer un nexo entre la persona y los servicios de salud.**

✓ **Puede constituirse en “puerta de entrada” a los servicios de salud.**

✓ **La atención de urgencia es también una intervención preventiva.**

### 5. DERIVACION ASISTIDA

Un episodio de CEEA que requirió asistencia no debe ser desestimado y deberá promoverse una derivación para seguimiento (evaluación diagnóstica integral y consejería en caso de CEEA).

**COMO DERIVAR.** Es fundamental que la derivación sea asistida. El integrante del equipo de salud debe acompañar y promover que el paciente establezca un vínculo con la institución de referencia.

**A DÓNDE DERIVAR.** Espacios de atención accesibles y amigables para adolescentes.

**REFERENCIA CON TURNO OTORGADO** previo al alta dentro de los 30 días subsiguientes.

### Registro CEEA

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo **F** **M** Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Tel. particular: \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_ MSJ ☐ Localidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento \_\_\_\_\_ HC n° \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Llega acompañado/a: **Si** **No** Por quién \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido acompañante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Grupo conviviente: \_\_\_\_\_

### MARCO GENERAL DE LA ATENCION

Comunicación a la autoridad administrativa de protección de derechos

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

Notificación de confidencialidad

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

¿El paciente ha podido brindar su consentimiento?

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

**Atención del paciente intoxicado (Intoxicación Alcohólica Aguda)**

**Clínica de la intoxicación**

Diagnóstico Presuntivo ☐ Clínico - Toxicológico ☐ Certeza ☐

Inicial o leve<sup>1</sup>: ☐

Moderada / grave<sup>2</sup>: ☐

Descripción

### Examen Físico: Signos Vitales

FC \_\_\_\_\_

FR \_\_\_\_\_

TA \_\_\_\_\_

T°C \_\_\_\_\_

Escala de Glasgow \_\_\_\_\_

### Estudios de laboratorio

Hemograma \_\_\_\_\_

Glucemia \_\_\_\_\_

Hepatograma con gama GT \_\_\_\_\_

Ionograma/Ca<sup>2+</sup> - Mg<sup>2+</sup> (calcio-magnesio) \_\_\_\_\_

Dosaje de drogas de abuso \_\_\_\_\_

Creatinina \_\_\_\_\_

EAB (estado ácido Base) \_\_\_\_\_

Otros / Especificar \_\_\_\_\_

### Estudios Complementarios

Rx Torax \_\_\_\_\_

ECG \_\_\_\_\_

TAC \_\_\_\_\_

Otros / Especificar \_\_\_\_\_

1. Síntomas: Euforia, distimia, verbosidad, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival, vómitos.

2. Síntomas: Agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado. Torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones, coma.

**EVALUACION DE RIESGO**

¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca (fin del cuestionario) ☐
- (1) Una ó menos veces al mes ☐
- (2) De 2 a 4 veces al mes ☐
- (3) De 2 a 3 veces a la semana ☐
- (4) 4 ó más veces a la semana ☐

¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas (tragos) bebe en un día de consumo?

- (0) 1 ó 2 ☐
- (1) 3 ó 4 ☐
- (2) 5 ó 6 ☐
- (3) 7, 8 ó 9 ☐
- (4) 10 ó más ☐

¿Con qué frecuencia ingiere 6 ó más tragos en un solo día?

- 0) Nunca ☐
- (1) Menos de una vez al mes ☐
- (2) Mensualmente ☐
- (3) Semanalmente ☐
- (4) A diario o casi a diario ☐

**Total**

**Detectar**

Black-outs: ☐ Ingresos reiterados relacionados a ingesta de alcohol ☐

Riesgo de suicidio ☐ Embarazo ☐

**Consejería**

Si ☐ No ☐

¿Por qué ?

Observaciones

**Tratamiento Instaurado**

Tratamiento en guardia ☐

Internación ☐

UTI ☐

Fallecimiento ☐

Alta ☐

Observaciones ☐

**Derivacion Asistida**

Fecha \_\_\_\_\_

Hora del turno \_\_\_\_\_

Firma y aclaración  
del profesional

De ser necesario agregar más información, adjunte una hoja con el rótulo "Observaciones" con la firma y aclaración del profesional



Ministerio de  
**Salud**

Presidencia de la Nación

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10  
Capital Federal - CP1073 - República Argentina  
Teléfono: (011) 4379-9162  
e-mail: [saludmental@msal.gov.ar](mailto:saludmental@msal.gov.ar)  
[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) / [saludmental](http://saludmental)



# ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ante el consumo  
problemático  
de drogas





# PRÓLOGO



Prologar este libro significa una gran satisfacción –narcisista dirían los psicoanalistas pero es mucho más. Es una gran alegría después de muchos años de lucha constante, de marchas y contramarchas, de esperanzas y frustraciones, de creer que se encontraban algunas ideas, algunas herramientas útiles,... Y al momento siguiente notar la indiferencia o el aislamiento de los pequeños grupos preocupados por el problema del avance de las adicciones, de la pérdida de muchísimos jóvenes, “nuestro futuro como nación” y como persona que vivimos en una comunidad que amamos.

El poder leer esta producción de los equipos de Salud Mental y del Plan Provincial de Adicciones, me ha hecho ver que todos estos años de lucha de mucha gente, y aparentemente con escasos resultados, no han sido vanos y que vamos “por el buen camino”. Que es posible poder llegar a instrumentar políticas públicas que atiendan esta parte de la salud que hasta acá ha permanecido muy negada por la mayoría de la población y por el Estado en particular.

La negación es un mecanismo de defensa inconsciente que ejercen las personas para no sufrir. Es la técnica del avestruz que hunde su cabeza en la tierra para no angustiarse con el peligro que se avecina. Con las drogas, que existen desde el comienzo de la humanidad pero cuyo consumo ha avanzado de forma muy alarmante en la última mitad de siglo, ha pasado lo mismo. Miramos para otro lado para no tomar responsabilidades ante lo que podemos llegar a saber. Esto es un fenómeno mundial, si bien otros países han propuesto debates, leyes y campañas más avanzadas sobre todo en prevención.

La parte dañina de los sentimientos humanos se ha ensañado con el dolor y la falta de ilusiones sobre todo de los jóvenes, diezmados por guerras crueles en donde la droga llegó a ser un arma de guerra para debilitar a los soldados enemigos y que luego quedó constituida en el rubro más importante en cuanto a provecho monetario en el comercio mundial, en forma mafiosa y muy incrustada en los poderes políticos.

Una vez recuperado el gobierno institucional en nuestro país, luego de la negra noche de los gobiernos militares donde el sólo hecho de ser adicto podía ser razón suficiente para desaparecer, se creó la SEDRONAR (año 1989) que dependió, en un principio, directamente de la Presidencia de la Nación. Previamente en el año 1984 se nombró director de Salud Mental al doctor Vicente Galli, eminente psiquiatra psicoanalista, que reunió en Córdoba a todos los flamantes directores y coordinadores de Salud Mental de las Provincias en dos cursos memorables sobre Planeamiento y Administración de Servicios de Salud Mental para expandir como política de salud la atención primaria de la Salud Mental en la República Argentina.

De allí surgieron las primeras Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental en las provincias (las RISAM), de las cuales la del Hospital Carlos Pereyra de Mendoza fue una de las primeras en constituirse. La inclinación y currículos estaban destinados a formar profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc.) especializados en atención primaria de la salud. Ya existía desde años atrás en el Hospital El Sauce residencias para la formación de psiquiatras que después tomó la modalidad interdisciplinaria.

La RISAM realizó varias acciones interesantes como la atención primaria de los damnificados del sismo de enero de 1985, pasantías en hospitales generales de la Provincia de Mendoza y en hospitales especializados de otras provincias y empezó con la atención del público de salas de espera. Todas acciones novedosas para la época.

En 2003 se crea en Mendoza el Plan Provincial de Adicciones y luego en 2005 la Dirección de Salud Mental que reemplaza lo que hasta entonces había sido Departamento. Esto facilitó los contactos interinstitucionales entre lo público y los grupos privados que ya estaban constituidos como Alcohólicos Anónimos, Viaje de Vuelta, Cable a Tierra, Conexión, AEA, Hallar, Narcóticos Anónimos, Accionar, etc. y otros que se fueron formando después.

La labor entre la Dirección de Salud Mental y el Plan Provincial ha sido especialmente fecunda en los últimos años extendiendo su accionar a todo el territorio provincial.

He creído necesario hacer esta pequeña reseña porque mucha gente puso su esfuerzo en cada una de estas acciones y en estos grupos, algunos de los cuales desaparecieron, en un intento de hacer frente a esta grave problemática bio-psico-social. Por eso mi alegría de ver concretado de forma tan eficiente, sencilla, rica, actualizada y bien escrita esta Guía de Atención Primaria en Salud Ante el Consumo Problemático de Drogas.

Además de una buena guía de consulta para cualquier interesado en el tema, es la elaboración conjunta e interdisciplinaria de ideas, métodos y avances científicos de mucha otra gente preocupada por este aspecto de la salud. Y de muchos años en que parecía que se progresaba y otros momentos que se inmovilizaban las acciones en este arduo tema.

Por ello felicitaciones a todos los que han intervenido en su redacción, a los que urdieron el proyecto y a las Direcciones Ejecutivas que permitieron su concreción. Como habitante de Mendoza *"muchas gracias a todos"*.

**Dra. Nilda Astorga**

Médica Psiquiatra

Presidenta "Cooperativa Cable a Tierra"

Ex-Directora del Hospital "Carlos Pereyra".

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
ANTE EL CONSUMO  
PROBLEMÁTICO  
DE DROGAS**



## **Autoridades**

### **Gobernador de la Provincia de Mendoza**

CPN Celso Alejandro Jaque

### **Ministro de Salud**

Dr. Juan Carlos Behler

### **Subsecretario de Planificación y Control**

Dr. Ricardo Landete

### **Subsecretario de Gestión en Salud**

Dr. Enrique Quesada

### **Director General de Salud Mental**

Dr. Alberto Navarro

### **Director Coordinador Plan Provincial de Adicciones**

Lic. Mauricio Vezzoni

## **Autores y Compiladores**

Dr. Alberto Navarro. Médico Psiquiatra. Director General de Salud Mental

Prof. Lic. Mauricio Vezzoni. Psicólogo. Director Plan Provincial de Adicciones

Prof. Mg. Dr. Aldo Sergio Saracco. Médico Tóxicólogo. Jefe del Dpto de Toxicología

Prof. Lic. Marcelo Bríccola. Psicólogo. Jefe del Dpto de Asistencia, Plan Provincial de Adicciones

Prof. Lic. Emiliano Barrera. Psicólogo. Jefe del Dto de Prevención y Capacitación, Plan Provincial de Adicciones

Tec. Javier Segura. Jefe del Dpto. de Estadística Observatorio Mendocino de Drogas

Lic. Andrea Mercado. Psicóloga. Dpto. de Capacitación, Plan Provincial de Adicciones

## **Colaboradores:**

Lic. Gustavo Moreno. Psicólogo. Coordinador Centro Preventivo Asistencial de Adicciones y Centro de Día Tejada Gómez, Plan Provincial de Adicciones.

Lic. Carina Sthelick. Trabajadora Social. Coordinadora Centro Preventivo Asistencial de Adicciones Godoy Cruz, Plan Provincial de Adicciones.

Dra. Marina Álvarez. Médica Psiquiatra. Centro Preventivo Asistencial de Adicciones Godoy Cruz.

Sr. Maximiliano Coria. Estudiante Avanzado de Psicología. Dpto. Asistencia, Plan Provincial de Adicciones.





# ÍNDICE

|                                                                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                                                                                                                                                              | <b>13</b>  |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                             | <b>17</b>  |
| <b>CAPÍTULO I</b><br>Diagnóstico Epidemiológico Nacional y Provincial:<br>prevalencia, patrones de consumo y perfil socio-<br>demográfico de pacientes en centros de tratamiento | <b>23</b>  |
| <b>CAPÍTULO II</b><br>Pensando políticas públicas en el abordaje de las adicciones                                                                                               | <b>35</b>  |
| <b>CAPÍTULO III</b><br>Adicción: factores protectores y de riesgo. Modelos de<br>intervención                                                                                    | <b>51</b>  |
| <b>CAPÍTULO IV</b><br>Modelo de cambio de la conducta adictiva                                                                                                                   | <b>63</b>  |
| <b>CAPÍTULO V</b><br>Intervención en atención primaria en salud                                                                                                                  | <b>79</b>  |
| <b>CAPÍTULO VI</b><br>Aspectos preventivos ante el consumo de drogas                                                                                                             | <b>103</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>                                                                                                                                                              | <b>121</b> |
| <b>ANEXOS:</b>                                                                                                                                                                   | <b>129</b> |
| Sustancias                                                                                                                                                                       | <b>131</b> |
| Cuestionario Audit                                                                                                                                                               | <b>163</b> |
| Cuestionario Biopsicosocial                                                                                                                                                      | <b>170</b> |
| Formulario de Derivación de Pacientes a los CPAA                                                                                                                                 | <b>171</b> |
| Red Asistencial de Adicciones                                                                                                                                                    | <b>175</b> |



# INTRODUCCIÓN



Existe una proporción significativa de personas que acuden a los establecimientos de salud que usan bebidas alcohólicas o consumen otras drogas psicoactivas. Una fracción de éstas presenta un consumo abusivo de las sustancias antes mencionadas. En algunos casos, no advierten que tienen un problema de consumo; en otros, no lo referencian como un problema o bien lo ocultan por temor a ser discriminados o sancionados socialmente. En muchos casos el consumo abusivo de sustancias psicoactivas tampoco es reconocido por los equipos de salud porque el motivo de consulta específico puede o no estar asociado al mismo (la demanda puede ser por problemas gastrointestinales, cardíacos, etc).

Otra porción de la población no se acerca al sistema de salud. Ésta debe ser detectada precozmente dentro de los ambientes de la vida cotidiana de los afectados tales como la escuela, el club, lugares de trabajo, cultos y en especial su grupo familiar.

Esta guía propone orientaciones prácticas para que en los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) se pueda realizar una eficaz labor en la detección e intervención precoz y resolutive sobre el uso, consumo riesgoso, consumo problema y la dependencia a sustancias psicoactivas.

Por otro lado, tiene por fin ofrecer herramientas prácticas para que desde otros ámbitos no relacionados con la asistencia en salud, tales como escuelas, clubes, lugares de trabajo, también se pueda realizar una detección e intervención adecuadas.

Es decir, es una propuesta que tiene por fin involucrar y comprometer a la comunidad en general con el abordaje de la problemática de las adicciones. En tal sentido entendemos a éstas como un fenómeno multicausal, cuya solución será más eficaz mientras se involucren y comprometan más actores y ámbitos de la comunidad.

La APS representa una estrategia propicia para influir en forma eficaz, oportuna, preventiva de menor costo y más efectiva sobre el proceso evolutivo que afecta al usuario inmoderado de sustancias psicoactivas y a sus familias.

La APS propone alternativas previas de atención que permitan evitar la aparición de complicaciones de mayor severidad y gravedad, que terminarán por determinar una tasa baja en recuperación, así como una percepción errada y pesimista de los profesionales de la salud y en la población acerca de la efectividad de los tratamientos.

Esta guía práctica en salud tiene como objetivo principal, por un lado, poder discriminar quién necesita ser derivado a un centro especializado en adicciones y quién no; y por otro, que la persona que realmente necesite tratamiento específico llegue motivado al tratamiento y esta motivación, previamente trabajada en APS, o en ámbitos de escuela, clubes, iglesias, sea una pieza clave en la efectividad del tratamiento.

*Esta guía es una compilación de diversas investigaciones, libros, documentos y experiencias realizadas en otros países y en Argentina, adaptada a la realidad de nuestra provincia.*



# JUSTIFICACIÓN





Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz.

A continuación se presentan una serie de hechos históricos relevantes para las políticas instaladas en la provincia de Mendoza:

- En la década de los noventa comenzó con un hecho histórico para la salud mental en las Américas: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada en noviembre de 1990. En la Declaración de Caracas se hacía hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.
- En 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados que la componen a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera.
- En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó a la salud mental el Informe sobre la salud en el mundo e impulsó las actividades destinadas a colocar este tema en el programa político mundial, y tanto la OPS como la mayoría de los Estados miembros participaron en estos esfuerzos. La “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” (Brasilia, noviembre del 2005) evaluó el camino recorrido y estableció nuevas direcciones para el trabajo.
- Los países de la región aprobaron la Agenda de salud para las Américas 2008-2017 con la intención de orientar la acción colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población. En éste se definen áreas de acción en las que figura la salud mental de forma explícita e implícita.
- El Consejo Directivo de la OPS (2008) aprobó el Plan Estratégico 2008-2012. El objetivo del plan se centra en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos.
- La OPS/OMS en Panamá (2010), en la Conferencia Regional de Salud Mental: 20 años después de la Declaración de Caracas denominada “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”, lanzó formalmente el Plan de Acción Global en Salud Mental (mgGAP) para reducir las brechas existentes en la atención a los trastornos mentales, neurológicos y aquellos relacionados con el abuso de sustancias. La estrategia se refiere a la aplicación de paquetes básicos de intervención en los servicios de salud basados en la Atención Primaria.

Estos antecedentes de los que se hace referencia han sido muy importantes para entender el contexto en el que actualmente nos movemos. El desarrollo de los sistemas de salud van en una dirección clara y concreta: extender los servicios a toda la población, favorecer los espacios de prevención y promoción, y mejorar la calidad de vida de las personas. En nuestra provincia, por caso, se ha trabajado muy fuertemente en lo que respecta a la descentralización de los servicios de salud, logrando un acercamiento a la población.

La problemática de las adicciones ha ido complejizándose en el tiempo y las acciones preventivas y terapéuticas han debido ir acorde a estas demandas. Se ha avanzado en lo que respecta a la descentralización de servicios creándose redes asistenciales acordes a la problemática (ver anexo Red asistencial). El objetivo de las políticas públicas se centra en establecer circuitos de abordaje en todos sus niveles. Para ello es importante formar a los agentes involucrados.

Este documento de Atención Primaria en Salud intenta sumar al abordaje de las adicciones preparando y formalizando la complejidad de la problemática a los diferentes efectores de salud de la provincia, miembros vitales en la promoción, prevención y abordaje de las adicciones.

Todos los actores en salud que tengan un rol protagónico deben asumir su compromiso con las adicciones y con la salud mental, delimitando el rol del agente sanitario desde los diferentes niveles. Se debe destacar que en cada nivel de atención en salud hay diferentes roles y responsabilidades. Esta guía pretende aportar y enriquecer estos aspectos, y pretende reducir las brechas existentes entre las personas consumidoras de sustancias y la atención que las mismas se merecen en su ámbito comunitario.

### **¿Qué pretendemos con esta guía?**

Tratamos de que lleve a una reflexión a los profesionales que trabajan en Atención Primaria en Salud sobre lo que se puede y se debe hacer desde aquellas consultas que nos llegan al centro de salud o al Centro Integrador Comunitario, en relación al consumo riesgoso, consumo problema y dependencia de sustancias psicoactivas, y su relación con los problemas de salud derivados del mismo.

Por otro lado, pretendemos dar algunas herramientas para la consejería e intervención breve en esta problemática así como claves para continuar profundizando en un estudio más amplio de la problemática adictiva.

Y por último, nuestra idea es que los profesionales de APS puedan figurarse los distintos niveles de atención socio-sanitaria de las conductas de consumo desde una mirada abarcativa y a su vez puedan determinar sus competencias e incumbencias en el primer nivel de atención de la salud.

### **¿Por qué debemos actuar en Atención Primaria en Salud ante las personas con consumo de sustancias psicoactivas y los problemas de salud asociados a éste?**

-La AP cuenta con un **equipo multidisciplinario** (médicos de familia, comunitarios, pediatras, psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, entre otros), que conocen a las personas que atienden en su vida comunitaria y familiar, a lo largo de su historia vital. Esto se debe a la **accesibilidad al servicio** de atención primaria y a la posibilidad de **continuidad de la atención** que éste otorga.

-Se adopta un enfoque integral de la salud en todas las esferas de la persona: biológica, psicológica y socio-contextual, prestando además una atención integrada en las fases de salud/enfermedad (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación) y en coordinación con otros niveles de atención (centros de adicciones especializados, hospitales generales y monovalentes, unidades de salud mental, entre otros).

- Además de conocer las características de la propia comunidad en la que se trabaja, se tiene la posibilidad de abordarla desde distintos talleres o foros (mesas de gestión local, consejos de salud, talleres para padres, talleres de prevención en escuelas, etc.), pudiendo intervenir de forma activa y no sólo a demanda por los diferentes problemas de salud. Que las intervenciones habiliten la prevención, favorezcan la promoción de hábitos de vida saludables y la participación integral de los diferentes actores de la comunidad.



# DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL Y PROVINCIAL:

"Prevalencia, patrones de consumo  
y perfil sociodemográfico  
de pacientes en centros  
de tratamiento"



Para el logro de un cuadro de situación nacional y provincial en referencia a la problemática de las adicciones, se estudian indicadores indirectos que permiten inferir el estado situacional llevado a cabo por diferentes organismos públicos provinciales, nacionales e internacionales.

El presente capítulo pretende ser un breve y general compendio de éstos, que nos permita tener un diagnóstico de nuestra provincia y que sirva de disparador para que aquellos interesados en profundizar los mismos, recurran a estudios epidemiológicos y/o investigaciones citados

### **¿Cuál es el perfil de los pacientes que llegan a centros de tratamiento?**

Para definir este perfil debemos recurrir a la investigación realizada en aquella población asistida por la problemática de las adicciones: el **“Registro continuo de pacientes en centros de tratamiento”**.

Estos informes se refieren a una población específica afectada por la problemática de las adicciones y brindan muy valiosos indicadores indirectos sobre los niveles de consumo de sustancias.

Asimismo permiten describir patrones de consumo asociados a determinadas sustancias psicoactivas y a perfiles sociodemográficos; identificar las principales drogas de inicio y establecer su importancia en el consumo de los pacientes, la edad de inicio en el consumo, las principales drogas consumidas, la droga de mayor daño, la droga que motiva tratamiento, la patología física o mental asociada al consumo de sustancias psicoactivas; así como identificar las sustancias que caracterizan el policonsumo y el perfil del paciente asociado

Se analizan los pacientes que ingresan a tratamiento en todos los centros preventivos asistenciales en adicciones públicos de la provincia y en algunas instituciones privadas desde 2007 a la fecha. Esta investigación se lleva a cabo en todo el país por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR, y en conjunto en la provincia de Mendoza con el Plan Provincial de Adicciones.



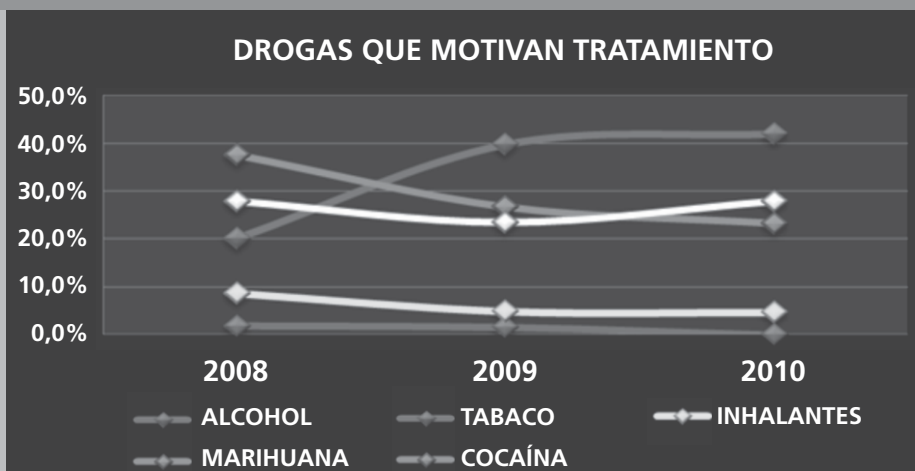
## REGISTRO CONTINUO DE PACIENTES EN CENTROS DE TRATAMIENTO. MENDOZA. AÑOS 2008 – 2009 – 2010.

*Pacientes según sustancias psicoactivas consumidas.*

- 10% > pacientes que consumen marihuana con respecto a la media nacional.
- 10% > pacientes que consumen cocaína con respecto a la media nacional.
- 3 veces < pacientes que consumen pasta base con respecto a la media nacional.
- 2 veces < pacientes que consumen tranquilizantes con respecto a la media nacional.

|                 | MENDOZA      | ARGENTINA    |
|-----------------|--------------|--------------|
| ALCOHOL         | 79.8%        | 76.9%        |
| TABACO          | 44.2%        | 47.4%        |
| INHALANTES      | 22.1%        | 18.5%        |
| MARIHUANA       | <b>72.1%</b> | 62.6%        |
| COCAÍNA         | <b>55.2%</b> | 45.9%        |
| PASTA BASE      | 2.7%         | <b>9.0%</b>  |
| TRANQUILIZANTES | 13.2%        | <b>28.4%</b> |
| ALUCINÓGENOS    | 7.9%         | 5.2%         |
| OPIÁCEOS        | 0.8%         | 1.4%         |
| ESTIMULANTES    | 2.1%         | 1.7%         |
| ÉXTASIS         | 2.1%         | 3.6%         |

## PROVINCIA DE MENDOZA, REGISTRO CONTINUO DE PACIENTES EN CENTROS DE TRATAMIENTO. PERIODOS 2008 – 2009 – 2010:



Sobre una cantidad de más de 500 pacientes distintos atendidos en los Centros Preventivos Asistenciales Públicos de Mendoza e instituciones privadas, se observa que la droga que motiva la demanda de tratamiento se ha ido modificando entre 2008 y 2010.

El alcohol se traslada desde el tercer lugar, en 2008, hasta el primero, en 2009 y 2010 motivando algo más del 40% de los tratamientos a nivel provincial; la marihuana se retrasa como droga que motiva tratamiento desde el primer al tercer lugar en estos años; la cocaína, de manera sostenida, es la droga que motiva aproximadamente el 30% de los tratamientos por adicciones durante 2008, 2009 y 2010.

En términos generales podemos resumir que los pacientes que llegaron a los centros de tratamientos públicos y privados son jóvenes, predominantemente masculinos, solteros, sin hijos a cargo, con un bajo nivel educativo y con una baja inclusión laboral. Con respecto a la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas se dio antes de los 16 años y las drogas de inicio en primer término alcohol, seguida de tabaco y por último marihuana y cocaína.

Observamos que los pacientes acudieron a tratamiento predominantemente de manera voluntaria, seguido de aquellos que lo hicieron por presión de familiares o amigos, y por último los que llegaron por una indicación legal. Sólo un pequeño porcentaje lo hizo por indicación médica, académica o laboral. Cerca de la mitad de los pacientes que llegaron a los

## ¿Cómo es el perfil de las personas que llegan a la sala de guardia de un hospital?

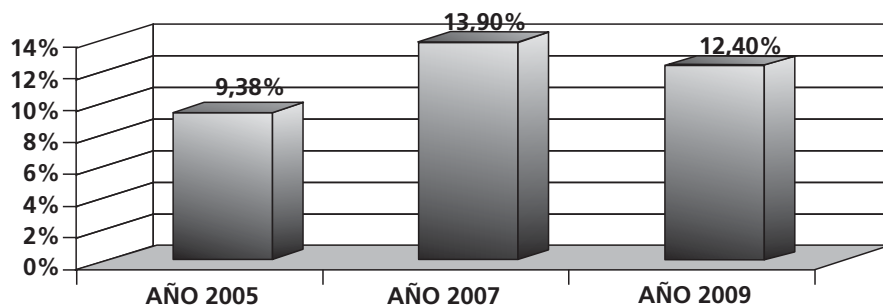
La investigación denominada **“El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia”** se lleva a cabo en las salas de guardia de los hospitales públicos que representan un lugar donde las intoxicaciones con sustancias psicoactivas se dan cita y demandan tratamiento, es por ello, que estudios en este ambiente significan valiosos indicadores indirectos acerca de los niveles de consumo de sustancias.

La posibilidad de contar con estudios epidemiológicos que den cuenta de la relación entre el consumo de drogas y en este caso la consulta de emergencia, habilita y abre un espectro aún desconocido de los riesgos y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas mostrando la necesidad de extender y profundizar la capacitación específica a profesionales médicos y de las áreas de salud para que puedan conocer y abordar la problemática.

Mediante una ventana epidemiológica de una semana completa, se registran todos los ingresos a la sala de guardia del Hospital Central y se analiza la relación entre la consulta de emergencia y el consumo de sustancias psicoactivas, se describe el perfil sociodemográfico de los pacientes que ingresan al servicio, qué cantidad de ingresos están relacionados con el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, qué tipo de sustancias, el motivo de ingreso a emergencia, etc.

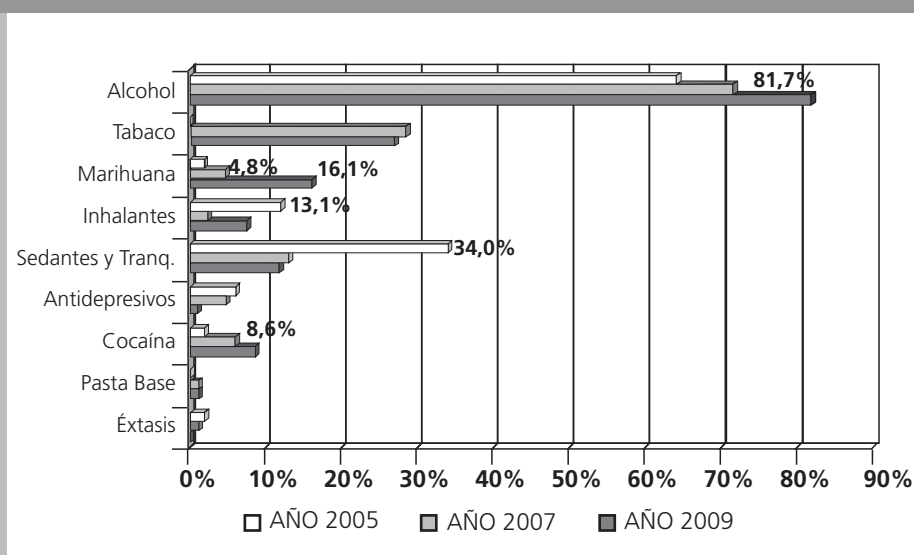
Dicha investigación se lleva a cabo desde el 2003 a la fecha, por el Observatorio Argentino de Drogas de SEDRONAR en todo el país, y en Mendoza, en conjunto con el Plan Provincial de Adicciones.

### INGRESOS A SALA DE GUARDIA RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.MENDOZA. AÑOS 2005 – 2007 – 2009



Analizando los ingresos a sala de guardia del Hospital Central, tomando como muestra una ventana epidemiológica de una semana típica, durante 2005, 2007 y 2009 observamos que sobre el total de los pacientes que acuden a la sala de emergencia en 2005 el 9,38% sus ingresos están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (1 de cada 10); este valor asciende al 13,9% en 2007 y durante 2009 los ingresos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas representan el 12,4% del total de pacientes que acuden a la sala de guardia del Hospital Central.

## INGRESO POR TIPO DE SUSTANCIA



Las principales sustancias que se presentan en los ingresos relacionados con consumo, mayoritariamente intoxicaciones agudas, son alcohol, de manera sobresaliente, luego siguen drogas que acompañan la intoxicación como tabaco y marihuana; sedantes, tranquilizantes, cocaína e inhalantes también muestran valores con significación.

### ¿Cuál es el consumo que se da en estudiantes secundarios?

La siguiente investigación se lleva a cabo en escuelas de nivel medio o secundarias y se trata de ver las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en población de riesgo, determinar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas de la población escolarizada de 13, 15 y 17 años según sexo, tramos de edad, año de cursado

Este sondeo también permite describir algunos factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en población escolar; conocer las percepciones que los estudiantes tienen sobre sus niveles de información, recepción de cursos de prevención y su relación con el consumo de drogas.

El objetivo central del estudio es indagar sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y su prevalencia en la población de referencia desde una perspectiva sociocultural, intentando, a su vez, distinguir, la frecuencia, las modalidades y las situaciones que facilitan o incentivan conductas adictivas.

Desde un enfoque exploratorio, el estudio se propone determinar los factores de riesgo o contextuales asociados al consumo de sustancias; de allí que informa sobre la magnitud del consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos usados sin prescripción médica (tranquilizantes y estimulantes), solventes o inhalables, marihuana, cocaínas (clorhidrato y pasta base), heroína y otras drogas ilegales, información que se constituye en un avance en el conocimiento de esta problemática, útil para el diseño de políticas de prevención y asistencia necesarias.

En este informe se presentan datos de consumo de vida, de último año y del último mes o consumo actual de las sustancias legales e ilegales analizadas, por sexo, grupos de edad, etc. Respecto del consumo de alcohol, y debido a la importancia que este consumo presenta, se profundiza el análisis en la identificación de grupos de estudiantes, información necesaria al momento de diseñar políticas preventivas específicas en esta población.

## PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES SECUNDARIOS, 13; 15 Y 17 AÑOS. MENDOZA. AÑOS 2005 – 2007 – 2009

| Sustancias             | 2005 | 2007 | 2009 |
|------------------------|------|------|------|
| Tabaco                 | 43,3 | 43,3 | 43,7 |
| Alcohol                | 58,7 | 62,4 | 66,4 |
| Tranquilizantes sin pm | 5,4  | 5,7  | 3,2  |
| Estimulantes sin pm    | 3,1  | 3,3  | 2,8  |
| Solventes/inhalantes   | 3,2  | 2,4  | 2,5  |
| Marihuana              | 7,2  | 7,5  | 9,8  |

### Prevalencia de vida

| Sustancias        | 2005 | 2007 | 2009 |
|-------------------|------|------|------|
| Pasta base – Paco | 2    | 1,3  | 1,5  |
| Cocaína           | 2,8  | 3,2  | 3,9  |
| Éxtasis           | 0,7  | 0,8  | 1,7  |

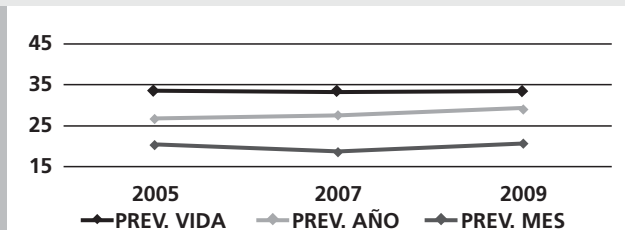
| Sustancias             | 2005 | 2007 | 2009 |
|------------------------|------|------|------|
| Tabaco                 | 26,4 | 27,6 | 29,1 |
| Alcohol                | 47,3 | 57,5 | 54,5 |
| Tranquilizantes sin pm | 3    | 2,7  | 1,8  |
| Estimulantes sin pm    | 2,3  | 1,3  | 1,9  |
| Solventes/inhalantes   | 1,5  | 1,3  | 1,1  |
| Marihuana              | 4    | 5,6  | 6,7  |
| Pasta base – Paco      | 1,2  | 0,8  | 0,8  |
| Cocaína                | 1,6  | 2    | 2,2  |

## Prevalencia de año

| Sustancias             | 2005 | 2007 | 2009 |
|------------------------|------|------|------|
| Tabaco                 | 20   | 18,6 | 20,5 |
| Alcohol                | 39,2 | 53   | 43,5 |
| Tranquilizantes sin pm | 1,7  | 1,3  | 1,2  |
| Estimulantes sin pm    | 1,3  | 0,8  | 1,2  |
| Solventes/inhalantes   | 1    | 0,9  | 0,6  |
| Marihuana              | 2,4  | 3,1  | 3,3  |
| Pasta base – Paco      | 0,8  | 0,5  | 0,4  |
| Cocaína                | 1,2  | 1,2  | 1,1  |

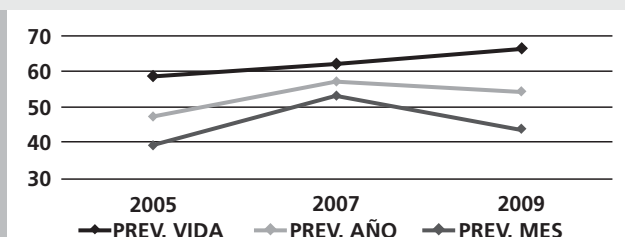
## Prevalencia de mes

## TABACO



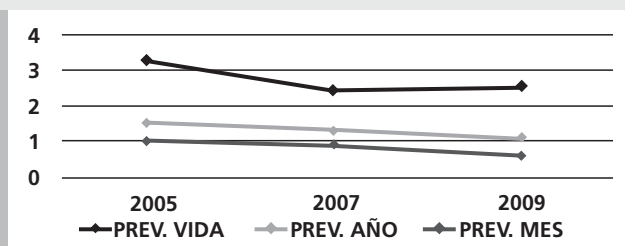
Durante 2005, 2007 y 2009 la cantidad de estudiantes secundarios entre 13 y 17 años de la provincia de Mendoza que habían consumido alguna vez en la vida tabaco se mantuvo estable en un valor cercano al 43%, los que han fumado tabaco en el último año, ascienden de 26,4% a 29,1% entre 2005 y 2009. Y los consumidores actuales, es decir, estudiantes que han fumado tabaco en el último mes, también presentan valores sostenidos cercanos al 20% entre 2005 y 2009.

## ALCOHOL



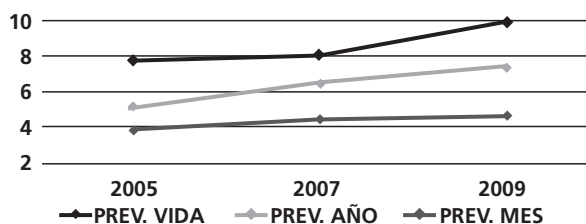
Los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida pasan de representar el 58,7% en 2005 al 66,4% en 2009 (prevalencia de vida); los estudiantes que se infieren como consumidores actuales de bebidas alcohólicas en el año 2005 representaban el 39,2% del total, en 2007 el valor se incrementó muy significativamente hasta el 53% de los alumnos, decayendo en 2009 al 43,5%.

## INHALANTES



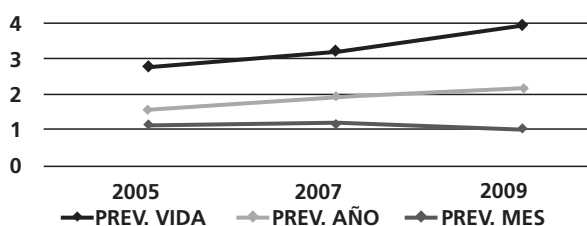
En 2005 los estudiantes secundarios que manifestaban haber consumido sustancias inhalantes alguna vez en su vida representaban algo más del 3% del total de la población, este valor ha ido descendiendo hasta llegar al 2,5%. Los valores sobre estudiantes que han consumido estas sustancias alguna vez en el último año o alguna vez en el último mes también se muestran de manera descendente.

## MARIHUANA



La marihuana muestra un incremento de su consumo en los estudiantes secundarios de la provincia de Mendoza entre 2005 y 2009, tanto en los porcentajes de alumnos que han consumido alguna vez en la vida (7,2% - 9,8%); alguna vez en el último año (4,0% - 6,7%) y alguna vez en el último mes (2,4% - 3,3%).

## COCAÍNA



El consumo de cocaína en estudiantes secundarios de la provincia de Mendoza muestra valores que van incrementándose desde 2005 a 2009 en lo referido a los que han consumido alguna vez en la vida crece del 2,8% al 3,9%; los que manifiestan consumo de cocaína en el último año, del 1,6% al 2,2%; y en el caso de consumidores recientes el valor se mantiene sostenido en algo más del 1%.



## ¿Qué nos dicen otras investigaciones nacionales e internacionales?

-Se estima, según **Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (2009)**, que en Argentina la población adulta de 15 años o más que presenta abuso o dependencia de alcohol es de 1.700.308 y de abuso o dependencia de otras drogas de 182.176, siendo la problemática de abuso de sustancias psicoactivas la más prevalente (30% aproximadamente) en los trastornos mentales.

-Según la **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2005)**, en tanto, se estima que en el país el 37% de los accidentes de tránsito y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al uso de bebidas alcohólicas.

-De acuerdo a la **Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (INDEC, 2008)** el alcohol constituye el mayor problema y que provoca mayor morbi-mortalidad, y es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población general. Prevalencia de consumo durante el último mes 49,9%.

**PENSANDO  
POLÍTICAS PÚBLICAS  
EN EL ABORDAJE DE  
LAS ADICCIONES**



El Gobierno de Mendoza tiene como lineamiento general de su política de Estado: “la integración orgánica, a nivel conceptual y práctico de aportes, de las distintas áreas ministeriales y municipales para implementar y operativizar territorialmente acciones para el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos”.

Dentro de las temáticas sociales que la provincia jerarquiza como prioritaria están “las adicciones”, que deben abordarse integralmente desde la “prevención”, “capacitación” y “asistencia” de distintos sectores sociales, poblacionales y de acuerdo al perfil del usuario delineado en los últimos años.

Hoy la sociedad se caracteriza por ser una sociedad de consumo con un alto nivel de individualismo, cambio de valores, diferentes estilos de vida y con ellos nuevas formas de relacionarse. Las instituciones que antes conformaban un lugar seguro dejan de tener valor transformándose constantemente sin una permanencia temporal. Sumado a este modelo común se han sucedido una serie de crisis económicas en nuestro país que forjaron el fenómeno denominado “La nueva cuestión social”, anclada en la expulsión del mercado laboral, la falta de oportunidades para los más jóvenes, el empobrecimiento de la clase media, la disgregación familiar y los nuevos modelos de familias. En este marco, las instituciones han perdido credibilidad y con ello, soporte para las relaciones.

Este contexto ha favorecido el incremento de los problemas de adicción a sustancias legales e ilegales, psicofármacos, alcohol, tabaco, alimentos, juegos, Internet y también al trabajo. Todas ellas como respuestas conductuales vinculadas a la problemática social en la cual se promueven factores de riesgo agravados por la inexistencia de proyectos de vida, la discriminación, el exceso de tiempo dedicado al ocio o la falta de estímulo para la actividad física. Se puede sumar, además, las dificultades para ingresar en el mercado laboral, el cual es cada vez más especializado y exigente.

Las conductas adictivas se evidencian en todas las clases sociales, sin distinción de credos, razas, sexo ni grupos etarios. Sin embargo, los grupos de mayor vulnerabilidad sufren consecuencias más graves ya que el tipo de sustancias tóxicas que consumen están condicionadas por el poder adquisitivo.

El aumento de las adicciones requiere de una política adecuada tendiente a garantizar el derecho a la salud “Bien Jurídico Social”, consagrado por pactos y tratados internacionales. Además, la Organización de los Estados Americanos (OEA), en el informe sobre Evaluación del Progreso de control de Drogas 2005 – 2006, recomienda a la República Argentina lo siguiente:

- Aumentar la cobertura de los programas de prevención y asistencia existentes.
- Actualizar el registro de Instituciones que prestan servicios de intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Pensar en políticas públicas en la temática de adicciones es pensar en la complejidad de epistemologías y concepciones reinantes, desde aquellos que la entienden como una enfermedad, pasando por la asociación a lo ilícito y delictivo, o como un problema asociado a la pobreza y vulnerabilidad, y porque no, como un problema psico-social y familiar.

Pero también debemos pensar en la oferta y la demanda, en la rentabilidad que provoca y en los grupos de poder asociados a la misma. Cuando hablamos de complejidad, no sólo hacemos referencia a concepciones, prácticas o historia, sino a la multiplicidad de factores políticos, económicos, culturales, sociales, familiares e individuales que entran en juego. Como en todos los grandes temas sociales y de salud no hay un modelo único y universal para abordar esta problemática, que se instala en amplios sectores de la sociedad, y nos obliga a buscar alternativas desde el consenso de las distintas miradas y particularidades.

Es por esta multicausalidad que se hace necesario un abordaje de carácter interministerial, interdisciplinario, multidisciplinario, intersectorial, pluripartidario y a nivel local con los municipios, para trabajar desde la familia hasta la concientización comunitaria, buscando soluciones de carácter preventivo y promocional para evitar la iniciación en el consumo de drogas y realizando acciones del tipo asistencial y de rehabilitación cuando el daño en la salud ya se ha producido.

Ante todo lo descripto, la labor del Estado no sólo es de crear y dar respuesta desde distintos formatos de tratamientos ambulatorios, centros de día, desintoxicación, rehabilitación, con diversos enfoques profesionales, ex adictos, religiosos, o la combinación de ellos; sino, además, dirigir tareas de promoción y prevención tanto a nivel provincial como local.

En este marco de reflexión, estudio y acciones conjuntas, queremos ofrecer una herramienta concreta en el trabajo de la Atención Primaria en Salud. La salud mental forma parte de las iniciativas en pro de la renovación de la atención primaria de salud. Hay numerosas experiencias exitosas, así como lecciones aprendidas en el desarrollo de modelos comunitarios de salud mental.

Disponer de políticas y planes apropiados permite tener una visión amplia y estratégica de la salud mental integrada en las políticas públicas del sector de la salud y facilita la organización de los servicios sobre la base de un modelo comunitario. La ejecución de las políticas y planes provinciales de salud mental es un desafío que requiere de asociaciones eficaces, del refuerzo de los compromisos existentes y del logro de nuevos aliados; en este sentido, el papel de las organizaciones de usuarios y familiares es de especial pertinencia.

Es nuestro objetivo seguir creciendo en la creación y fortalecimiento de las alianzas del sector de la salud con todos los actores involucrados a fin de ofrecer a nuestra comunidad mayores y mejores servicios vinculados a la integración, inclusión y participación activa.

Por todo ello, es necesario tener en cuenta que el abordaje de las adicciones precisa de políticas públicas socio-sanitarias con un marco conceptual amplio e integrador que pueda incluir los diferentes saberes vinculados a la problemática, que permita contar con un diseño

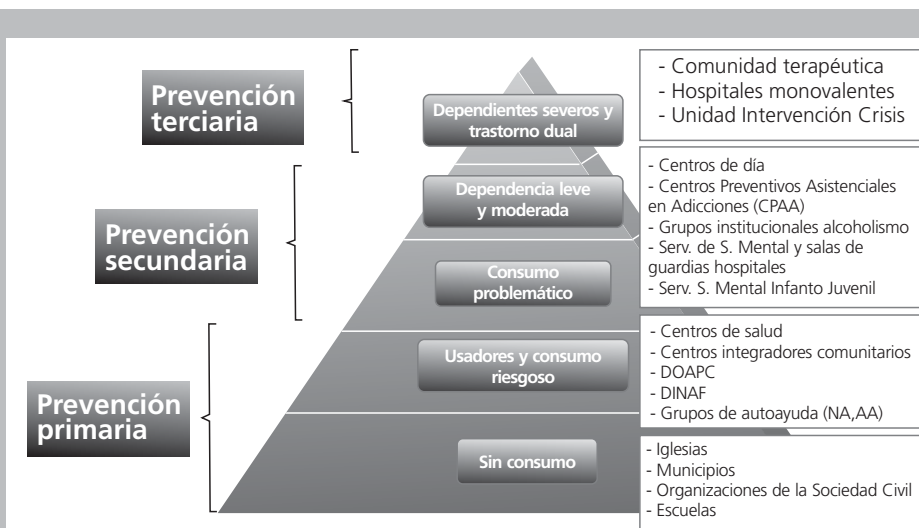
estratégico de servicios descentralizados, participativos, integrales, continuos, preventivos y basados en la comunidad. Que estas políticas públicas sean inclusivas y enmarcadas en los derechos basados en estándares consagrados en instrumento internacional de Derechos Humanos (DDHH) y en normativa nacional.

El objetivo de este apartado es conocer algunas bases importantes en lo que respecta a prevención y asistencia a partir de un plan estratégico claro y ordenado.

## ¿Cómo podemos pensar la Atención Primaria en Salud en la problemática de las adicciones en Mendoza?

Resulta importante señalar que en la atención de las adicciones es tanto más eficaz cuanto antes se detecta la situación de consumo de drogas, y por lo tanto, el primer profesional de la salud que puede entrar en contacto con la persona afectada es el profesional de la atención primaria. Por ello es fundamental que los profesionales tomen conciencia del relevante papel que pueden desempeñar al detectar precozmente un consumo riesgoso, problemático o dependiente de sustancias psicoactivas, para evaluar los problemas médicos y/o en salud mental en general, llevar a cabo las intervenciones pertinentes o realizar las derivaciones oportunas a su red de referencia y contrarreferencia de acuerdo al nivel de especialidad que se requiera.

El gráfico siguiente muestra los diferentes niveles de atención en salud de acuerdo a que se trate de un uso sin riesgo, consumo riesgoso, problemático o dependiente, y ayuda a delimitar acerca de lo que se puede y debe hacer desde el ámbito de trabajo vinculado al consumo de drogas y los problemas asociados al mismo. Y en los capítulos siguientes se desarrollarán y profundizarán algunos lineamientos de lo expuesto como de estrategias para intervenir de forma breve y eficaz en este tema.



### **¿Qué entendemos por uso o consumo sin riesgo?**

Es la utilización ocasional y esporádica de una sustancia, generalmente en encuentros sociales. No implica problema alguno, sin embargo puede estar asociado a dos aspectos preocupantes: a) el no poder prever la forma en que el sujeto reaccione ante la droga utilizada, y b) si la persona hace un uso indebido de la sustancia pudiendo sobrevenir la intoxicación aunque la haya utilizado de forma ocasional.

### **¿Qué es un consumo en riesgo o riesgoso?**

Se trata de un patrón de consumo de sustancias, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de derivar en un consumo problema, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) o de otro tipo de consecuencias negativas. Es una condición previa al consumo problema.

Intervenir en esta etapa en forma efectiva se logrará una meta importante en el sistema de salud y es el de evitar que una persona sana llegue a contraer un daño evitable.

### **¿A qué hace referencia el consumo problema o problemático?**

Es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familiar, laboral, escolar, seguridad personal y funcionamiento social.

Se trata entonces de un concepto abarcativo socio-sanitario que incluye tanto a las personas en quienes se diagnostica una enfermedad física, un trastorno mental o conductual, asociados al consumo, como aquellas que, sin tener una condición mórbida, sí presentan problemas, tales como, menor rendimiento y cumplimiento escolar, académico o laboral, según sea el caso, problemas policiales o judiciales, alteraciones de la armonía familiar, violencia y otras circunstancias similares.

El consumo de drogas se detecta a partir de una consulta espontánea de una persona afectada o la entrevista con familiares, amigos o mediante la derivación de un tercero (médico, profesor, juez, etc).

El criterio operacional para plantear la hipótesis de un probable consumo problema de drogas se basa en la detección de uno o varios de los siguientes indicadores:

- a) Cambio en la trayectoria del rendimiento habitual (escolar, laboral).
- b) Cambios en el comportamiento habitual (nuevos grupos de amistades o, por el contrario, tendencia al aislamiento social o sólo de los familiares, descuido en la higiene personal).
- c) Cambios o alteración de los patrones de sueño y alimentación.

d) Repetida presencia de enfermedades de transmisión sexual.

e) Presencia de variaciones bruscas del ánimo.

El que la persona reconozca abiertamente el consumo de drogas será un signo confirmatorio, pero hay otros indicadores indirectos que obligan a una decidida búsqueda de atención: estados depresivos, ideación suicida, estados confusionales breves o de contenidos paranoides o alucinatorios, etc.

### **¿Cuándo hablamos de dependencia?**

Lo determinante para el diagnóstico es el cambio fisiológico:

- Aumento de la tolerancia: necesidad de consumir cantidades crecientes de la sustancia para lograr los efectos deseados.
- Aparición de síntomas físicos cuando se suspende el consumo (síndrome de abstinencia), y la necesidad de consumir la misma sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Consumo compulsivo (craving): deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Todas las consecuencias que se aprecian en el consumo problema se encuentran también presentes en la dependencia. Si hay dependencia, la dedicación de tiempo al consumo (buscar y obtener la sustancia, períodos de consumo y de recuperación de los efectos) será mayor, también los efectos sobre el individuo (descuido o abandono de responsabilidades propias, disminución de peso, pérdida de amistades y de la credibilidad), enfermedades somáticas y/o síntomas o trastornos mentales más frecuentemente transitorios.

### **¿Qué son los Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones?**

El Centro Preventivo Asistencial de Adicciones (CPAA) es un dispositivo de asistencia a las personas que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en régimen ambulatorio y/o centro de día, intercalado en un programa de tratamiento integral, y preventivo, enfocado desde lo específico e inespecífico, con abordaje comunitario e intersectorial. Es un recurso con un objetivo estrictamente preventivo y terapéutico, donde se aborda un problema socio-sanitario, la adicción, debiendo estar dirigida por profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros) y diversos actores de la comunidad.

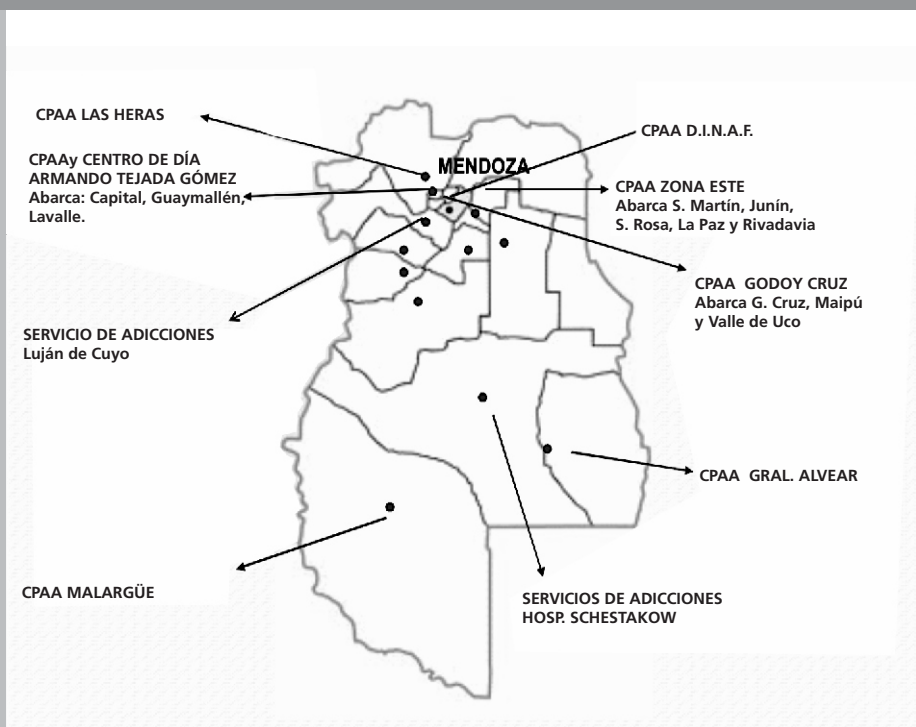
Concebimos al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual y entendemos que la problemática de las adicciones es multicausal. En este sentido, nos planteamos como



objetivos fundamentales: garantizar la atención integral y accesibilidad de toda persona que presente conducta adictiva dentro del territorio provincial; promover el abordaje terapéutico de forma interdisciplinaria y propiciar la participación intersectorial en la problemática, mediante la articulación con diferentes efectores asistenciales de la esfera privada y/o estatal.

El Plan Provincial de Adicciones perteneciente a la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud, cuenta actualmente con centros propios distribuidos en el territorio provincial: 9 Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA); 8 con modalidad ambulatoria y 1 cuenta, además, con centro de día (ver mapa). Se busca optimizar los recursos provinciales referidos a la problemática de las adicciones mediante la distribución de los mismos en el territorio de la provincia y, además, se articula con instituciones dedicadas a la rehabilitación de las adicciones en la esfera privada: OSC, obras sociales, prepagas. También se han establecido convenios de gestión asociada en la esfera provincial y nacional, implementándose un sistema de becas para aquellos sin cobertura social que requieren tratamientos en comunidades terapéuticas (internación).

## CENTROS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES EN ADICCIONES (CPAA)



nexo con aquellos efectores del 3° nivel de atención (comunidad terapéutica, hospital monovalente) cuando el diagnóstico interdisciplinario manifiesta una dependencia severa o trastorno dual.

Los criterios de admisión a los CPAA son los siguientes:

- Personas de ambos sexos desde 14 años en adelante.
- Con abuso (consumo problema) o dependencia (leve o moderada) de sustancias psicoactivas.
- Con posibilidad de establecer demanda de tratamiento y que en lo posible cuenten con red social de contención y apoyo.
- Que cumplieren consentimiento por escrito, para la implementación de las medidas terapéuticas que correspondan en cada situación particular.

No serán admitidos:

Personas que presenten abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, con las siguientes especificaciones:

- Pacientes psicóticos productivos.
- Pacientes que presentan intoxicación aguda al momento de la evaluación.
- Pacientes con trastornos graves de personalidad descompensados al momento de la evaluación.
- Pacientes privados de libertad (deberán ser atendidos en los lugares de encierro correspondientes).

### **¿Cuáles son las etapas del proceso terapéutico en un CPAA?**

El CPAA tiene su tratamiento dividido en tres etapas o distintos momentos, a través de los cuales las personas con conductas adictivas deben transitar. Estas fases llevan diferentes denominaciones pero en todos los casos encontramos: una etapa inicial (admisión), una intermedia (tratamiento propiamente dicho) y la inclusión social.

## **¿En qué consiste la admisión?**

Este es el momento de los primeros contactos con la institución. La persona puede llegar por propia voluntad o presionado por factores externos (instituciones, familia, situaciones, entre otras). También, este es el momento del primer encuentro del CPAA con la familia.

Se realiza el diagnóstico interdisciplinario (psicológico, psiquiátrico y social) para determinar si reúne el perfil requerido según los criterios de selección establecidos por la CPAA. Luego que la persona es admitida se trabaja la motivación al cambio. Así, ella será quien deba manifestar su decisión y compromiso de darle continuidad al tratamiento. La duración de las admisiones es muy variable y depende de los diferentes factores personales, familiares y contextuales, pero puede ser desde unas semanas hasta varios meses, dependiendo de cada caso particular.

Posteriormente, se le presentan a la persona consumidora de sustancias psicoactivas y a su familia las pautas básicas que se respetan dentro del tratamiento, y se firma un contrato en donde el futuro paciente, un representante de la institución y otro de la familia, se comprometen a desempeñar de la mejor manera posible su tarea.

Una vez que la persona ha dado muestras de estar consustanciado con la modalidad de la institución presentada y dispuesto a ingresar, se lo incluye en el tratamiento propiamente dicho.

### **Objetivos:**

- Diagnóstico interdisciplinario individual, familiar y social
- Generar motivación al cambio, conciencia de enfermedad, reducción del consumo y/o daño y/o posibilidades de abstinencia.

## **¿En qué consiste el tratamiento propiamente dicho?**

El paciente inicia la etapa de cambio. Toda la estructura terapéutica está puesta a su servicio, por lo tanto será su decisión continuar y profundizar o abandonar.

### **Objetivos:**

- Apuntar hacia el cambio de la conducta adictiva (reducción de daño, reducción del consumo y/o abstinencia).
- Favorecer un modo de vivir independiente del consumo de drogas, o de cualquier otra conducta autodestructiva. Provocar un cambio y mantenimiento del mismo a nivel cognitivo, afectivo, conductual y social.

- Posibilitar un cambio en el estilo de vida que enseñe a la persona a enfrentarse a: sí mismo, al crecimiento, al estrés de modo positivo y al dolor que implica el cambio. Además, que transforme su autoconcepto, y establezca relaciones sociales sanas, profundas y duraderas.

### **¿Con qué tipos de tratamientos cuenta el CPAA?**

a) AMBULATORIO: en esta modalidad se asiste al CPAA para recibir terapia individual, grupal, familiar, talleres para padres, etc. Para que la persona sea admitida en esta modalidad de intervención tiene que tener condiciones tales como:

- Capacidad para desarrollar conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento,
- Un contexto social y familiar medianamente contenedor, y/o actividades llevadas con cierta regularidad que no sean favorables suspender como trabajo y/o estudio,
- Recursos personales suficientes como para recibir este tipo de ayuda y residir en algún lugar que no le dificulte el acceso a la institución.

b) CENTRO DE DÍA: se asiste de lunes a viernes, con horarios más flexibles, en casos excepcionales. En general, concurren desde las 8.30hs. a 17.00hs. y se comparten diversas actividades deportivas, recreativas, culturales, grupales, cine-debate, labor terapia, entre otras. El centro de día es para casos en donde hay una mayor severidad y/o complejidad del caso y requieren de un formato de tratamiento de mayor intensidad.

### **¿Qué entendemos por inclusión social?**

La inclusión social se debe entender como “un proceso desde el inicio del tratamiento a partir de una construcción conjunta con el sujeto que durante un período de tiempo ha visto vulnerado determinados derechos que han limitado sus oportunidades en la dinámica social tendiente a la reconstrucción de espacios sociales” (Sthelick, Delavia, Llanes, 2008. Programa de Inclusión Social, Plan Provincial de Adicciones).

El objetivo de la inclusión social es que las personas en tratamiento y los de su entorno puedan llevar una vida saludable y socialmente adaptada, y además participen activamente en la comunidad en la que viven. Todo esto exige el desarrollo de estrategias educativas, sanitarias y sociales dirigidas hacia los consumidores, su familia y comunidad.

Se busca que, con los distintos agentes, recursos y servicios comunitarios se articule una red de participación en la que colaboren los diversos colectivos sociales.

Esta etapa es un proceso que aparece configurado por las siguientes características:

- Es central, por lo tanto recorre toda la intervención.
- Se resuelve en un marco ecológico y comunitario concreto.
- Es plural, por lo que se puede resolver de diferentes formas.
- Es incierta debido a las vivencias personales, los contactos socio-culturales y las oportunidades sociales.

Esta adaptación implica ajustar las expectativas a las dificultades y posibilidades reales del entorno y tener en cuenta las características y recursos que este ofrece.

Esta etapa tiene que encarar temas prácticos cotidianos como la familia, el trabajo, la vivienda, los estudios, la capacitación y el manejo del dinero.

En la inclusión suelen definirse 5 áreas y objetivos:

- a) **Relacional:** el establecimiento de relaciones con la familia, amigos y las personas que no tienen ni han tenido contactos con las drogas. Poder iniciar, mantener y profundizar relaciones estables.
- b) **Laboral:** capacitación para la obtención y mantenimiento de un empleo remunerado y formal, entrenamiento en habilidades sociales que faciliten entrevistas laborales. Por ejemplo: adquisición de conocimientos y habilidades en algún oficio específico.
- c) **Educativa:** inserción en el nivel educativo formal y enriquecimiento de su bagaje cultural. Por ejemplo: inicio o reanudación de los estudios o fomento de interés para determinadas expresiones culturales.
- d) **Salud:** desarrollo de una forma de vida saludable. Por ejemplo: prácticas deportivas, adquisición de hábitos higiénicos y alimenticios.
- e) **Lúdico – recreativo:** desarrollo de actividades y capacidades de juego que permitan una ocupación saludable del tiempo libre.

### **¿Cuáles son los derechos de las personas que acceden a los servicios de atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas?**

Este es un extracto tomado de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación (2010). Los presentes derechos están basados en estándares consagrados en instrumento internacional de Derechos Humanos (DDHH) y en normativa nacional. Especialmente se consideran los **Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental** (Asamblea General de la ONU, Resolución 46/119, diciembre de 1991); la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, diciembre de 2006) y la ley Nacional N° 26529, sancionada el 21 de octubre de 2009 y promulgada el 19 de diciembre del 2009, que se refiere a los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Asimismo resultan importantes los pronunciamientos de la Corte Suprema de la Nación respecto de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, a través de los casos “Tufano” (2005); “RMJ” (2008) y “Arriola” (2009) y el caso de la Corte Interamericana de Derechos Humanos “Ximenes López vs Brasil” (julio 2006).

La nómina de derechos que se expone a continuación no es exhaustiva. No excluye otros derechos consagrados en otros instrumentos internacionales o normas nacionales:

- **Derecho a ser informado sobre el tratamiento:** todas las personas tienen derecho a ser informados por los integrantes de los equipos de atención. Deben transmitirse adecuadamente los posibles dolores o molestias, y los riesgos del tratamiento propuesto. La información debe proporcionarse en un lenguaje y de manera que resulten comprensibles.

- **Derechos a la autodeterminación:** las personas tienen el derecho de aceptar, rechazar e interrumpir tratamientos, con o sin expresión de causa, y a revocar posteriormente su manifestación de voluntad.

- **Derecho al consentimiento libre e informado:** es la condición para la prestación de asistencia en el uso problemático de sustancias psicoactivas. Todos los operadores de los servicios de atención deben respetar la presunción de que todas las personas tienen discernimiento y deben agotar los esfuerzos para apoyar y posibilitar la aceptación voluntaria de tratamiento.

- **Derecho a participar en la elaboración del plan de tratamiento:** los equipos interdisciplinarios brindarán un tratamiento basado en un plan prescripto individualmente elaborado junto con la persona usuaria, su familia y/o grupo afectivo continente, el que será revisado periódicamente. Las opiniones, deseos y decisiones de la persona usuaria son fundamentales en su elaboración.

- **Derecho a formular directivas anticipadas:** todas las personas pueden formular instrucciones o directivas anticipadas en las que plasmen sus decisiones relativas a su salud y a los tratamientos que prefieran o no deseen recibir.

- **Derecho a la mejor atención y al tratamiento apropiado y menos restrictivo disponible, según normas técnicas y éticas:** derecho acceder sin discriminación a la atención y tratamiento de mejor calidad y efectividad que corresponda a sus necesidades de salud, preservando su dignidad y estimulando su autonomía. La atención en el consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas debe ser lo menos restrictivo de los derechos y libertades de las personas usuarias y adecuarse a sus antecedentes culturales, favoreciendo siempre su autonomía personal.

- **Derecho a la terapia farmacológica adecuada:** la prescripción de medicación responderá a las necesidades fundamentales de la salud de la persona y sólo se administrará con fines terapéutico, nunca como castigo, conveniencia de terceros o supliendo acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Toda persona tiene el derecho a acceder en todos los niveles de atención a medicación psiquiátrica de calidad y adecuada a su situación de salud.

- **Derecho a un registro preciso del proceso terapéutico en la historia clínica y a acceder a tal registro:** este derecho sólo puede ser restringido en forma temporaria y estrictamente excepcional cuando afecta la salud de la persona o puede interferir en su tratamiento (restricción sujeta a revisión judicial).

- **Derecho a la confidencialidad del tratamiento.**

- **Limitación del tratamiento:** toda persona tiene el derecho a no ser objeto de pruebas clínicas o tratamientos experimentales o tratamientos irreversibles.

- **Derecho a la asistencia en la comunidad:** toda persona tiene el derecho a ser tratado en la comunidad en la que vive y en dispositivos cercanos a su hogar, el de su familia o amigos.

- **Derechos al recurso judicial y a la presentación de quejas ante la afectación de derechos:** toda persona usuaria, sus familiares y amigos, tendrán derecho a recurrir ante un juez por toda acción u omisión de integrantes de la red de abordaje del uso problemático de sustancias que consideren vulnera o restrinja indebidamente los derechos de las personas asistidas. Este derecho implica la garantía de igualdad y no discriminación.

**¿Cuáles son los derechos vinculados a las internaciones por el consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas?**

- **Límites a la procedencia de la internación:** la internación es una herramienta terapéutica que procederá como último recurso. Se limitarán al menor tiempo posible sin que puedan mantenerse por razones sociales o de vivienda. La internación en ningún modo puede afectar la dignidad de la persona consumidora y deben ser lo menos restrictiva de los derechos y libertades de las personas internadas.

- **Carácter estrictamente restrictivo de las internaciones involuntarias:** los estándares jurídicos vigentes limitan estrictamente y regulan la posibilidad de disposición de tratamientos e internaciones involuntarias. Los equipos de atención sólo podrán disponer tratamientos sin contar con el consentimiento de la persona, cuando situaciones de afectación a la salud imposibiliten el otorgamiento de consentimiento libre e informado y mediaren situaciones de riesgo grave de daño inmediato e inminente para sí o para terceros, con fundamento en razones estrictamente terapéuticas y cuando otras alternativas de tratamiento no sean eficaces.

Todos los casos de tratamientos e internaciones involuntarias, deben ser comunicados por los equipos de atención, en forma inmediata al juez competente.

Aún cuando el tratamiento sea sin consentimiento los equipos intervinientes deben hacer saber al paciente la naturaleza del tratamiento o cualquier otro tratamiento posible, favoreciendo la participación de la persona en la aplicación del plan de tratamiento.

- **Derecho a ser tratado en los dispositivos de atención o internación con el respeto debido a su condición de persona:** toda persona internada tendrá el derecho a ser respetada en cuanto a su:

- a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley.
- b) Intimidad.
- c) Libertad de comunicación.

d) Libertad de religión o creencia.

Ninguna persona internada podrá ser sometida a trabajos forzados o explotación laboral.

- **Derecho a la internación en condiciones ambientales gratas:** el ambiente y las condiciones de vida durante la internación, deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida cotidiana de las personas de edad similar, e incluirán en particular:

- a) actividades de recreo y esparcimiento;
- b) actividades educativas;
- c) instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;
- d) ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales, promoviendo su pronta inserción en la comunidad.

- **Derecho al egreso:** toda internación debe durar el tiempo mínimo preciso. Debe procurarse el retorno a la comunidad e inclusión social, inmediatamente cesen las causas terapéuticas que determinaron la internación tiene el derecho al inmediato egreso.

- **Derechos al reconocimiento y garantía de ejercicio de la capacidad jurídica:** las personas con consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas poseen capacidad jurídica en igualdad de condiciones como las demás en todos los aspectos de sus vidas.

- **Derecho a la integridad psico-física y a la indemnidad:** todas las personas tienen derecho a la protección contra el maltrato físico, psíquico o de otra índole, el trato degradante, la explotación económica, sexual o de otra índole. Esto incluye la preservación de la indebida administración de medicamentos, los malos tratos del personal de las instituciones o de otras personas que se encuentren internadas.

- **Reparación por internación o retención institucional innecesarias o arbitrarias:** toda persona tiene derechos a un proceso adecuado de internación psiquiátrica y que los órganos judiciales protejan sus derechos. Ello implica:

- a) Derecho a designar un abogado defensor.
- b) Control judicial sobre las disposiciones de tratamiento e internación involuntaria.
- c) Control judicial de los fundamentos de mantenimiento de las internaciones y de las condiciones de la internación.
- d) Derecho a solicitar una audiencia con el juez autorizante de la internación.





**ADICCIÓN:  
FACTORES PROTECTORES  
Y DE RIESGO. MODELOS  
DE INTERVENCIÓN**



En este primer capítulo se pautará el punto de partida de esta guía. Para ir introduciendo en el tema de las adicciones se explicarán a continuación algunos puntos básicos que no deben pasarse por alto. Éstos tienen la propiedad de ser esenciales a la hora de entender la problemática.

En primera medida se desarrollará el concepto de adicción y luego se introducirá en la etiología de las adicciones. La misma parte de una visión ecológica, es decir, la combinación de variables internas y variables contextuales van produciendo un funcionamiento patológico o sano.

Poder comprender desde esta visión la problemática de las adicciones abre las puertas para diseñar infinidad de estrategias preventivas y asistenciales:

### ¿Qué entendemos por adicción?

Para entender el concepto de adicción es importante tomar un referente histórico. En la época de los romanos las personas se dividían en por lo menos dos clases: los ciudadanos y los esclavos. Los ciudadanos eran aquellas personas que, básicamente, tenían la posibilidad de elegir y decidir sobre sus vidas y sus cosas. Por el contrario, los esclavos eran aquellos que dependían de otros para satisfacer sus necesidades para quienes trabajaban sacrificadamente. Cuando un ciudadano contraía una deuda con alguien, perdía tal condición y se convertía en esclavo de su acreedor. Por lo tanto, adjudicaban a la palabra adicto el sentido de que la persona está esclavizada por una deuda contraída, es decir, perdía su condición de hombre libre para depender de otro quien lo hacía trabajar sacrificadamente.

Con esta impronta, al hablar “hoy” de adicciones, estamos diciendo que las drogas se obtienen sin necesidad de prestaciones, avales, certificados y/o garantías, esto significa una cadena de retenciones, de “esclavitudes” inconscientes y concientes a las que se va atando de a poco el individuo, esto es lo que no se ve; lo que se ve y funciona como atractivo es que esta mercancía es una de las más fáciles de obtener y comerciar.

De aquí, entendemos por **adicción** a:

Relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad

Ahora bien, detengámonos un poco en esta definición. Cuando hablamos de “**relación**” y “**objeto**” es importante tener en cuenta que no es cualquier relación y que cualquier objeto no da lo mismo.

En efecto, al hablar de “relación”, se hace referencia a una relación patológica, enfermiza, caracterizada fundamentalmente por la conducta de búsqueda del objeto que se necesita para satisfacer una determinada demanda del sujeto. Es decir, a diario y permanentemente las personas se relacionan con diversos objetos, consumen diversos objetos para satisfacer diferentes necesidades (comida, diversión, trascendencia, alivio del dolor, etc.) pero no por consumir, una persona es adicta; salvo que consumir un determinado objeto, que es exclusivo, se convierta en el eje de su existencia, en el centro de su vida y todo lo que haga gire en torno a ese objeto.

A su vez, al hablar de “objeto” es importante aclarar que si bien cualquier objeto es pasible de convertirse en el destinatario de una adicción, no es lo mismo cualquier objeto en función del daño que el mismo puede ocasionar. Con esto no estamos diciendo que una adicción es mejor que otra, sino que, hay adicciones, o más precisamente objetos que son más dañinos que otros.

Por otro lado, **adicción** es un término acuñado a inicios del siglo XIX, aunque no fue aceptado en el vocabulario médico y científico hasta principios del siglo XX. Es un término que sustituyó al de “embriaguez”, que se había venido usando para designar, de manera poco específica, los efectos conductuales que producía el uso continuado no solamente de alcohol, sino también de opio, morfina, cloroformo, éter y otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).

Durante el transcurso del siglo XX, el término **adicción**, al igual que el de “toxicomanía”, ha ido incorporando a su significado científico una serie de connotaciones morales y legales que ha hecho aconsejable el reemplazarlo por el de “dependencia”. En la actualidad se impone progresivamente el sustantivo “drogodependiente” para designar a la persona que anteriormente se denominaba toxicómano o drogadicto.

Así mismo, la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término **adicción**, dándole una acepción más amplia al utilizarlo en el contexto de **conductas adictivas**.

En estos últimos años se han podido delimitar nexos psicológicos y neurobiológicos comunes entre los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y un heterogéneo grupo de conductas patológicas altamente dañinas para la persona que las padece (ludopatías, sexo compulsivo, ejercicio físico extenuante, compras sin control, búsqueda patológica de sensaciones extremas, etc.) que se denominan adicciones comportamentales y que se caracterizan por la necesidad imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan.

En la actualidad se considera que podrían existir un amplio grupo de conductas adictivas con unos mecanismos etiopatogénicos comunes que se transformarían en conductas adictivas a sustancias tóxicas o conductas adictivas comportamentales, en función de la idiosincrasia de la persona que las padece o de condicionantes medioambientales; por lo que, es posible que

una persona pueda pasar de un tipo de trastorno adictivo a otro, tanto químico como comportamental, si las circunstancias personales y medioambientales varían.

### **¿Por qué es necesario detenerse en la MULTICAUSALIDAD de las adicciones?**

La problemática de las adicciones constituye un problema multicausal; su abordaje exige miradas amplias y criterios flexibles. Por lo cual se incluye una serie de factores, cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición de la misma. Si bien cada uno de ellos no actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo. Entre ellos se destacan:

#### **Factores psicológicos**

Existen variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los rasgos de dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En momentos de mayor vulnerabilidad, transformación y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen.

Otros factores son la baja tolerancia a la frustración; la dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; así como la imposibilidad de sostener proyectos, expectativas y metas propias.

#### **Factores familiares**

Si bien las configuraciones familiares predisponentes de adicciones pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de los casos. Esto se origina por la falla en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular los intercambios; situación que puede manifestarse tanto por conductas sobreprotectoras como de abandono o indiferencia. Los modelos de adultos propuestos, en lugar de ser previsible, firmes, coherentes aparecen inconsistentes, confundidos o ausentes.

Otros factores dentro de este ámbito son: la estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de droga.

#### **Factores sociales**

Las sociedades actuales, sometidas a cambios vertiginosos, tienden a desarticular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de reacomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y así no quedar excluidos de sus ámbitos habituales.

La fuerza que tiene el grupo puede “arrastrar”, a sus miembros, sobre todo a los más débiles al consumo de sustancias.

Ante la situación socio-económica, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos y esto lleva a que tampoco aparezcan como modelos definidos y atractivos.

### **Factores culturales**

La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres, y entre éstos y los objetos. En nuestro medio, por ejemplo, se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que propone una cultura del esfuerzo a través del tiempo.

### **Factores económicos-políticos**

La burocratización conduce al aislamiento progresivo y al desarraigo afectivo-ideológico, todas formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarden en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.

Si bien no se puede establecer una relación directa de causa-efecto, el fuerte aumento en la producción y promoción de, por ejemplo, la cerveza en nuestro país en los últimos diez años, se ha correspondido con aumentos muy significativos en el consumo, especialmente en la franja joven de la población.

Esto contribuye a que las adicciones se posicionen como salida frente a los modelos económico-políticos que sobreestiman determinados valores de consumo por un lado y, por otro, reducen al máximo su posibilidad de alcanzarlos. Aparecen como respuesta una serie de soluciones mágicas, instantáneas, que no postergan la satisfacción como las tarjetas de crédito, la compra telefónica, los aprendizajes a medida, la competencia laboral en pos de la eficacia y el éxito que no mide medios ni fines. La reflexión y la palabra ceden lugar a la inmediatez de la imagen y a la acción sin reflexión previa.

### **¿Qué es un factor de riesgo y de protección?**

La evaluación verdadera de ambos permite conocer la situación real en donde habrá que desarrollar el trabajo preventivo, ya que los factores riesgos nos muestran el camino conveniente a seguir y los factores de protección nos dan la pauta acerca del cómo y con qué lo haremos.

#### **A- Factores de riesgo**

Son elementos que presentan una alta probabilidad de desencadenar un suceso indeseable. Por ejemplo: a mayor velocidad, mayor posibilidad de tener un accidente de tránsito.

## B- Factores protectores

Definen el terreno de los recursos con que se contará a la hora de llevar a cabo las acciones de prevención.

| FACTORES PROTECTORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FACTORES DE RIESGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FACTORES PROTECTORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FACTORES DE RIESGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factores Individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Factores Individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Factores familiares e interpersonales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Factores familiares e interpersonales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia)</li> <li>- Tener buena capacidad para comunicarse.</li> <li>-Tener proyectos personales y sociales.</li> <li>- Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida.</li> <li>- Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones.</li> <li>- Dar un lugar al placer en la vida cotidiana.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera.</li> <li>- Dificultades de comunicación.</li> <li>- Falta de proyectos de vida.</li> <li>- Sensación de vacío e intrascendencia.</li> <li>- Bajo rendimiento escolar</li> <li>- Uso precoz de sustancias adictivas.</li> <li>- Personalidad dependiente.</li> <li>- Rebeldía. Dificultad para aceptar la autoridad.</li> <li>- Actitud permisiva hacia el consumo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo familiar estable, contenedor, que tiene capacidad para resolver los conflictos que se presentan.</li> <li>- Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia.</li> <li>- La disciplina familiar es consistente, flexible y con permanencia en el tiempo.</li> <li>- Constituye un núcleo donde se expresan los afectos y permite el intercambio afectivo.</li> <li>- Protagonismo y compromiso social.</li> <li>- Existencia de una red social de apoyo.</li> <li>- Buena utilización del tiempo libre (deportes, actividades artísticas, culturales, etc.)</li> <li>- Grupo de pares que favorezca actitudes de solidaridad y ayuda mutua.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inestabilidad. Desintegración familiar.</li> <li>- Maltrato físico y/o sexual.</li> <li>- Violencia en el grupo familiar.</li> <li>- Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos.</li> <li>- Disciplina laxa o muy autoritaria, inconsistente.</li> <li>- Actitud de sobreprotección o de abandono.</li> <li>- Presencia de conductas de abuso o adicción a sustancias en algún integrante de la familia.</li> <li>- Falta de normas y límites.</li> <li>- Dificultades de integración al grupo de pares.</li> <li>- Grupo de amigos consumidores.</li> <li>- Capacidad recreativa generada a partir del consumo.</li> </ul> |



## **¿Cuál es la condición psíquica del sujeto que consume?**

Las conductas que favorecen el desarrollo personal no ofrecen dudas acerca de la motivación que las sostiene; sin embargo hay conductas cuyas consecuencias hacen padecer a quien las realiza. Estas últimas también están motivadas, aunque sus motivos no sean sencillos de comprender.

Sobre la base de las diferencias individuales, se encuentran componentes comunes que intervienen en el mantenimiento de la conducta adictiva. La O.M.S. sostiene que el inicio y el mantenimiento del consumo se producen, según cada caso, por uno o por la combinación de varios de los siguientes motivos:

- Satisfacer la curiosidad sobre la droga.
- Adquirir la sensación de pertenencia a un grupo.
- Expresar independencia, hostilidad y rebeldía.
- Experimentar situaciones emocionantes o peligrosas.
- Adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora.
- Conseguir sensación de bienestar y tranquilidad.
- Necesidad de evasión o escape.

## **¿Qué factores pueden influir en la respuesta a una droga?**

Los efectos y reacciones que produce a un individuo el consumo indebido de drogas están relacionados con:

- El estado físico y psicológico del usuario.
- La experiencia previa con todas las drogas de abuso.
- Las circunstancias en las cuales las consume.
- La frecuencia de consumo y la dosis.

## **¿Qué patrones comportamentales pueden determinar un riesgo en la persona?**

A continuación presentaremos pautas de personalidad posibles de observar en las acciones cotidianas, que podrían ubicar a la persona en una posición de vulnerabilidad respecto al fenómeno de las adicciones.

### **- CONDUCTUALES**

- Cambios conductuales desadaptativos.
- Comportamiento impulsivo o agresivo.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Síndrome de déficit de actividad (astenia, indiferencia, disminución o irrupción de actividad motora, disminución o pérdida de las capacidades cognitivas, pasividad, apatía, aislamiento, abulia).

- Deterioro de la capacidad laboral: disminución del rendimiento, ausentismo, accidentes individuales hacia terceros.
- Reacciones antisociales: el sujeto vive por y para la droga y hará lo imposible para conseguirla.
- Cambios de horarios.

#### **- PSICOLÓGICOS**

- La droga forma parte del arsenal defensivo del sujeto (sentimientos de ira, tedio, angustia, soledad y depresión).
- Cambios de carácter.
- Inseguridad y baja autoestima.
- Vivencias de tedio, aburrimiento.
- Deficiente sentido de uno mismo, dificultad para alcanzar la identidad propia.
- Tendencias autodestructivas.
- Egocentrismo.
- Incapacidad de futurizar.

#### **- INTERACCIONALES**

- Labilidad afectiva.
- Inmadurez psicoafectiva.
- Dificultad para expresar y reconocer los afectos.
- Deterioro progresivo de la convivencia familiar.
- Temor al abandono.
- Fallas en el establecimiento de relaciones interpersonales.
- Habilidades sociales deficientes (retraimiento).

### **Cuando hablamos de adicción, ¿ podemos hablar de conductas adictivas?**

Algunos autores como Donovan (1988) considera a la adicción como una pauta de conducta compleja (consumo de sustancias psicoactivas, juego patológico, comer en forma excesiva, etc.) que se caracteriza por una serie de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales. Para este autor, lo que hace que el individuo lleve a cabo este tipo de conductas es la implicación patológica, la compulsión subjetiva a continuar realizándola y una disminución de la habilidad para ejercer un control personal sobre ella, de forma que la conducta se sigue realizando a pesar del impacto negativo en su funcionamiento físico, psicológico y social y de tener disponibles otras fuentes alternativas positivas.

## ¿Qué modelos de intervención en adicciones se encuentran interactuando en nuestra sociedad?

Antes de desarrollar cada modelo de intervención es importante conceptualizar lo que significa el término **modelo**: “designa un esquema sintético y abstracto que ordena los elementos de la realidad. Es una determinada visión del mundo”.

**a) Modelo ético-jurídico:** Construye el “problema droga” desde la perspectiva de la defensa social, lo define como transgresión al orden y privilegia la intervención de los agentes de control social “duro”. La droga es pensada como sujeto, como elemento activo: **“la droga te atrapa”**.

Este modelo reconoce dos grandes grupos de sustancias: lícitas e ilícitas, y designa a estas últimas como el agente causal del “problema droga”.

Este discurso presenta al consumidor como un “vicioso” y declara ilegal aquellas conductas que se asocian con los estupefacientes, por lo tanto el consumidor de drogas viola la ley, y se lo caracteriza como transgresor.

Desde este modelo la persona es víctima de esa sustancia poderosa con capacidad de atraer y producir situaciones por sí misma, se considera al que consume drogas como delincuente y víctima, simultáneamente.

Caracterizado así el problema, las acciones se orientan a controlar el agente que lo causa. La legislación penal (ley 23737, actualmente en discusión y reformulación) constituye el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas.

La **prevención** entonces se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones (jurídicas y morales). La prevención se asimila al control. El discurso preventivo pone énfasis en que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo.

**b) Modelo médico-sanitario:** Este modelo define a las sustancias como el agente causal de las adicciones, por lo tanto considera al consumidor como enfermo. Al señalar al usuario como “enfermo” y a la droga como “virus”, “epidemia” o “plaga”, se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa: **“¿se puede contagiar mi hijo si tiene un amigo drogadicto?”**.

Este discurso pone énfasis en la toxicidad o potencial adictivo de las sustancias.

La prevención también se orienta hacia la abstención del uso de drogas pero no ya a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las mismas. El temor es considerado un instrumento eficaz.

El mensaje preventivo desde este modelo privilegia una exhaustiva descripción de los efectos de cada sustancia en el organismo y recalca la información acerca de las propias sustancias:

color, olor, forma de presentación. Estos mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en contacto con un agente infeccioso si pudiera identificarlo.

Este modelo incorpora la noción de tratamiento en tanto utiliza la categoría de enfermedad. Este se refiere a la eliminación de la droga mediante la desintoxicación o deshabituación.

**c) Modelo psico-social:** desde este modelo el eje de interpretación es desplazado de las drogas a la persona, el protagonista es el sujeto. El interés de este modelo reside en el tipo de vínculo que una persona establece con una sustancia, cualquiera sea su status legal o farmacológico.

En este enfoque el consumo va asociado a un problema de comportamiento humano en contextos sociales y culturales tan complejos como variables. El contexto es considerado en una dimensión microsocial, pone énfasis en la familia y el grupo de pares. Así este modelo introduce la categoría de síntoma, señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que produce el consumo de sustancias.

La **estrategia privilegiada de prevención** para este modelo se da a través de la educación para la salud entendida como un proceso de enseñanza-aprendizaje, ético, dinámico, participativo, interdisciplinario e intersectorial. La información debe estar relacionada con las actitudes, valores y hábitos de un individuo o grupo, si se desea que influya en el comportamiento.

Aparece aquí la noción de prevención inespecífica como aquellas acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

**d) Modelo socio-cultural:** El eje de análisis para este modelo se sitúa en el contexto. Plantea que es en el medio social donde deben buscarse las causas de uso de drogas. Toma en cuenta las características de la estructura social y define como determinantes a los factores culturales y socio-económicos.

Las **acciones preventivas** apuntan a disminuir los efectos de estas condiciones socio-económicas sobre los individuos. Es la presión de estos factores sobre los individuos lo que conduciría al consumo de sustancias: **“la droga como evasión de la realidad”**.

Se considera el uso de drogas como síntoma social que manifiesta las “disfunciones” del sistema. A partir de este enfoque se comienza a asociar el consumo de sustancias con poblaciones marginales.

Encara la prevención dando información respecto de algunas causas (pobreza, desempleo, industrialización, etc.) y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida.

**e) Modelo ético-social:** Este modelo incluye elementos de los anteriores, reconociendo limitaciones en cada uno. Postula la existencia de un problema ético, ya que hoy es necesario aclarar la visión, la ética construida acerca de las sustancias, a veces la perspectiva de quienes

trabajan en prevención difiere de la que tiene el consumidor, y cada uno se para sobre ella desde el lugar de la "verdad", generando imposiciones entre sí. Admite nuevas construcciones culturales con un compromiso activo de todos los interesados, también de los consumidores. Este modelo está basado en un enfoque de derechos acorde con la actual Ley Nacional de Salud Mental N°26657.

# **MODELO DE CAMBIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA**



## **¿Cuáles son las bases teóricas y presupuestos básicos del modelo transteórico?**

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, con o sin ayuda profesional. Prochaska y DiClemente han desarrollado el modelo Transteórico a partir de un análisis sistemático de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia (Prochaska, 1979, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982), y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, básicamente en fumadores (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983).

El modelo transteórico en su versión más reciente (Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, integrando lo que los autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio.

Estos investigadores han intentado comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. Parece que estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta. Esto sugiere un tema importante y, para algunos, sorprendente: muchas personas que cambian sus conductas adictivas, tales como el fumar o el beber o el uso ilícito de drogas, lo hacen por sí mismas sin ningún tratamiento formal.

Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos.

## **¿Qué entendemos por motivación desde este modelo?**

La motivación no se debe entender como un problema de personalidad o como un rasgo que una persona lleva consigo mismo. Más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores.

## **¿Qué son los Estadios de Cambio?**

Los siguientes estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

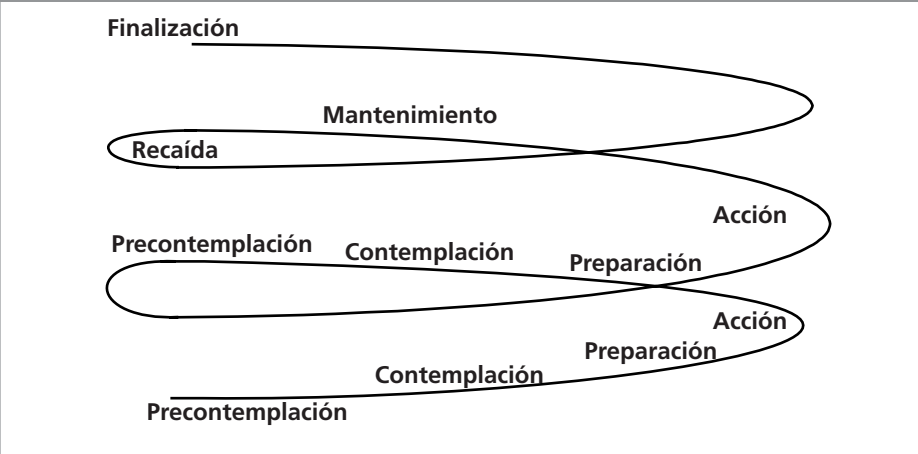
No obstante y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva es el de las elevadas tasas de recaídas (Casas y Gossop, 1993; Hunt, Barnett y Branch, 1971; Marlatt y Gordon, 1985), el modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios



de cambio. En este sentido, y a título de ejemplo, destacan los resultados de un estudio de seguimiento a dos años de una muestra de fumadores situados inicialmente en el estadio de contemplación (Prochaska, DiClemente, Velicer, Rossi, y Guadagnoli, 1991), que muestran como sólo 9 de los 180 adictos (5 por 100) progresaban, sin recaer, hasta el estadio de mantenimiento a lo largo del período de dos años, resultados consistentes con la conclusión de otro estudio de los mismos autores (Prochaska y DiClemente, 1986a) relativa al hecho de que la mayoría de fumadores siguen un patrón cíclico y reciclan entre tres y cuatro veces a través de los diferentes estadios hasta consolidarse en el de mantenimiento.

La figura 1.1 presenta un modelo en espiral que refleja, con mayor fidelidad que un modelo lineal, el proceso de cambio en el campo de las conductas adictivas.

**Figura 1.1 – Un modelo en espiral de los estadios de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).**



En el libro "La entrevista motivacional" (Miller y Rollnick, 1999) plantean los estadios del cambio a la manera de una "Rueda del cambio". Esta rueda del cambio que surge del modelo de Prochaska – DiClemente admite el dibujo de cinco etapas de la figura 1.2, con una sexta etapa (precontemplación) que se sitúa fuera de la rueda.

En primer lugar, el hecho de que la rueda sea un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable.

En sus primeras investigaciones con fumadores, por ejemplo, Prochaska y DiClemente encontraron que los fumadores giraban alrededor de la rueda entre tres y siete veces (con una media de cuatro veces) antes de abandonar el consumo de la forma deseable. Esta rueda considera también la recaída como un acontecimiento normal o un estado más del cambio.

Esto no significa que se estimule a la persona a recaer, sino que es una perspectiva realista para evitar que se desmoralicen, desmotiven o derrumben cuando se produzca una recaída.

Este modelo también considera que un terapeuta debe utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre (Davidson, Rollnick y MacEwan, 1991). Se cree que los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentran “no motivados” o se resistan surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente

**Figura 1.2. Las seis etapas del cambio de Prochaska y DiClemente**



### **¿En qué consiste el Estadío de Precontemplación?**

El punto de entrada del proceso de cambio es la etapa de precontemplación. Antes de la primera vez que la persona empiece a girar alrededor de la espiral, ésta aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se aproxima a esta etapa y a la que se le indica que tiene un problema se puede sentir más sorprendida que defensiva.

Está demás decir que las personas precontempladoras raramente acuden por sí mismas a un tratamiento. Pueden acudir bajo coacción (familia, presiones legales, etc.) y, con el objetivo de conseguir que la presión legal disminuya o desaparezca, al menos temporalmente, pueden incluso mostrar algún tipo de cambio, pero, una vez que la presión externa haya disminuido, reanudarán rápidamente su patrón de vida previo. El uso correcto del término precontemplador implica que alguien tiene un problema aunque no es consciente de él.

Es decir, que las personas con consumo problemático situadas en el estadio de precontemplación no se plantean modificar su conducta adictiva ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos. Como afirman Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), no se trata de que no pueden hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Los precontempladores suelen ser individuos no informados acerca de su consumo problemático o dependiente, o personas que se resisten activamente a ser informadas.

El *estado precontemplativo* de un paciente es determinante importante del pronóstico. Cuanto más avanzado esté en las etapas del cambio al comienzo de la terapia, más rápido puede predecirse el progreso.

### ¿Qué entendemos por Estadío de Contemplación?

Una vez que aparece una toma de conciencia del problema, la persona entra en un período caracterizado por la ambivalencia. La persona contempladora considera y rechaza el cambio a la vez, discurre entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. Esta es una etapa del cambio normal y característica, aunque en ocasiones sus manifestaciones quizá se atribuyan erróneamente a rasgos patológicos de personalidad o a ciertos mecanismos de defensa. Habría una oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera.

Es la etapa en que la gente está conciente de que el problema existe y está pensando seriamente en superarlo pero todavía no han hecho un compromiso para tomar acción. La contemplación se trata de saber a dónde se quiere ir pero no estar listo para ir allí. Para moverse en el ciclo de cambio deben evitar la trampa de pensamientos constantes y dubitativos por años o la "contemplación crónica", y tomar una firme decisión de ingresar a la etapa de acción.

Así, durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su consumo problemático o adictivo, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

### ¿Cómo se da el Estadío de Preparación?

Se considera la **etapa de preparación** como una ventana para una oportunidad, que abre la entrada a un nuevo período de tiempo. Si durante ese tiempo la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continúa. Si no, la persona retrocede a la etapa de contemplación.

Ésta es el estado que combina intención con criterio conductual. Los sujetos en la etapa de preparación están intentando tomar acción inmediatamente y reportan algunos pequeños cambios de conducta. Aunque han hecho pequeños cambios (disminuir la dosis de la droga), no han alcanzado un criterio de cambio efectivo (abstinencia total de la misma); están intentando, sin embargo, tomar acción en un futuro cercano. Necesitan ponerse metas y prioridades, necesitan dedicarse ellos mismos al plan específico de acción que eligen. Muy a menudo ya están comprometidos con el proceso de cambio que aumentaría su autorregulación e iniciaría cambios de conducta.

La relevancia de los criterios tanto intencionales como conductuales en la definición del estadio de preparación queda suficientemente reflejada en los dos hechos siguientes: a) inicialmente, dicho estadio se denominaba estadio de determinación o de toma de decisión (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1982) y en algunos trabajos más recientes aún se mantiene dicha denominación (DiClemente, McConaughy, Norcross y Prochaska, 1986; McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989); b) tal como señalan Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), algunos investigadores prefieren conceptuar el estadio de preparación como los balbuceos o, incluso, las primeras palabras del estadio de acción.

Es importante que los pacientes actúen desde un sentido de liberación personal para prepararse para la etapa de acción. Deben creer que tienen la autonomía para cambiar sus vidas de manera clave. La autoliberación en parte está basada en el sentido de autoeficacia, la creencia de que los propios esfuerzos juegan un rol crítico en salir exitoso en situaciones difíciles

### **¿En qué consiste el Estadio de Acción?**

En la **etapa de acción** la persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio. El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver. Es decir, es el estado en que los individuos modifican su conducta, experiencia y/o ambiente para resolver sus problemas, involucra los cambios de conducta más manifiestos y requiere considerable compromiso y energía. Los individuos son clasificados como en estado de acción cuando exitosamente están alertados del problema de conducta por un período desde un día hasta seis meses, y alertados exitosamente significa que han alcanzado criterios específicos como la abstinencia.

La gente en este estado requiere la habilidad de usar la acción orientada del proceso de cambio, tales como contracondicionamiento, control de estímulos y manejo de contingencias, para interrumpir patrones habituales de conducta y adoptar patrones más productivos. Ellos se vuelven concientes de las trampas que pueden socavar la acción continua, ya sean estas cognitivas (expectativas de violación de abstinencia), emocionales (exacerbación de estrés o depresión) o ambientales (falta de refuerzo o soporte afectivo). De esta manera adoptarían estrategias efectivas para prevenir una completa recaída.

Estos cambios del estadio de acción (abstinencia), al ser más visibles para las personas cercanas al consumidor de sustancias psicoactivas, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

### **¿Cómo se da el Estadio de Mantenimiento?**

La intención de cambiar, sin embargo, no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo. Obviamente, la experiencia humana está llena de buenas intenciones y de intentos de cambiar, seguida de pequeños (tropezones) o de grandes (recaídas) pasos hacia atrás.

La **etapa de mantenimiento** es el estado final en donde el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y el de prevenir la recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Es decir, la estabilización del cambio y la evitación de recaídas son el sello del mantenimiento. Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.

Este estadio no consiste, pues, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo.

### **¿Qué entendemos por recaída?**

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado meditado y planificado de una decisión concientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993).

Como en problemas como las conductas adictivas, la recaída es la regla más que la excepción resulta necesario un cambio de la conceptualización de una progresión lineal a través de etapas. En vez de ello, se puede ilustrar en la forma de una espiral cómo los sujetos se mueven a través del cambio, donde pueden haber recaídas durante las cuales regresan a estadios anteriores (estadios de preacción, precontemplación, contemplación, preparación). Las investigaciones demuestran cada vez que los que han recaído reinician el ciclo de cambio, potencialmente aprenden de sus errores y pueden tratar algo diferente la próxima vez.

### **¿Desde este modelo qué se entiende por finalización de la conducta adictiva?**

La **finalización del problema** ocurre cuando la persona no experimenta más la tentación de volver a la conducta problema y no debe hacer más esfuerzos por evitar la recaída. Es decir, que implicaría la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo significativo “extra” de tiempo o

energía en relación a cualquier otra conducta del repertorio de la persona ex – consumidora de sustancias psicoactivas.

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de los dos criterios siguientes: a) el deseo de consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo, y b) la confianza y seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%. Según estos criterios, ambos autores consideran que, en el caso de dependencia de nicotina, el estadio de finalización se situaría alrededor de los 5 años de abstinencia mantenida, reconociendo que algunos fumadores no conseguirán nunca cumplir con los criterios citados aunque mantengan la abstinencia más allá de dicho período de tiempo. La extrapolación de estos resultados a otras conductas adictivas (heroína, cocaína, marihuana, etc.) no debe realizarse de forma automática ya que no existen, por el momento, datos al respecto.

### ¿Qué son los procesos de cambio?

Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales y conductuales, los procesos de cambio posibilitan comprender cómo suceden dichos cambios. Los **procesos de cambio** consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.

A continuación se presentan brevemente los diez procesos básicos de cambio identificados por Prochaska y DiClemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas (Prochaska, 1979, 1984; Prochaska y DiClemente, 1982, 1984) por un lado; y de estudios retrospectivos, transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas, por otro (DiClemente y Prochaska, 1982, 1985; Prochaska y DiClemente, 1983, 1985).

Los procesos de cambio son las actividades ocultas o manifiestas que la persona emprende en la afección perturbadora, pensamientos, conductas o pautas de relación, relacionadas con problemas particulares o patrones de vida.

Los siguientes diez procesos de cambio han recibido el más importante soporte empírico hasta la fecha:

**1. Aumento de conciencia:** consiste en una intensificación, por parte de la persona con conducta adictiva, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso esencialmente cognitivo

**2. Catarsis / alivio dramático:** consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencia respecto a los aspectos negativos (esencialmente las consecuencias sobre la salud) asociados a la conducta adictiva.

**3. Autoreevaluación:** consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte de la persona con conducta adictiva, del impacto de la misma sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar dicha conducta.

**4. Reevaluación ambiental:** consiste tanto en una valoración por parte de la persona con conducta adictiva del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto que la misma tiene sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio consumidor, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto de dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

**5. Autoliberación:** representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad de la persona con conducta adictiva para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de su conducta de consumo problemática o dependiente, ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

**6. Liberación social:** representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad de la persona con conducta adictiva para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la adicción o del consumo problemático como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas. Consiste en creer que tienen la autonomía para cambiar sus vidas de manera clave.

**7. Neutralización de condicionamiento o contracondicionamiento:** consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente, es esencialmente conductual.

**8. Control de estímulos:** consiste en manejar la presencia o ausencia de situaciones o señales que pueden provocar problemas. Reside básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la modificación del ambiente para disminuir los estímulos que puedan favorecer la aparición de la conducta adictiva.

**9. Manejo de contingencias:** es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad que ocurra una determinada conducta (no consumir cocaína, por ejemplo) vinculada al cambio conductual deseado. Consiste en el auto y/o heteroreforzo de dicha conducta (premiar las acciones que tienden a mantenerse abstinentes)

**10. Relaciones de ayuda:** representa la existencia del apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo: abrirse y confiar en alguna persona allegada.

Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava (1988) señalan que estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes o variables de primer orden, se organizan según un modelo jerárquico en relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la conciencia, autoreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, control de estímulos y contracondicionamiento). Esta estructura jerárquica ha sido confirmada igualmente en el caso de la adicción a opiáceos, cocaína y alcohol (Rossi, 1992; Rossi, Marcus, Rossi, Snow, Velicer y Prochaska, 1991; Tejero, Roca, Trujols y Camping, 1993).

### **¿Cómo integrar los estadios y procesos de cambio?**

Uno de los resultados más importantes que se desprenden de los trabajos de Prochaska y DiClemente es que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio (DiClemente y Prochaska, 1985; Prochaska y DiClemente, 1983, 1984, 1986a; 1986b; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993).

Durante el estadio de precontemplación, las personas con consumo problemático o dependiente usan significativamente menos procesos de cambio que en cualquier otra etapa. Se encontró que procesan menos información acerca de sus problemas, gastan menos tiempo y energía reevaluándose ellos mismos, experimentan menos reacciones emocionales hacia los aspectos negativos de sus problemas, son menos abiertos con las personas significativas acerca de sus problemas y hacen poco para cambiar su atención o ambiente en la dirección necesaria para resolver sus problemas. En tratamiento estos pacientes son etiquetados como resistentes o defensivos.

Los pacientes en la etapa contemplativa son más abiertos para elevar la conciencia y son más libres para reevaluarse ellos mismos afectiva y cognitivamente. Mientras más cercanos sean sus problemas de conducta a sus valores centrales, más la reevaluación envolverá cambios en su sentido de sí mismo. El movimiento a través de la etapa contemplativa implica un uso creciente de procesos de cambios cognitivos, afectivos y evaluativos. Es decir, en este estadio hay un aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental.



Al ser un proceso de cambio también enfatizado en el estadio de preparación, la autoreevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación. En este último estadio, y como enlace con el de acción, es donde se utiliza más el proceso de autoliberación.

Los procesos relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de acción y de mantenimiento al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo más que de ausencia de cambio.

Para resumir, el cambio de conducta eficiente depende de hacer las cosas correctas (procesos) en el tiempo correcto (etapa), como lo muestra la tabla 1.1.

**Tabla – Integración de los estadios y procesos de cambio.**  
(Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

| ETAPAS DE CAMBIO                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |             |        |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|--------|---------------|
| Precontemplación                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Contemplación | Preparación | Acción | Mantenimiento |
| <div> <div>Elevación de consciencia</div> <div>Alivio dramático</div> <div>Reevaluación ambiental</div> <div>Autoreevaluación</div> <div>Autoliberación</div> <div>Manejo de contingencias</div> <div>Contracondicionamiento</div> <div>Control de estímulos</div> <div>Relaciones de ayuda</div> </div> |               |             |        |               |

### ¿Qué es la entrevista motivacional?

Según Miller y Rollnik las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos y conductas sanas dando prioridad a los puntos de vista del paciente y a su libertad de escoger y decidir.

No es posible motivar a nadie a llevar un cambio adelante en su vida sino ve muy claro que va a sacar un beneficio de él y sino tiene confianza en sus capacidades que podrá llevarlo a cabo.

## ¿Por qué resulta útil este modelo en Atención Primaria en Salud?

- Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias para cada estadio, al momento concreto que está transitando la persona con su conducta adictiva.
- Plantea una ayuda continuada con intervenciones breves y pequeños avances, alejada de categorías de todo o nada que utilizamos habitualmente.
- La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Y se debe tener en cuenta que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

## ¿Cuáles son los principios generales de la entrevista motivacional?

**a) Expresar empatía:** significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Se intenta comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos "¿Cómo me sentiría yo en sus circunstancias?", "¿Cómo le transmito que lo comprendo?".

**b) Crear discrepancia:** lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto a la conducta o hábito a modificar. Argumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes en su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio.

**c) Evitar la discusión:** los argumentos directos y los intentos de convencer al paciente tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el profesional de la salud más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción que su capacidad de elección está limitada, y en general, cuando la sensación de libertad se coarta.

**d) Fomentar la autoeficacia:** trabajar la creencia que el paciente cuenta con las capacidades para conseguir el cambio y mantenerlo. De hecho, detectar los resultados previos satisfactorios en su vida y analizar esos resultados ("¿Cómo hiciste para conseguirlo?"), potenciando la confianza en sus habilidades.

**e) Reconvertir las resistencias:** plantear implícita o explícitamente que la relación de ayuda que establecemos implica un espacio para él, y para lograr un cambio en su vida.

| ESTADIOS                | DEFINICIÓN                                                                                                                                                   | OBJETIVO TERAPÉUTICO                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRECONTEMPLACIÓN</b> | El paciente no ve el problema y no es consciente de que su conducta es problemática y no se plantea.                                                         | <p>Generar dudas, haciendo ver la posible relación existente entre su conducta y las consecuencias.</p> <p>Trabajar la ambivalencia y aumentar la motivación y confianza en las propias capacidades para lograr el cambio.</p> |
| <b>CONTEMPLACIÓN</b>    | El paciente ve el problema pero con muchas dudas. Es consciente de la existencia de un problema y comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio. | Facilitar el análisis de los pro y los contras de su conducta adictiva y aumentar las contradicciones entre lo que se hace y lo que se desea.                                                                                  |
| <b>PREPARACIÓN</b>      | El paciente está dispuesto y toma la decisión de cambiar.                                                                                                    | <p>Asesorar y ayudar a elegir la mejor estrategia para el cambio.</p> <p>Desarrollar un plan de actuación conjunto.</p>                                                                                                        |
| <b>ACCIÓN</b>           | Ha iniciado el cambio de su conducta adictiva.                                                                                                               | <p>Apoyar para que el cambio sea efectivo.</p> <p>Aumentar la confianza en sus propias capacidades.</p> <p>Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito.</p>                                                            |
| <b>MANTENIMIENTO</b>    | El paciente está activo en continuar consolidando su cambio y prevenir la recaída.                                                                           | Identificar en forma conjunta con el paciente las situaciones de riesgo y elaborar las estrategias para afrontarlas. Trabajar prevención de recaídas.                                                                          |
| <b>RECAÍDA</b>          | Más que un fracaso supone un paso previo a la acción y una oportunidad de aprender de los errores.                                                           | <p>La recaída supone una posibilidad de obtener conclusiones positivas desde el punto de vista del aprendizaje.</p> <p>Trabajar la motivación y la confianza en las propias.</p>                                               |

## ¿Podemos realizar intervenciones breves desde APS? ¿Estas intervenciones son efectivas?

El marco en el que se desarrollan las intervenciones breves puede incluir:

- a) Dar retroalimentación (feedback)** o hacer una observación al paciente sobre el hecho que su patrón de consumo se halla sólo en el marco de consumo de riesgo;
- b) proporcionarle información** acerca de los daños que conlleva el consumo continuado de alcohol u otras drogas en niveles de riesgo;
- c) facilitar el establecimiento de metas** para que el paciente cambie su hábito de consumo;
- d) brindar consejos sobre los límites** para reducir el consumo semanal de alcohol y/o drogas;
- e) alentar** la idea de que los consumidores de riesgo no son dependientes y que por ello pueden cambiar sus hábitos de consumo.

La estructura para una intervención breve puede incluir:

- (1) **Consejos breves**, basados en lo expuesto anteriormente.
- (2) **Evaluar y adecuar el consejo a la etapa del cambio**, reconociendo que si el paciente se halla en una etapa de *precontemplación*, el consejo debería centrarse más en la retroalimentación para motivar al paciente a pasar a la acción.

Si el paciente ya ha pensado en emprender alguna acción (etapa de contemplación), el énfasis debería entonces ponerse en los beneficios de hacerlo, los riesgos de retrasarlo y cómo dar los primeros pasos.

Si el paciente ya está preparado para entrar en acción, entonces el énfasis debería ponerse en establecer metas y en asegurar un compromiso por parte del paciente para reducir el consumo de alcohol;

(3) Proporcionar un **seguimiento** a través del cual el profesional de la salud que aplica la intervención breve debe continuar brindando ayuda, retroalimentación y apoyo para establecer, alcanzar y mantener metas reales. Se deberá tener en cuenta que si el paciente continúa presentando dificultades para alcanzar y mantener su meta de consumo durante varios meses, se tendrá que considerar la conveniencia de pasar al paciente al siguiente nivel de intervención y su derivación a un tratamiento ampliado, si estuviera disponible.

Las intervenciones breves son eficaces en centros de atención primaria de la salud para reducir los problemas de consumo de sustancias psicoactivas en consumidores en riesgo, pero no dependientes.

Uno de cada 8 pacientes tratados (OPS, 2008) se benefician con este tipo de intervenciones. Nada indica que las intervenciones más extensas resultan más eficaces que los tratamientos breves. Ciertamente, el efecto se mantiene por lo menos durante un año e incluso puede perdurar hasta cuatro años. Las intervenciones breves parecen ser igual de efectivas en

varones y mujeres así como en jóvenes y en personas mayores. Parecen ser más eficaces cuando se trata de situaciones menos problemáticas.

## ALGUNAS RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de atención primaria deben ofrecer cuanto menos una intervención muy breve o consejería a todos los pacientes identificados con consumo de riesgo o problemático de sustancias psicoactivas.

2. Las intervenciones efectivas para reducir el consumo de riesgo y problemático consisten en brindar al consumidor no más de un consejo simple y breve, pero estructurado. Las intervenciones breves algo más intensivas incluyen una sesión inicial de orientación, retroalimentación o feedback, consejos y fijación de metas. La mayoría de estas intervenciones también incluyen asistencia adicional y seguimiento.

Se pueden describir dentro del marco de los cinco pasos para la intervención:

- Evaluar el consumo de drogas con una herramienta de identificación breve, seguido de una evaluación clínica, si fuera necesario.
- Aconsejar a los pacientes que reduzcan el consumo a niveles moderados.
- Acordar metas individuales para que reduzcan el consumo de las sustancias psicoactivas o inicien la abstinencia (si estuviera indicado).
- Asistir a los pacientes para que adquieran las motivaciones, capacidades de autoayuda o apoyos necesarios para cambiar el comportamiento.
- Coordinar un sistema de seguimiento, apoyo y orientación continua, incluyendo la derivación de los consumidores dependientes a tratamiento especializado.

# **INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**



## ¿Cuál es la población que deberemos atender?

Serán todos aquellos consultantes en atención primaria que:

- a) Se encuentran en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, o problemas de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- b) Solicitan espontáneamente atención por problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.
- c) Son familiares alarmados por uno de sus miembros que consume sustancias psicoactivas, pero quien no está dispuesto a consultar directamente.
- d) Son derivados por otros profesionales del centro de salud, Centro Integrador Comunitario, u otra institución de la zona (escuela, municipio, organización de la sociedad civil, etc.)

## ¿Cuál es el rol determinante en APS?

- Promocionar hábitos de vida saludables, evitar el inicio o retardar la edad de comienzo en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Intervenir de manera eficaz para que la persona con **consumo riesgoso** disminuya el consumo o riesgos y/o daños asociados al mismo, o suspenda el mismo evitando una escalada hacia un consumo problemático o dependiente (con las consecuencias mórbidas o psicosociales concomitantes).
- Intervenir en aquellas personas con **consumo problema o dependiente** logrando motivar al proceso de cambio de la conducta adictiva, derivando oportunamente y evitando complicaciones mayores en problemas de salud asociados al mismo.

Por otra parte, la atención efectiva del paciente con consumo problema y la dependencia a drogas, al igual que todo problema de salud, requiere de:

- Una **red de atención** progresiva, que responda simultáneamente a las diversas necesidades.
- Una **atención en red**, que contemple la suficiente fluidez para la referencia y contrarreferencia de los pacientes, en las diversas etapas de su proceso de tratamiento.

Los consultorios de APS deberán participar en el funcionamiento de esa red y, si es necesario, requerir las mejoras necesarias para su funcionamiento dinámico y evaluado según indicadores como:

- Acceso oportuno a planes de tratamiento ambulatorio básico o intensivo, según se requiera, en los establecimientos en los que se desarrollen.
- Funcionamiento regular de una instancia de coordinación de los establecimientos que



participan de la red de atención a consumidores de sustancias psicoactivas en un determinado territorio.

- Existencia, en el nivel secundario de atención, de equipos de salud mental comunitaria con competencias para prestar atención y consultorías al “Programa de Atención Primaria de Salud en el consumo problemático de sustancias psicoactivas”.

- Disponibilidad y realización de consultorías de salud mental, para los consultantes por alcohol y drogas.

- Referencias y contrarreferencias a y desde el nivel secundario de atención.

### **¿Cuáles son las etapas e Intervenciones que deberemos llevar a cabo?**

Podemos destacar cuatro etapas:

- 1) Detección y evaluación diagnóstica
- 2) Intervención breve y resolutive en APS
- 3) Derivación oportuna

## **1- DETECCIÓN PRECOZ Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: HISTORIA CLÍNICA EN EL CONSUMOS DE DROGAS**

### **¿En qué consiste una detección inicial?**

La detección inicial se realiza mediante distintos procedimientos:

- Entrevista con el paciente identificado.
- Entrevista con familiares o personas cercanas motivadas a lograr un cambio en el consumidor de sustancias psicoactivas.
- Cuestionarios, escalas: cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT); escala de compromiso biopsicosocial (Anexos)
- Examen clínico y pruebas complementarias

Cabe destacar que esta detección inicial se puede complementar con una evaluación diagnóstica, consistente en una o más consultas en salud mental.

Todos estos procedimientos e instrumentos nos va a permitir tener una historia clínica abarcativa de la situación de la persona con consumo riesgoso, problemático o dependiente.

### **¿Cuál es el objetivo de la detección inicial y evaluación diagnóstica?**

- a) Conformar una historia y diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de

sustancias, salud física, salud mental, etc.

- b) Evaluar el grado de compromiso biopsicosocial, incluyendo factores protectores y de riesgos o daños presentes a nivel individual, familiar y social, y la apreciación sobre el grado de apoyo que provee al paciente.
- c) Evaluar e intervenir en el nivel de motivación personal, estadios y procesos de cambio.
- d) Brindar información objetiva sobre diagnóstico, pronóstico y conducta aconsejable a seguir por la persona consumidora de sustancias psicoactivas.
- e) Explicar al paciente el plan de intervenciones desde la Atención Primaria en Salud y sobre la derivación al nivel de especialidad que requiere.
- f) Concluir en una referencia, sea a una de las intervenciones resolutivas disponibles en el establecimiento de atención primaria o al nivel de especialidad.

### ¿Para qué realizar una historia clínica de drogas?

La **historia clínica** es el instrumento más importante para abordar y valorar el consumo de drogas de un paciente. Antes de preguntar, es importante plantearse los objetivos de la intervención: **qué vamos a explorar, cómo** y, sobre todo, **para qué**.

Nuestro objetivo como profesionales sanitarios es ayudar a la población a disfrutar del mayor grado de salud posible y, en este contexto, es importante conocer en toda historia clínica los posibles consumos de drogas para:

- a) Informar y asesorar a las personas sobre los posibles efectos y riesgos del consumo.
- b) Valorar y diagnosticar precozmente posibles consumos de riesgo, problemático o dependiente para asesorar con alternativas válidas de disminución de éste o la derivación oportuna a un centro especializado.
- c) Explorar posibles comportamientos y/o problemas asociados con el consumo de drogas y actuar en consecuencia: violencia intrafamiliar, prácticas sexuales de riesgo, intoxicaciones agudas, accidentes de tránsito, enfermedades asociadas (infectocontagiosas, cardiorrespiratorias, comorbilidad psiquiátrica, etc.)

### ¿Qué hay que investigar?

- Si la persona consume, ha consumido o incluso si se plantea un futuro consumo de drogas (tipo de droga, frecuencia del consumo, vías de administración, edad de inicio en el consumo, etc)
- Antecedentes personales de consumos anteriores.
- Antecedentes familiares de problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Existencia de factores de riesgo para posibles consumos problemáticos.
- Qué conocimientos tiene sobre las diferentes drogas y el policonsumo: efectos buscados (el efecto positivo que busca todo consumidor), efectos negativos y/o posibles consecuencias sobre la salud, tanto a corto como a medio y largo plazo.
- Explorar las situaciones de consumo y contextos: consumo en compañía (en pareja, con amigos); consumo solitario; ante eventos positivos (salidas, días festivos, antes o después de

una relación sexual, etc.); para evitar momentos displacenteros (ante discusiones, momentos disfóricos, duelos, etc.).

- Estadio del cambio en el que se encuentra respecto a un consumo determinado (Prochaska y DiClemente). Estado motivacional y procesos de cambio que está poniendo en juego o deberá activar.

Intentos previos de abandono o disminución del consumo, analizando las diferentes situaciones.

En caso de no consumo, se dará una información general y un refuerzo en la abstinencia o hacia un uso de la sustancia.

### ¿Cómo tenemos que realizar la entrevista?

- Crear un **clima empático** que permita profundizar en la historia de consumo de drogas.
- Establecer una **relación de confianza** y de escucha activa.
- Cuidar nuestro lenguaje no verbal y disponer del tiempo adecuado.
- Abordar el consumo de drogas desde una **perspectiva estrictamente sanitaria y no moral**. Es fundamental evitar los juicios de valor y huir de los estereotipos ("Todos los consumidores de drogas son unos drogadictos", "Los consumidores de drogas no se preocupan por su salud", "Las personas que usan drogas tienen un problema de valores", "Todos los consumidores de drogas son delincuentes", etc.).
- Debemos cuidar y reforzar aspectos éticos fundamentales, como la **confidencialidad**, el **secreto profesional** y la **autonomía del paciente** a la hora de tomar sus propias decisiones sobre su salud aún cuando puedan ser contrarias a nuestros objetivos sanitarios. Y esto debe ser así independientemente del sexo, la raza, la clase social e incluso la edad del paciente (adolescentes).

Para muchas personas, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo, más aún si se trata de situaciones de consumo de drogas ilegales, por lo que debemos ser extremadamente cuidadosos al respecto.

### ¿Cómo preguntar?

De forma general, se recomienda realizar **preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras**, que den la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia comenzando por aspectos de la vida cotidiana ("Contame acerca de tu familia", "Contame de tu trabajo", "Hablame de tus estudios "¿Qué hacés en tu tiempo libre?", "¿Pensás que

tenés algún problema?", "¿Cómo reaccionás ante los enojos?" "¿En qué te puedo ayudar?", etc.)

Una vez que se ha explicitado la situación de consumo se puede continuar:

- Algunas frases de entrada a la entrevista motivacional:

- Me gustaría repasar con vos acerca de este aspecto de salud que también es importante tener en cuenta...
- Veo que este tema de consumo te está preocupando...
- ¿Alguna vez has pensado en dejarlo?

- Relación de la persona con la conducta problema o adictiva:

- ¿Pensás que esta situación de consumo puede perjudicarte?
- ¿Te preocupa por alguna otra razón?
- ¿Cómo afecta este hábito a tu vida diaria?
- ¿Qué opina tu familia o amigos sobre tu consumo?
- ¿En qué momento creés que te dan más ganas de consumir?, etc.

- Profundidad en el nivel de motivación:

- Contame los motivos que tenés para continuar consumiendo.
- ¿Te habías planteado alguna vez en dejarlo? ¿Por qué? (lo hizo / no lo hizo).
- Si lo intentaste alguna vez, ¿qué aspectos positivos notaste? ¿Estás dispuesto a que las cosas sigan como están?
- ¿Has pensado en las ventajas de dejarlo?
- ¿Por qué o por qué no lo harías?
- ¿Lo ves difícil? ¿Por qué?
- ¿Te sentís capaz para cambiar? ¿Por qué motivos?, etc.

### **¿Cómo no preguntar?**

Evitar preguntas directas ("¿Consumís o no consumís?"), que incluyan la posible respuesta dentro de la propia pregunta ("Drogas no, ¿verdad?", "¡No consumís drogas!", "De drogas nada, ¿verdad?", etc.); o preguntas con respuestas dicotómicas de sí/no ("¿Consumís drogas?", etc.). Por lo general, son percibidas como un interrogatorio, dificultan la obtención de información y generan en la persona una mayor resistencia y no sentirse comprendida.

### **¿Cuándo preguntar?**

Cuando se abre una historia clínica nueva.

Ante cualquier demanda explícita o implícita relacionada con un probable consumo de drogas.

De forma oportunista, es decir, cuando consulten por otro tema de salud y queramos saber por sospechas de un posible consumo riesgoso o problemático. Por ejemplo con los adolescentes.

De forma periódica, para la detección y consejo en el contexto de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas.

Ante cambios biográficos importantes que pueden acarrear cambios conductuales (separación, fracaso escolar, despido, duelos, etc.).

### **¿Qué debemos buscar en la exploración clínica?**

- Una exploración clínica dirigida puede ofrecer información complementaria de mucha utilidad para valorar el consumo. Nuevamente, conviene no dejarse engañar por estereotipos sobre el aspecto físico del paciente, su nivel socioeconómico o cultural.
- También es importante resaltar que ningún hallazgo exploratorio es patognomónico de ningún consumo, por lo que los resultados de la exploración deben ser considerados como un complemento de las entrevistas.
- Algunos signos pueden indicar consumo reciente: feto etílico, hiperemia conjuntival (típica del cannabis), midriasis (estimulantes), signos de venopunción en la piel, alteraciones en el lenguaje o el comportamiento, etc. La existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local podrían estar relacionados con el uso intranasal de sustancias.
- En otras ocasiones podemos encontrar signos patológicos evidentes (arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, etc.). Estos hallazgos suelen indicar deterioro orgánico y con frecuencia están relacionados con complicaciones infecciosas en personas que utilizan (o han utilizado) drogas por vía intravenosa.
- Existen diferentes cuestionarios que nos pueden ayudar a valorar la existencia o no de un consumo problemático o de dependencias a unas y otras sustancias, pero éstos serán elementos de ayuda que no deben sustituir sino complementar una correcta historia clínica.

### **¿Cuáles son los tipos de consumo?**

- Un primer factor que considerar siempre es la frecuencia del consumo, distinguiendo entre consumos episódicos (experimentales u ocasionales) y consumos sistemáticos (habituales o compulsivos). Es importante distinguir entre los consumos recreativos (asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los instrumentales (en los que se persigue un fin determinado: rendir más en el trabajo, evitar el síndrome de abstinencia, etc.). También es

importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el policonsumo de distintas sustancias, que suele aumentar considerablemente las consecuencias negativas.

- Cómo se explicara anteriormente, esto puede desencadenar en un consumo riesgoso, problemático o en una dependencia.

### ¿Qué factores hay que valorar en relación con la sustancia consumida?

- Existen **características** inherentes a cada una de las distintas drogas que condicionan los efectos y los riesgos.

- **Tipo de sustancia:** una clasificación sencilla de las drogas distingue entre drogas **estimulantes** del sistema nervioso central (cafeína, cocaína, metanfetamina, etc.), **depresoras** (alcohol, benzodiazepinas, etc.) y **distorsionantes o alucinógenas** (LSD, ketamina, marihuana, etc.).

- **Dosis:** la **dosis mínima eficaz** (DME) es aquella a partir de la cual se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga. La **dosis mínima tóxica** (DMT) es aquella a partir de la cual se inician los efectos tóxicos.

- **Vía de administración:** las drogas pueden alcanzar el sistema nervioso central tras haber sido administradas por vía **oral**, **inyectada** (intramuscular o intravenosa), **intranasal** (esnifada), **pulmonar** (fumada o inhalada) o **transmucosa**, si bien no todas las sustancias admiten cualquier vía. La vía de administración afectará a la intensidad y rapidez de los efectos, así como a algunas de las posibles complicaciones: la práctica de compartir jeringuillas se asocia con transmisión de patógenos como el VIH sida o virus hepatotropos (virus de la hepatitis B [VHB], y C [VHC], etc.); el consumo intranasal puede ser causa de ulceraciones en la mucosa nasal, etc.

- **Asociación a otras sustancias:** el consumo de más de una droga incrementa los riesgos. Si los efectos de éstas son similares (por ejemplo, alcohol y benzodiazepinas) los efectos tóxicos pueden potenciarse, de forma que la suma de dosis relativamente seguras de las dos sustancias puede dar lugar a una sobredosis. Si, por el contrario, los efectos son antagónicos, pueden disminuir los efectos buscados, aunque en algún caso los usuarios los utilizan para conseguir este antagonismo, como en el consumo de algún depresor (alcohol, benzodiazepinas, etc.) para compensar el consumo de un estimulante (cocaína) y viceversa.

- **Valoración social:** las drogas legales o institucionalizadas (alcohol, tabaco, benzodiazepinas, etc.) tienen un reconocimiento legal y un uso normativo. Su accesibilidad y disponibilidad es mayor que la de las drogas ilegales, cuya venta está sancionada por la ley. La falta de controles sanitarios sobre la producción de drogas ilegales hace que la adulteración sea un riesgo que se debe tener en cuenta.

- **Potencial de abuso y dependencia:** las características farmacodinámicas de determinadas drogas hacen posible la aparición de **dependencia física** ante consumos continuados durante largo tiempo. Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiazepinas, etc.) dan lugar a la aparición de un **síndrome de abstinencia** al suspender su administración.

### ¿Qué es necesario valorar en cuanto a la persona?

Existen características propias de cada persona que son necesarias tener en cuenta al evaluar el consumo de drogas:

- **Sexo:** existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. Éstas tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis (MDMA), necesitando menores cantidades para alcanzar los mismos efectos. El **embarazo** y la **lactancia** son dos circunstancias en la vida de la mujer en las que el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado.

- **Edad:** según las investigaciones en Mendoza “Registro continuo de pacientes en centros de tratamiento” los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suele producirse entre los 15 y 16 años de edad. **El riesgo de desarrollar un consumo riesgoso, problemático o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella.** Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

- **Pauta de consumo:** según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de **tolerancia farmacológica** (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.

- **Concurrencia de patología:** es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente, los riesgos se incrementan. Se denomina **patología dual** (comorbilidad psiquiátrica) a la concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas. Algunas drogas parecen facilitar el desarrollo del trastorno mental en personas predispuestas (por ejemplo: cannabis y esquizofrenia). El diagnóstico de trastorno dual dificulta el manejo del paciente y oscurece el pronóstico.

### ¿Cuáles son los factores importantes en cuanto al entorno?

Es importante hacer una valoración de los factores protectores y de riesgo tanto individuales, como familiares y sociales. El consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno

dinámico, en constante evolución y social. En el entorno del sujeto podemos valorar qué factores familiares y sociales (escuela, trabajo, grupo de amigos) predisponen o protegen del consumo de drogas. Asimismo, no debemos desconocer la influencia que tienen sobre la persona los patrones generales de la cultura, valores, sistema social, legislación, etc.

### **¿Qué pruebas complementarias están indicadas?**

Como en cualquier otro acto médico, la necesidad de solicitar pruebas complementarias vendrá dada por el resultado de las entrevistas y la exploración clínica. El patrón de consumo de la o las sustancias, la vía de administración, las características toxicológicas y epidemiológicas, etc. determinarán la necesidad de solicitar pruebas complementarias. Podemos ver varios ejemplos:

a) Un consumo ocasional o esporádico de cannabis o drogas de síntesis en una persona sana no precisa, en principio, de ninguna prueba complementaria.

b) En un paciente con consumo abusivo de alcohol, la determinación de parámetros bioquímicos (ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas) y hematológicos (volumen corpuscular medio) permiten objetivar los efectos sobre la salud del consumo.

c) En un paciente que utiliza o ha utilizado drogas inyectadas o que tiene relaciones sexuales no seguras o bajo los efectos de las sustancias es importante descartar complicaciones infecciosas (prueba de Mantoux, serologías para hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc.). Según el resultado de la historia clínica y la exploración, podrán estar indicadas otras exploraciones (radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen, cultivos en medios específicos, etc.)

## **2) INTERVENCIÓN BREVE Y RESOLUTIVA EN APS**

### **¿Qué tipo de intervenciones podemos llevar a cabo desde APS?**

Podemos pensar en distintos tipos de intervenciones de acuerdo a la situación del paciente que nos llega:

- a) Intervención terapéutica breve y consejería
- b) Desintoxicación de forma ambulatoria.



## **A. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA BREVE Y CONSEJERÍA**

### **¿Qué dicen las investigaciones en intervención terapéutica de adicciones?**

El NIDA (National Institute on Drug Abuse) estableció un catálogo en 2004 que recoge los principios para el tratamiento de las adicciones basados en las investigaciones más relevantes y que rigen en la actualidad. Son los siguientes:

1. No hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente en todo momento (accesibilidad).
3. El tratamiento debe abarcar las múltiples necesidades de las personas, no solamente el uso de drogas (multicausalidad).
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapia de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo de la adicción.
7. Para muchos pacientes los medicamentos forman un elemento importante para el tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.
9. La desintoxicación médica sólo es la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no necesariamente tiene que ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/sida, Hepatitis B y C, otras enfermedades médicas asociadas al consumo.

13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples momentos de tratamiento.

### **¿Cuáles son los objetivos de un tratamiento de adicciones?**

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003, pág. 29), “todas las formas de tratamiento de la toxicomanía orientadas a la rehabilitación tienen los mismos cuatro objetivos, independientemente del entorno, la modalidad, la filosofía o los métodos de rehabilitación de que se trate. Éstos son:

1. Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación.
2. Propiciar y mantener la reducción de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total).
3. Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud y la seguridad públicas.
4. Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.

Según algunos autores como Hugo Hirsch (Sistemas Familiares, Noviembre 1998) la efectividad se mide hoy según cuatro parámetros:

- 1) Desaparición - disminución de la intensidad de los síntomas o problemas que provocaron motivo de consulta.
- 2) Disminución del gasto médico asociado.
- 3) Disminución de las recaídas.
- 4) Mejora global en la calidad de vida del paciente.

También es necesario tener en cuenta el punto de vista desde el cual se evalúa la mejoría: pacientes, familiares y profesionales suelen discrepar sobre si hubo o no, y en qué consiste.

### **¿En qué consiste una intervención terapéutica breve y consejería?**

Consiste en un conjunto ordenado de actividades educativas y terapéuticas orientadas a:

- a) Disminuir los riesgos o daños asociados al consumo.
- b) Disminuir la cantidad y frecuencia del consumo de la sustancia psicoactiva.
- c) Lograr la supresión o abstinencia de la droga.

- d) Mejorar las condiciones generales de salud física o mental.
- e) Lograr un mayor grado de ajuste psicosocial.
- f) Lograr un mayor nivel de motivación al cambio de la conducta adictiva y promover una toma de decisión de las estrategias terapéuticas a continuar en los próximos meses en el centro de salud o centro especializado.
- g) Derivar oportunamente al paciente al nivel de atención en salud que se adecue a sus necesidades (de acuerdo a la complejidad y/o severidad del caso).

### **¿Cuáles son los componentes de una intervención terapéutica breve y consejería?**

- 1) Proveer de un espacio adecuado en donde el paciente pueda encontrar:
  - a. Información objetiva sobre los pro y contras de su conducta adictiva (los efectos que provoca el consumo de sustancias sobre su proyecto de vida, sus relaciones interpersonales, manera de ser, valores, etc.) sin una connotación moralista.
  - b. Apoyo emocional para los esfuerzos en el camino de cambio de su adicción.
  - c. Aceptación y tolerancia ante las recaídas durante el proceso terapéutico.
- 2) Informar, orientar, acompañar y motivar al paciente y/o familia en su proceso de cambio para que puedan emprender su recuperación protagónicamente, y para que evalúen objetivamente los logros y dificultades.
- 3) Disponer de un procedimiento de seguimiento activo y de recaptación de aquellos tendientes al abandono.
- 4) Proveer a los familiares acogida a sus preocupaciones respecto del paciente. Entregar información y favorecer habilidades para que concurren sinérgicamente al proceso terapéutico.
- 5) Vincular al paciente y a la familia desde una etapa temprana de la intervención a grupos de autoayuda y/o instituciones especializadas, de acuerdo a sus necesidades y evaluación diagnóstica.

### **¿Cuál es el tiempo aproximado que demandaría una intervención breve y consejería?**

El tiempo es variable en función del diagnóstico inicial de la situación del paciente en cuanto a:

- a) Ajuste psico-social e inclusión social: factores protectores y de riesgo individual, familiar y socio-contextual.

- b) Patrón de consumo: tipo de droga, frecuencia, vía de administración, etc.
- c) Tipo de consumo: uso, en riesgo, problemático o dependiente.
- d) Motivación en el cambio de la conducta adictiva: precontemplador, contemplador, preparación, acción, mantenimiento.
- e) Compromiso físico y mental: comorbilidad psiquiátrica y problemas de salud asociados.

Sin embargo, se estima una duración entre uno y cuatro meses, entre cuatro y treinta encuentros con profesionales de distintas disciplinas, tiempo definido por las investigaciones en donde se logra el mayor cambio y la adherencia al tratamiento. Por ello se considera oportuno acordar durante este período una mayor intensidad de las intervenciones (individual, grupal, familiar, social) y estudios médicos complementarios.

### **¿Cuáles son las características del profesional sanitario que se relacionan con una mejor respuesta a los mensajes de educación sanitaria?**

- Creer firmemente en la importancia de trabajar temas de prevención y promoción de la salud.
- Transmitir interés en ayudar a las personas a mejorar su salud.
- Valorar la disponibilidad para el cambio y reconocer que estar más dispuesto a cambiar es una señal de progreso.
- Individualizar el consejo y la educación basándose en los factores de riesgo y protección más importantes de cada persona: personalizar riesgos y beneficios.
- Buscar objetivos conductuales que se puedan conseguir y que progresivamente puedan llevar a un cambio permanente e importante.
- No sobrecargar al individuo con muchas tareas/informaciones.
- Registrar los temas de educación y consejo que se han tratado y los que se planean tratar en próximas visitas.
- Comunicar a la persona que puede acudir a su profesional sanitario/centro cuando esté interesado en recibir más información o ayuda para hacer un cambio relacionado con su salud
- Apoyar y reforzar cualquier cambio, aunque sea pequeño, reconociendo que los cambios de conducta son difíciles.

## B. DESINTOXICACIÓN DE FORMA AMBULATORIA

### ¿Qué hacemos ante un cuadro clínico que nos haga sospechar una intoxicación aguda?

Cada una de las posibles intoxicaciones representa un cuadro específico que debe abordarse con las condiciones de atención urgente. En la mayoría de los casos el tratamiento suele ser sintomático y de soporte (ver anexo de sustancias)

La tarea fundamental es aliviar los síntomas de privación que presionan hacia el consumo y que aparecen minutos después de dejar de consumir (cocaína y pasta base), horas (alcohol, benzodiazepinas, anfetaminas) u horas a días (marihuana).

La mayoría de las veces, los consumidores de alcohol y/o sustancias ilícitas superan los síntomas de privación por sí solos y suprimen el consumo sin ayuda sanitaria alguna.

Muchas personas llegan a la primera consulta:

- a) *Habiendo cesado el consumo*, y ello puede indicar una mayor motivación al cambio y una mayor autoeficacia por la confianza en la propia capacidad para lograr metas personales.
- b) *Con un consumo activo o intoxicadas*. En tal situación es importante trabajar con mensajes claros y breves, de contención y precauciones para reducir riesgos o daños asociados. Se debe trabajar con familiares o allegados y evaluar indicación de medicación.
- c) *En estado de extrema gravedad por sobredosis o por otros motivos médicos*. Es importante acudir a un servicio de internación en un hospital general o monovalente.
- d) *No aceptando suspender el consumo*: esto no es infrecuente por lo que se puede elaborar una estrategia de disminución de riesgo o daño, o de disminución gradual del consumo. Para ello es importante trabajar a nivel de consejería, asegurando el apoyo familiar, grupos de autoayuda, y eventualmente indicando medicamentos con controles periódicos (en general ansiolíticos).

### ¿Qué podemos hacer ante un cuadro de abstinencia?

La abstinencia es un estado transitorio y autolimitado que, aunque no supone riesgo vital para el paciente (excepto en el caso del alcohol), presenta un cuadro de gravedad variable y ciertamente grave para él.

Aparte de los síntomas y signos específicos de la abstinencia de cada sustancia, que se corresponden, aproximadamente, con los opuestos a la intoxicación, existe un cuadro común compuesto por síntomas y signos relacionados con un cuadro de ansiedad habitual en clínica, con intensos componentes de expectativa negativa en los pacientes que ya han vivido un cuadro de abstinencia. En los meses posteriores (de dos a seis) al inicio de la abstinencia podemos esperar un cuadro de ansiedad generalizada más o menos intenso, con alteraciones del sueño y elementos de anhedonia y astenia compatibles con un cuadro depresivo. El tratamiento es el habitual, con ansiolíticos, hipnóticos si se precisan y valorando el uso de antidepresivos.

### **¿Cuáles son los objetivos de una desintoxicación?**

1. Liberar al organismo de la dependencia fisiológica asociada al consumo de la sustancia.
2. Disminuir o eliminar el dolor y el malestar.
3. Proporcionar un tratamiento seguro y humanizado para superar el obstáculo inicial para conseguir la abstinencia y/o derivación oportuna a un tratamiento especializado.
4. Proporcionar una situación que conduzca a un compromiso más amplio de tratamiento y hacer las derivaciones adecuadas.
5. Tratar los problemas médicos que puedan detectarse.
6. Empezar el proceso de educación del paciente en las cuestiones de salud, prevención de recaídas y explorar las cuestiones familiares, laborales y legales.
7. Una desintoxicación correcta aumenta la confianza en intervenciones posteriores y mejora la relación paciente-terapeuta.

### **¿Dónde se deben realizar las desintoxicaciones?**

El primer criterio es donde sea más eficaz y menos agresivo para la vida diaria del paciente, apuntando y favoreciendo la inclusión social. Tanto él como su familia son importantes a la hora de decidir la forma en que se realizará la desintoxicación.

Sólo el consumo de alcohol, cocaína y heroína con una intoxicación aguda pueden precisar ingreso en hospitales.

Existen varias posibilidades, dependiendo de la sustancia y de la dosis de consumo, de la comorbilidad orgánica o mental y de la situación social-contextual. La desintoxicación se puede realizar:

- a) De forma ambulatoria (intoxicaciones leves y no agudas): centro de salud, Centros

Integradores Comunitarios, servicios de salud mental de hospitales, Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones (CPAA).

b) Unidad de desintoxicación hospitalaria (intoxicaciones agudas y de gravedad): en régimen hospitalario (hospitales generales y monovalentes, Pereyra y Sauce), y Unidad de Intervención en crisis (UIC).

### **¿Podemos realizar una desintoxicación en el centro de salud?**

En principio, los síndromes de abstinencia que suponen un problema clínico específico son los de alcohol, heroína y cocaína. En cuanto al resto de sustancias, el tratamiento es genérico y principalmente de los componentes ansiosos del síndrome.

Conviene recordar que las benzodiazepinas son el tratamiento de elección, a corto plazo, para cualquier trastorno de ansiedad. A largo plazo, para tratamientos superiores a un mes, en cuadros que puedan superar esta duración, han demostrado mayor eficacia los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Ambas familias farmacológicas son de uso habitual en la consulta diaria de cualquier médico de familia y su manejo en este campo no se distingue del realizado en otras patologías.

### **¿Qué hacemos luego de la desintoxicación?**

Tras una desintoxicación y estabilización clínica en caso de consumo dependiente (ocasionalmente problemático) el paciente inicia el proceso de terapéutico para lograr un cambio en su conducta adictiva en un centro de referencia especializado (CPAA). Es importante mantener un contacto fluido con los profesionales del segundo nivel de atención para un adecuado seguimiento del paciente.

## **3) DERIVACIÓN OPORTUNA**

### **¿Cómo debemos derivar?**

Una derivación adecuada asegura que la atención en el próximo nivel sea lograda y que las personas consumidoras de sustancias con consumo problemático o dependiente lleguen al centro especializado y no que se pierdan en el camino. Para ello, es importante que el centro de salud o el Centro Integrador Comunitario organice un procedimiento de contacto con aquellos centros de tratamiento (ver en anexo Red Asistencial de Adicciones) que serán los receptores más probables de las derivaciones.

Se utilizarán dos vías:

- Contacto telefónico entre el centro que refiere y el que debe recibir la derivación; contacto telefónico con el paciente o la familia; reuniones de red en la zona de referencia y contrarreferencia, y monitoreo de la derivación realizada.
- Hoja de interconsulta o derivación (ver en anexo).

Además, el equipo encargado de la derivación brindará información objetiva, clara y precisa al paciente y/o familia de los motivos por los cuales se le indica la derivación y, si corresponde, las características del plan de tratamiento al que se le envía para continuar el proceso de cambio de su conducta adictiva.

Es importante que toda derivación sea previamente acompañada de una intervención breve o consejería, con el objetivo de motivar el proceso de cambio de su conducta adictiva y generar adherencia al tratamiento. Para ello debemos utilizar los datos clínicos y estudios complementarios médicos, y los datos obtenidos en la entrevista diagnóstica inicial para evaluar con el paciente y/o familia los pro y contras de su consumo problemático o dependiente.

### **¿A dónde derivar?**

- Nivel de especialidad. Cuando se presenta un consumo problemático o dependiente leve y moderado:
  - Centro Preventivo Asistenciales en Adicciones: Desde 14 años en adelante. Estos equipos evaluarán la derivación al próximo nivel de atención (comunidades terapéuticas y hospitales monovalentes)
  - Servicios de Salud Mental Infanto Juvenil: Hasta 14 años.
- Servicios de urgencia. Cuando hay riesgo vital o necesidad de internación de urgencia no voluntaria:
  - Hospitales generales con y sin servicios de salud mental
  - Servicios de emergencias coordinados
- Unidades de corta estadía. si hay comorbilidad psiquiátrica severa o necesidad de desintoxicación ante síndrome de abstinencia severo o de difícil manejo para APS:
  - Unidad de intervención en Crisis: para niños/as y adolescentes hasta 17 años y 11 meses.
  - Hospitales monovalentes: hospital Carlos Pereyra y hospital El Sauce.

El apoyo de intervención terapéutica breve y consejería, como de intervenciones de salud mental, será de gran valor, no sólo para potenciar la efectividad de los tratamientos sino



## 4) SEGUIMIENTO

### ¿A qué hacemos referencia?

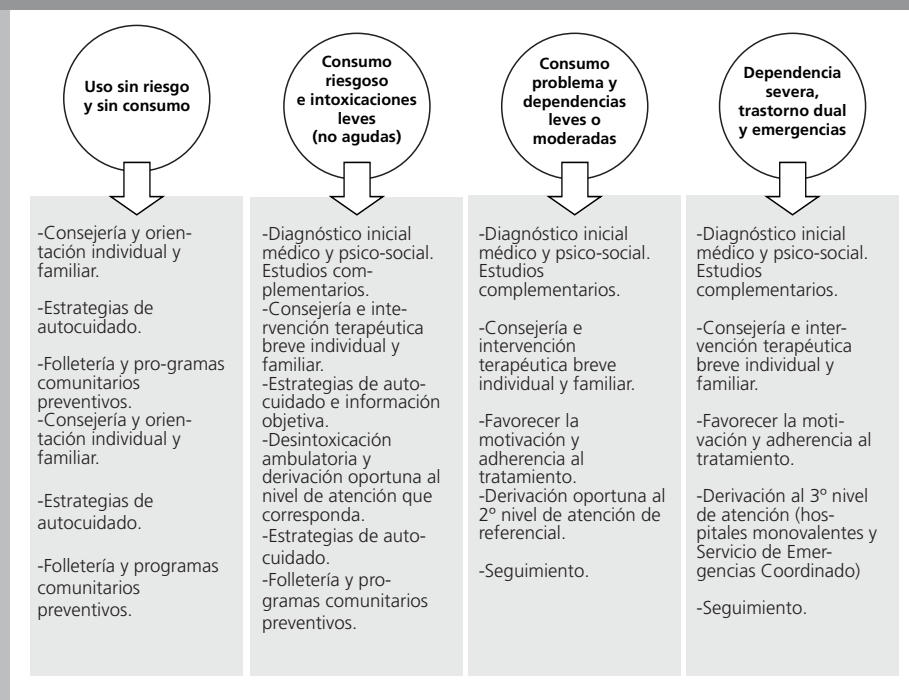
El seguimiento incluye:

- Seguimiento y re-captación de pacientes: se pone en ejecución cuando se ha acordado con un paciente dos o más actividades acordadas o indicadas o cuando se trata de una situación de riesgo mayor (violencia intrafamiliar, autoagresión, recaídas luego de haber logrado la abstinencia, etc.).

El equipo de salud buscará activamente el reingreso del paciente a la intervención terapéutica a través de contacto telefónico, visitas domiciliarias, entrevistas con familiares, mostrando una señal clara de inclusión y contención.

- Seguimiento post alta: el alta constituye el paso final de una intervención terapéutica breve o consejería. Se acuerda con el paciente que puede volver a consultar de nuevo si así lo requiere. Se informa y acuerda seguimiento telefónico o directo luego de 3 meses aproximadamente. Esta intervención es importante para prevenir recaídas o agravamiento hacia un consumo problemático o dependiente.

### ¿CÓMO INTEGRAMOS LOS CONCEPTOS Y LAS INTERVENCIONES VISTAS HASTA AQUÍ?



## ¿CUÁLES SON LAS COMPETENCIAS DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES DE ACUERDO A LAS INTERVENCIONES?

| Actividad o prestación                | Profesionales                                                                          | Resultados esperados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consulta médica                       | -Médicos de familia<br>-Pediatras<br>-Médicos comunitarios                             | Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente.<br><br>Evaluación del estado de salud general y tratamiento si corresponde.<br><br>Información objetiva, educativa y orientadora<br>Motivación al cambio y adherencia al tratamiento<br><br>Solicitud de interconsulta y/o derivación a especialidad o centros específicos, si corresponde<br><br>Acompañamiento en intoxicaciones leves o moderadas de manera ambulatoria                                                                                                                                    |
| Consulta de salud mental              | -Médico psiquiatra<br>-Psicólogo<br>-Trabajador social<br>-Lic. en Minoridad y familia | Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente.<br><br>Evaluación de nivel de compromiso bio-psico-social (salud mental, ajuste psicosocial e inclusión, factores protectores y de riesgo)<br><br>Información objetiva, educativa y orientadora. Intervención terapéutica breve y refuerzo de vínculos familiares.<br><br>Motivación al cambio y adherencia al tratamiento.<br><br>Abordaje de intoxicaciones leves o moderadas de manera ambulatoria.<br><br>Solicitud de interconsulta y/o derivación a especialidad o centros específicos, si corresponde. |
| Intervención comunitaria y consejería | -Enfermeros<br>- Agentes sanitarios                                                    | Identificación de uso, consumo en riesgo, consumo problema o dependiente.<br><br>Información objetiva, educativa y orientadora al individuo, familia y/o comunidad.<br><br>Motivación al cambio y adherencia al tratamiento.<br><br>Solicitud de interconsulta con médicos, servicios de salud mental y/o derivación a especialidad o centros específicos, si                                                                                                                                                                                                                           |

Seguimiento, visita domiciliaria y red comunitaria

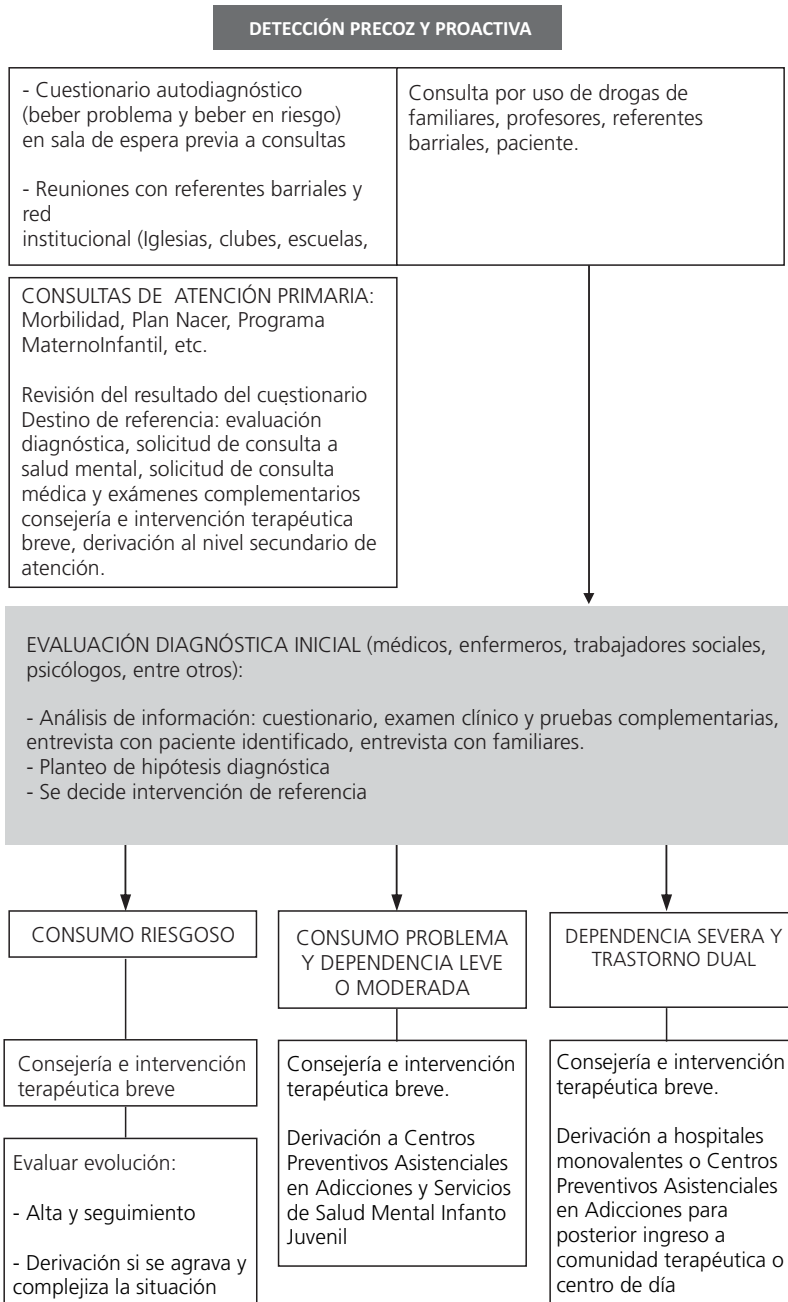
-Trabajador social  
-Lic. en Minoridad y Familia  
-Agentes sanitarios  
-Enfermeros

Evaluación del estado de soporte familiar.  
Información a la familia sobre el tratamiento, sus etapas y plazos, y sobre los riesgos y recaídas.

Re-captación de pacientes que abandonaron el tratamiento.

Facilitación de la inclusión social y la red de apoyo comunitaria.  
Seguimiento.

## FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN





# **ASPECTOS PREVENTIVOS EN EL CONSUMO DE DROGAS**



El modelo preventivo es útil siempre y cuando se lo entienda como proceso. Se debe disponer de fases diagnósticas, de evaluación de proceso y resultados. Las intervenciones más indicadas en diferentes materiales bibliográficos especializados son las estrategias en prevención primaria y secundaria.

Asimismo las intervenciones pueden focalizarse en la prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

Una buena intervención preventiva debe ser diseñada con el propósito de ser monitoreada, es decir, las intervenciones deben ser “evaluables”. A partir de este diseño, se podrá determinar el impacto de las mismas en la comunidad. En otros términos, si la intervención es útil y en qué medida lo es.

Este documento pretende organizar las actividades preventivas que se puedan implementar desde APS en la provincia de Mendoza. Abordar la problemática bajo un mismo eje y en forma coordinada permitirá generar mayor impacto de las intervenciones en la comunidad.

### ¿Hacia dónde debe estar orientada la prevención?

De acuerdo a lo que se plantea en este documento, la prevención debe focalizarse fundamentalmente en la reducción de la demanda, es decir en generar recursos en la comunidad para que la necesidad de consumo o el interés de consumo se pueda ir reduciendo gradualmente. Esta política está instalada en países como Alemania, Canadá, Estados Unidos, Ecuador, Bolivia, Venezuela, Bélgica, Dinamarca y Finlandia, entre otros.

Las estrategias básicas para implementar proyectos preventivos en reducción de demanda se basan “generar espacios para el fortalecimiento de factores protectores que reduzcan los comportamientos riesgosos en la problemática de adicciones.”

En estas estrategias se deben tener presentes fundamentalmente el trabajo con **factores protectores**. Estos factores se definen como variables de índole individual, familiar y social (contexto global político económico) que pueden favorecer el funcionamiento adaptativo de las personas, disminuyendo significativamente la vulnerabilidad ante los riesgos de consumo. Estos factores no deben tomarse individualmente estableciendo relaciones de causa-efecto directas. Más bien lo que se recomienda es abordar los factores en una multicausalidad que pueden generar efectos positivos. Antagónicamente existen los **factores de riesgo**, los cuales también son de índole individual, familiar o social aunque el efecto de los mismos es aumentar el nivel de vulnerabilidad ante los riesgos de consumo. Durante muchos años se ha trabajado exclusivamente sobre los factores de riesgo. Actualmente las políticas internacionales se inclinan hacia el desarrollo de factores protectores. Las razones son obvias y tienen que ver fundamentalmente con la posibilidad de crear cambios autopetpetuadores de instancias positivas y superadoras en la comunidad.

Si por el contrario las intervenciones se reducen a disminuir factores de riesgo, será cuestión de tiempo para que aparezca otro factor de riesgo y la vulnerabilidad siempre estará



presente. No ocurre esto con los factores protectores, por ejemplo, habilidades sociales de expresión de sentimientos: las personas ante diferentes circunstancias negativas sabrán expresar adecuadamente lo que les hace daño y buscar alternativas para resolverlos.

El hecho de operar con los factores protectores y no tanto en los de riesgo no implica que no deban ser estudiados y mensurados. Conocerlos indica información diagnóstica esencial para implementar las estrategias adecuadas.

### **¿Cuáles son las metas del trabajo preventivo?**

En nuestro medio, se acepta como definición de prevención de adicciones la siguiente afirmación de Martín (1995): *“Un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”*.

La prevención de los problemas relacionados con las drogas pretende conseguir varios objetivos y, de una manera u otra, casi siempre uno o varios de ellos están implicados en las actividades de prevención:

- Promover hábitos de vida y ambientes saludables, y favorecer que las personas busquen alternativas de vida positivas evitando el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Intervenir en las condiciones del entorno familiar, social y cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.
- Promover el desarrollo de habilidades para la vida: habilidades cognitivas, afectivas y sociales para la resolución de problemas.
- Retardar la edad de inicio en el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco, e ilegales.
- Limitar el número de sustancias consumidas.
- Evitar la transición entre el consumo experimental u ocasional, al consumo en riesgo, problemático o dependencia.
- Disminuir las consecuencias negativas, riesgos y/o daños asociados (salud, laboral, educativa, etc) al consumo de drogas en los individuos, tengan o no dependencia de éstas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas.
- Hacer preventivas las instancias de socialización para el desarrollo saludable de sus miembros: las personas, familias, escuela y comunidad.

- Sensibilizar a los potenciales aliados de la labor preventiva, tales como los medios de comunicación social, las empresas, municipios y organizaciones de la sociedad civil.
- Motivar a que las personas con consumo problemático o dependencia de sustancias psicoactivas inicien su proceso terapéutico y logren una inclusión social.
- Lograr que se retire o disminuya la disponibilidad (oferta) de drogas, y que se articulen acciones con las comisarías o áreas de seguridad municipal y/o provincial.
- Propiciar la autosustentabilidad de los programas de prevención dirigidos al ámbito educativo, familiar y/o comunitario.
- Favorecer mesas de gestión local que permita debatir la problemática adictiva rompiendo estigmatizaciones, rotulaciones y facilitando la inclusión social.

Pero para conseguir los objetivos definidos anteriormente, se necesita *“diseñar un conjunto de acciones con el objetivo específico de impedir el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas como disminuir los riesgos o daños asociados en los consumidores o que continúen en una escalada hacia un consumo problemático o dependiente”*. En el caso de las adicciones, los programas pueden ser para toda la comunidad o para grupos específicos, diferenciados por edad, género, ámbito, etc.

En atención primaria algunos autores diferencian dos grandes grupos relevantes de programas preventivos: a) programas dirigidos a la población infantil y adolescente, con una orientación fundamentalmente comunitaria, que puede complementarse con actuaciones desde la consulta (favorecer hábitos de vida saludables; evitar el inicio en el consumo de sustancias o retardar el mismo), b) programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas en la población adulta, orientados fundamentalmente a intervenciones en la consulta, pero que pueden complementarse con intervenciones comunitarias (evitar la escalada hacia un consumo en riesgo, problemático o dependiente; disminución de riesgos y/o daños en la salud asociados al consumo de drogas; motivar y realizar una derivación efectiva hacia el próximo nivel de atención).

### **¿Cuáles son las actividades necesarias que debemos llevar a cabo en la prevención?**

Es muy importante incluir dentro de las actividades a todos los actores propios del sistema donde se intenta promover políticas preventivas. De esta manera se recomienda establecer una serie de encuentros. Entre ellos se pueden indicar los siguientes:

- Convocatoria de los actores comunitarios.
- Establecimiento de mesas de gestión local.
- Determinación de las metas a tener en cuenta.

Asimismo, deberían ser temas a incorporarse en el debate y/o en actividades de capacitación y prevención:

- Los aspectos relativos a la percepción del problema del uso indebido de las drogas legales e ilegales.

considerado un elemento esencial para incluir en los programas de prevención del consumo de drogas.

**6. El ámbito educativo.** La escuela es el agente primario de socialización y se ha considerado el medio idóneo para la implantación de programas de prevención de drogas. La mayoría de las evaluaciones de programas indican que los mediadores fundamentales en la prevención han de ser los profesores y los interlocutores habituales de los niños y adolescentes. Sin embargo, cada vez parece más relevante la participación de los profesionales sanitarios, en colaboración con los docentes, como agentes de apoyo y refuerzo de los mensajes en salud.

**7. El mantenimiento de los efectos de los programas.** La prevención ha de considerarse como una actividad mantenida en el tiempo, a largo plazo y que debe ser evaluada con cierta periodicidad para identificar si se alcanzan los objetivos. La intensidad en la aplicación de los programas puede disminuir con el paso del tiempo, manteniendo sesiones de recuerdo.

**8. La perspectiva de la actuación.** Los programas pueden ser actuaciones limitadas que van enriqueciéndose con el paso del tiempo. El papel potencial de atención primaria es muy atractivo al poder trabajar en dos escenarios complementarios: por un lado, en la consulta y el centro de salud; y por otro, de manera complementaria, con intervenciones comunitarias, dirigiéndose a medios de comunicación, asociaciones, colegios, etc.

### **¿Cómo han evolucionado los programas de prevención de drogas?, ¿de cuántos tipos de prevención podemos hablar?**

En el campo de la prevención de las adicciones cada vez tiene menor relevancia la clasificación realizada por Caplan (1980), que diferencia entre prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención **primaria** se define como la prevención de una enfermedad antes de que ocurra y también como la reducción de su incidencia. Es aquella que interviene para evitar el consumo de drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección. En el contexto del consumo de sustancias, la prevención primaria se define como cualquier intervención diseñada con el objetivo de prevenir el consumo riesgoso, problemático o dependencia antes de que este ocurra.

La prevención **secundaria** compromete intervenciones que detectan enfermedades en etapas tempranas antes de que se manifiesten síntomas o signos clínicos, con el objetivo de revertir o reducir la severidad de la enfermedad o proveer una cura. El propósito es obtener un diagnóstico inicial y un tratamiento para las personas, comenzando de forma temprana eficaz y eficientemente con la prevención de la salud y los programas de control. Tiene como objetivo identificar con la mayor celeridad los consumos iniciales e intervenir para evitar sus consecuencias, disminuir los daños y/o riesgos asociados, y evitar una escalada hacia un consumo dependiente.

La prevención **terciaria** se centra en el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia de drogas. Su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.

- Adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de usuarios de drogas y a sus trayectorias individuales.
- Establecer una relación profesional-usuario de drogas más flexible y participativa en la toma de decisiones.
- Aceptar la ayuda para lograr el consumo controlado como un objetivo posible. Estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones, que pueden ser implementadas conjunta o separadamente, de acuerdo a las realidades de cada comunidad. Entre las más habituales, pueden señalarse:
  - Acciones orientadas a disminuir situaciones de riesgo, dirigidas a proporcionar educación sanitaria; suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo.
  - Acciones preventivas orientadas a promover prácticas sexuales seguras, que proporcionan educación sobre sexualidad y favorecen el acceso a preservativos.
  - Acciones orientadas a brindar cuidados mínimos, que ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio-sanitaria.
  - Acciones orientadas a reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas. Incluyen los programas de mantenimiento con metadona o los programas de dispensación controlada de heroína (aplicable en países europeos).
  - Acciones orientadas a promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas, que propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.
  - Aunque en la mayoría de los países, los programas de reducción de daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de usuario de drogas y a diversos tipos de daños.

### **¿Hay otro tipo de clasificación en prevención de adicciones?**

Otra modalidad de clasificación de la prevención está relacionada con el lugar donde se aplica. De esta forma, se diferencia entre prevención escolar, familiar, comunitaria y otras, como militar, penitenciaria, en los medios de comunicación, etc.

### **¿En qué consiste la prevención escolar?**

Este tipo de prevención permite llegar a los niños y jóvenes que se encuentran escolarizados, en la edad de mayor vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de sustancias. Recordemos

que en nuestra provincia la edad de inicio promedio se encuentra entre los 15 y 16 años de edad (Plan Provincial de Adicciones, Observatorio Mendocino de Drogas, 2010) y que con





## IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

- Porque la escuela es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y grupo de pares, y es en ésta en donde se continúa el proceso de socialización iniciado por la familia.
- Porque actúa sobre las personas en una etapa de su desarrollo en la cual la intervención del adulto tiene gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que los coloca en situación de vulnerabilidad.
- Porque la obligatoriedad de la escolarización implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de su desarrollo psico-social.
- Porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos, como modelador de conductas y a su función educadora.



## ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA COMUNITARIO

- Análisis de necesidades e identificación de poblaciones de riesgo:
  - Nivel del consumo de drogas (análisis epidemiológico).
  - Grupos con mayores problemas de consumo de drogas y/o grupos vulnerables.
  - Zonas en donde se consumen drogas o se venden.
  - Nivel de participación ciudadana en otras actividades.
  - Nivel de apoyo de otros actores claves (iglesias, uniones vecinales, policía, municipio, escuelas, etc.).
  - Apoyo de los medios de comunicación (Por ej: radios comunitarias) y de personas claves de la comunidad (empresarios, periodistas, políticos, referentes barriales, sacerdotes, pastores, etc.).
  - Establecimiento de la población diana (objetivo) a la cual va dirigido el programa.
- Establecimiento de metas de la prevención.
- Establecimiento de los objetivos.
- Planificación y estrategias de cambio.
- Identificación de recursos comunitarios y fuera de la comunidad.
- Adecuación de recursos – necesidades (entre lo que se tiene y necesita en función de metas y objetivos concretos).
- Establecimiento de canales de comunicación y asignación de tareas.
- Implementación, evaluación y revisión del programa en función de los resultados obtenidos.

### ¿Cuáles son las bases teóricas de los programas de prevención de drogas?

El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en la etiología del consumo de drogas. Se apoya en dos ejes: 1) diferentes variables socioculturales, biológicas y psicológicas modulan el inicio, el mantenimiento y la progresión, o no, en el consumo de drogas; 2) hay una progresión del consumo de drogas legales e ilegales, estabilizándose los consumos de riesgo.

En 2004, el NIDA (National Institute on Drug Abuse, EEUU) estableció un catálogo que recoge los principios para la prevención de drogas, basados en las investigaciones más relevantes y que rigen en la actualidad. Son los siguientes:

1. Los programas de prevención deben ser diseñados para realzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo.
2. Los programas tienen que incluir todas las formas de consumo y sustancias.
3. Deben abarcar estrategias para reforzar las actitudes contra el consumo, incrementar la competencia social y mejorar las habilidades sociales.
4. Los programas para adolescentes tienen que basarse en actividades con interacción entre ellos.
5. Es conveniente incluir actividades dirigidas a los padres y educadores como mediadores principales de los adolescentes.
6. Los programas preventivos deben diseñarse con actividades a largo plazo, aunque con diferente intensidad.
7. Los programas que incluyen actividades con las familias tienen mayor impacto.
8. Los programas comunitarios, dirigidos a medios de comunicación, aumentan su impacto si se integran con intervenciones en la familia y en la escuela.
9. La regulación y la aplicación de normas pueden reforzar la acción de los programas comunitarios.
10. La escuela es un medio favorable e indispensable para los programas de prevención y para seleccionar a subpoblaciones con mayor riesgo de consumo.
11. Cuanto mayor sea la conducta de riesgo, mayor ha de ser la intensidad de los programas de prevención.
12. El éxito de los programas de prevención aumenta cuando experimentan adaptaciones a las condiciones de cada contexto comunitario.
13. Los programas preventivos deben adecuarse a la edad de la población diana (objetivo).
14. Por cada peso invertido en prevención del consumo de drogas se puede ahorrar entre 4 o 5 veces más en costes de tratamiento.
15. La evaluación de los resultados ha de incluirse en los programas como estrategia de mejora continua.

## ¿Qué programas de prevención encontramos en ejecución en la provincia?

**Programa Quiero Ser:** se realiza en co-gestión entre SEDRONAR (Presidencia de la Nación), Plan Provincial de Adicciones (Dirección Gral. Salud Mental, Ministerio de Salud), Dirección de Educación Primaria (Dirección General de Escuelas). El programa busca fortalecer los factores protectores de los niños/as entre los 10 y 14 años de edad (5° a 7° grado), de la familia y del ámbito educativo. Para ello se capacita a los docentes de todas las escuelas primarias públicas de la provincia, quienes aplican el programa con sus alumnos, padres y compañeros de escuela. Se cuenta con un manual para la escuela y el docente, y manuales para cada uno de los alumnos en donde se trabajan las habilidades para la vida y riesgos asociados al consumo de drogas.

**Programa redes “Prevención de Adicciones en Iglesias”:** se orienta al trabajo con los líderes religiosos (sacerdotes, pastores, comunidad pastoral, entre otros) en donde:

- Se debate la problemática de las adicciones desde una mirada bio-psico-social y espiritual del ser humano.
- Se socializan experiencias de prevención en adicciones y se generan espacios de formación.
- Se brinda asesoramiento y acompañamiento, y se implementan programas de prevención desde las iglesias. Así es como se han llevado cabo actividades como: “Proyecto tu sueño”, “Talento sin drogas”, “Grupos de autoayuda”, “Rock & Vida”, entre otros.

**Programa consultoría escolar:** desde este programa se captan las demandas del ámbito educativo y se diseña en forma conjunta con el establecimiento escolar un diagnóstico participativo e intervenciones orientadas a la prevención, capacitación y/o derivación a la red asistencial.

**Programa de participación juvenil:** se lleva a cabo con las Asesorías de Juventud de los municipios y la Dirección de los Centros de Estudiantes de las escuelas secundarias. Tiene por objetivo la formación de líderes juveniles como agentes multiplicadores, que lleven a cabo actividades de prevención entre sus pares partiendo de los intereses, gustos e idiosincrasia de los jóvenes.

**Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones:** se busca formar, sensibilizar y concientizar a la comunidad en general, ofreciendo contenidos teóricos y científicos en el abordaje preventivo de las adicciones. Asimismo se pretende formar agentes multiplicadores para que diseñen e implementen proyectos preventivos en sus ámbitos institucionales y comunitarios.

**Programa Prevenir:** se trabaja en co-gestión entre SEDRONAR, el Plan Provincial de Adicciones y municipios. Estos últimos presentan proyectos de prevención que son financiados por SEDRONAR. Actualmente hay dos municipios (Guaymallén y Luján) que se encuentran bajo la órbita del mismo. Se espera el financiamiento para los municipios restantes que han presentado proyectos.

**Campaña "Esta noche la manejo yo":** es una campaña de difusión tendiente a disminuir los riesgos asociados (accidentes de tránsito, relaciones sexuales no seguras, intoxicaciones alcohólicas agudas, previas) al consumo abusivo de alcohol. Esta campaña tiene 4 componentes:

- a) Conductor designado o responsable que no consuma alcohol cuando maneja y lleve a sus amigos en forma segura a casa.
- b) Cómo evitar un consumo abusivo de alcohol e intoxicaciones alcohólicas agudas, y cómo intervenir cuando un amigo se encuentra ante tales situaciones,
- c) Prevención en el consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades de transmisión sexual,
- d) Concientización de padres de hijos adolescentes y jóvenes ante las previas, consumo abusivo de alcohol y conducción bajo los efectos del alcohol.



# BIBLIOGRAFÍA





- Becoña Iglesias E. (2002). "Bases Científicas de Prevención de la Drogodependencias" Ministerio del Interior. Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. Madrid.
- Calabrese. A. "Aspectos Sociales de la Drogadicción"(2007). FAT, publicación técnica N° 26, Buenos Aires.
- Calabrese. A. "Una visión actual sobre los modelos preventivos" .(2007) FAT, publicaciones técnicas del fondo de ayuda toxicológica. Buenos Aires.
- Casado. V; Arauzo Palacios. D. (2004). "Intervención de drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas" Adicciones. Vol. 16 num. 3 (225-234).
- Curci, O. (1994). "Toxicología" Buenos Aires, Argentina, 2ª Ed. López Libreros Editores.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2009). "Guía para la Detección y Tratamiento de Problemas Asociados al Consumo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas" Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2010). "Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2010). "Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de Investigación AUAPSI - MSAL" . Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2010). "Camas Disponibles destinadas a la Atención en Salud Mental y Egresos Hospitalarios del Sector Público en Argentina". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2011). "Normativa Nacional en Políticas Sanitarias de Prevención y Lucha frente al consumo excesivo de Alcohol". Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Rivolin Industrias Gráficas SRL.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (2011). "Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657" . Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación.
- Donghi. A; Vázquez. L. (2000). "Adicciones: una clínica de la cultura y su malestar" Buenos Aires. Ed. JVE.
- DSM IV. (1995). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Masson S.A.
- Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra. (2001). "Manual para operadores Terapéuticos en Adicciones". Argentina. Ediciones del Canto Rodado.

Graña Gómez. J. (1994). "Conductas Adictivas: teoría, evaluación y tratamiento" (1994). Madrid. Ed. Debate.

- Goldfrank L., Flomenbaum N., Lewin N. (1994). "Toxicologic Emergencies". Connecticut, U.S.A., 5ª Ed. Appleton & Lange.

- López Sarmiento C., Crapanzano G., Talamoni M. (2004). "Guía de diagnóstico y tratamiento en toxicología". Buenos Aires, Argentina, 1ª Ed. Eudeba.

- Mateu Sancho J. (1994). "Toxicología Médica". Barcelona, España, Ed. Doyma.

- Miller, William; Rollnick, Stephen. (1999). "Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de las conductas adictivas". Buenos Aires. Editorial Paidós S.A.

- Monteiro, Maristela G. (2008). "Alcohol y Atención Primaria en Salud. Informaciones Clínicas Básicas para la Identificación y el Manejo de Riesgos y Problemas". Organización Panamericana de la Salud. Washington.

- National Institute on Drug Abuse. (2004). "Los Principios de la Prevención". EEUU. [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)

- National Institute on Drug Abuse. (2004). "Principios del Tratamiento Efectivo". EEUU. [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov)

- Nogué S. (2000). "Intoxicaciones Agudas Protocolo de Tratamiento". Área de Vigilancia Intensiva Unidad de Toxicología Clínica - Servicio de Urgencias Hospital Clínic. 3ª Ed. Barcelona, España.

- Norcross, J. (2002). "Psychotherapy Relationships that Work". New York. Oxford Press.

- Norcross, J; Goldfried, M. (1992). "Handbook of Psychotherapy Integration" New York. Basic Books.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2004). "El Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas y su Relación con la Comisión de Delitos. Prueba Piloto en Comisarías". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráfica Letras.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2007). "Aspectos Cualitativos del Consumo de Pasta Base de Cocaína/Paco". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráficas Papiros.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2007). "El Tráfico de Estupefacientes en la Argentina. Un estudio sobre sus condicionantes estructurales y coyunturales". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. GUTTENPRESS.

- Observatorio Argentino de Droga. (2007) "Diagnóstico de la Problemática del Uso

Indebido de Sustancias Psicoactivas en Argentina". SEDRONAR. Presidencia de la Nación.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2009) "Cuarta Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento" SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráficas Papiros.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2009) "El Uso Indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia". SEDRONAR. Presidencia de la Nación. Buenos Aires. Artes Gráficas Papiros.

- Observatorio de Drogas de Buenos Aires. (2010). "Consumo de Psicofármacos y Género en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

- Organización Panamericana de la Salud. (1990). "Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina". Venezuela.

- Organización Panamericana de la Salud. (2005). "Principios de Brasilia.Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas". Brasil.

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). "Estrategias y Plan de Acción en Salud Mental". Washington.

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). "Conferencia Regional de Salud Mental, 20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios". Panamá.

- Pemjean. G. (2009). "Detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y drogas en la atención primaria". Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

- Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). "Guía sobre Drogas". Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Avenida Gráfica.

- Plan Provincial de Adicciones. (2008). "Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.

- Plan Provincial de Adicciones- (2009). "Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.

- Plan Provincial de Adicciones. (2010) "Centro de Capacitación Permanente en Prevención de Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.

- Plan Provincial de Adicciones. (2008) "Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones". Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.

- Plan Provincial de Adicciones. (2011) "Efectividad en la Etapa de Admisión en los Centros

Preventivos Asistenciales en Adicciones en función a estadios y procesos de cambio y perfil sociodemográfico”. Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza.

## ENLACES DE INTERÉS:



# ANEXOS





### INTRODUCCIÓN

El abuso de drogas ilícitas o bien de otras sustancias lícitas, se puede definir como el uso de un producto químico para conseguir un efecto farmacológico deseado en una forma impropia (efectos psíquicos, enteogénico, dependencia, intentos de suicidio), estableciendo a su vez un patrón patológico de uso, deterioro de la actividad social o laboral y una duración mínima del trastorno de, por lo menos, un mes.

El uso compulsivo de estas drogas de abuso produce dependencia psicológica (satisfacción y deseo vehemente de consumir), dependencia física (síntomas de privación) y tolerancia (necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos deseados).

La intoxicación por drogas, sea una forma aguda o crónica, produce problemas físicos y psíquicos que pueden conducir a la muerte o bien a secuelas permanentes (médico-sociales, laborales, etc.). Es uno de los problemas más acuciantes del país, no sólo por sus costos sanitarios y asistenciales, sino también con su asociación con los problemas de seguridad ciudadana (crímenes y robos), violencia familiar, abuso de menores, delincuencia infantil y juvenil, abandono de la escuela, mendicidad, disminución de la competitividad, pérdida de horas de trabajo, inseguridad vial, accidentes laborales etc., llevando a una importante carga económica para el individuo y la sociedad en su conjunto.

## ALCOHOL ETÍLICO

### Generalidades

Al igual que el consumo de otras drogas, el alcohol puede dar lugar a trastornos somáticos (corporales), mentales y sociales. Los problemas de salud mental se agrupan según las dos grandes clasificaciones actuales: la CIE-10 promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), bajo el nombre de Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas; y la DMS-IV elaborada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995) como trastornos relacionados con sustancias.

El etanol es un compuesto hidrófilo y liposoluble, aunque se disuelve más en agua que en lípidos, hecho que le permite ser absorbido con facilidad por cualquier vía, y distribuirse rápidamente tanto en los compartimientos acuosos como en los lipídicos.

Debido a su hidrosolubilidad es distribuido disuelto en el plasma sanguíneo, siendo la concentración de alcohol en sangre o alcoholemia el factor decisivo para la impregnación tisular y los efectos consecuentes en el sistema nervioso central (SNC). El etanol es un

depresor del sistema nervioso central (SNC), que actúa aumentando la inhibición mediada por los receptores GABAA, inhibiendo canales de calcio tipo L y aumentando la adenosina a nivel extracelular.

Tras una toma aislada, la alcoholemia va aumentando hasta alcanzar un máximo que se consigue entre los 15-30 minutos cuando el estómago está vacío y puede tardar 90 minutos si el estómago contenía alimentos sólidos y grasos, aceptándose que el valor de la alcoholemia disminuye cada hora un valor medio de 0,15 g/l. Consecuentemente, un individuo que posea una alcoholemia de 1,5 g/l, tardará 10 horas en eliminar todo su alcohol.

La eliminación del alcohol se realiza fundamentalmente (el 90%) por biotransformación excretándose, sin cambios, por la orina tan sólo el 5% y otro 5% por los pulmones y las heces. La curva de eliminación urinaria está retrasada con respecto a la alcoholemia y no guarda relación alguna con ella, por lo que no es útil a efectos de investigación de la impregnación alcohólica, por el contrario, el aire espirado, que tiene su máximo de alcohol a los pocos minutos de ingerido éste, resultando muy útil a efectos analíticos.

Se ha mencionado que el 90% del alcohol absorbido se elimina mediante biotransformación, por tres sistemas enzimáticos que operan dentro del hepatocito:

- Se transforma en acetaldehído por la enzima dehidrogenasa alcohólica y éste en ácido acético, por el aldehído dehidrogenasa, utilizando NAD como cofactor.
- El segundo camino es la catalasa de los peroxisomas.
- El tercer camino es el sistema microsomal etanol-oxidasa, que puede metabolizar hasta el 10% del etanol, a niveles séricos elevados.
- Se excreta por pulmones, orina, sudor y leche materna. Atraviesa la placenta.

El alcohol etílico es un potente irritante gastrointestinal, produce vasodilatación, disminución de la neoglucogénesis, de la hormona antidiurética y de la resorción tubular de agua. La hipotermia se debe a pérdida de calor e inhibición del centro termorregulador.

En el paciente adulto, hay que tener en cuenta, que puede tratarse de un alcoholista crónico, con todas las manifestaciones patológicas que ello ocasiona.

La determinación de alcohol etílico en sangre (alcoholemia) es de gran utilidad médico-legal en accidentes de tránsito; para efectuar diagnósticos diferenciales, sobre todo en niños con ingestas involuntarias y adolescentes con tentativa suicidas, que nieguen la ingesta de alcohol; así también como para evaluar la gravedad de la intoxicación.

Intoxicación en pediatría. Los niños se intoxican a través de paños de alcohol colocados sobre el abdomen o por la ingesta accidental de productos que lo contienen.

## Fuentes

Bebidas alcohólicas, alcohol medicinal, perfumes, lociones de afeitar, disolventes, etc.

## Signos y síntomas

**Neurológicos:** Somnolencia, disartria, ataxia, obnubilación, nistagmus, convulsiones, coma, hiporreflexia y depresión respiratoria.

**Oftalmológicos:** Miosis. Midriasis transitoria por aumento de catecolaminas.

**Temperatura:** Sensación de calor (con sudoración), hipotermia.

**Digestivos:** Náuseas, vómitos, gastritis erosivas y pancreatitis.

**Cardiológicos:** Taquicardia, vasodilatación cutánea, vasoconstricción en cerebro y corazón. Depresión cardiovascular. Muy raramente: fibrilación auricular y ventricular, por hipotermia prolongada.

**Metabólicos:** Hipoglucemia: más común en niños. Hiperglucemia transitoria por aumento de catecolaminas, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis láctica.

Aumentan las lipoproteínas de alta densidad.

**Renales:** Aumento de la diuresis.

Si el paciente es un alcoholista crónico, se pueden agregar las manifestaciones clínicas descritas a continuación:

**Digestivos:** Hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis, úlceras gástrica y duodenal y pancreatitis crónica.

**Cardiovasculares:** Cardiomiopatía, hipertensión, arritmias.

**Neurológicos:** Encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsakoff, atrofia cerebral, demencia, degeneración cerebelosa, polineuropatía.

**Respiratorios:** Alteraciones ciliares, infecciones.

**Nutricionales:** Hipoproteinemia, hipovitaminosis.

**Metabólicos:** Hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia.

**Endocrinológicos:** Disminución de la testosterona.

**Psiquiátricos:** Cambios en la personalidad y en la conducta, ansiedad, conductas suicidas, síndrome depresivo, enfermedad bipolar, demencia.

## Relación entre alcoholemia y síntomas clínicos

| Alcoholemia |                  | Síntomas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adultos     | 0,20 a 1,50 g/l  | Las pruebas psicométricas muestran una prolongación en los tiempos de respuesta al estímulo y a la posibilidad de accidentes.<br>Según la susceptibilidad individual, se observa un discreto estado de excitación acompañada de leves alteraciones sensoriales y disminución de la concentración psíquica con alteración de la asociación de ideas. |
|             | 0,50 a 1,50 g/l  | Alteración del juicio, la atención, la comprensión y la memoria. Desinhibición, euforia, verborrea y excitación psicomotriz. Alteración de los movimientos reflejos automáticos y de áreas sensoriales que distorsionan las percepciones auditivas y visuales, disminuyen los reflejos y el campo visual. Es frecuente la producción de sueño.      |
|             | 1,50 a 2,50 g/l  | Excitación, confusión, agresividad, alteraciones de la percepción y pérdida de control. Disartria, marcha atáxica, diplopía y nistagmo. Hipotensión arterial, taquicardia, hipoglucemia e hipotermia. Depresión del SNC, con alteración de los movimientos reflejos rápidos.                                                                        |
|             | 2,50 a 3,50 g/l  | Depresión de SNC, sueño profundo, estupor y coma. Hipotensión arterial, bradipnea, hipotermia, hiporreflexia, hipoalgesia y amnesia temporal.                                                                                                                                                                                                       |
|             | Mayor a 3,50 g/l | Coma, broncoaspiración, marcada bradicardia, hipotensión, arreflexia y analgesia superficial y profunda. Depresión respiratoria, cardiovascular.<br>Con niveles mayores a 3.5 g/l hay riesgo de muerte por paro cardiorrespiratorio.                                                                                                                |
| Niños       | 0,50 a 1,00 g/l  | Síntomas moderados a severos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## ALCOHOLISMO CRÓNICO – CUADROS AGUDOS

### SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

El etanol produce tolerancia y dependencia física. La tolerancia al etanol tiene lugar por tres mecanismos:

- La tasa metabólica puede estar aumentada significativamente, debido al aumento del metabolismo por el sistema microsomal hepático.

- Tolerancia celular, por adaptaciones neuroquímicas de las membranas neuronales.

Se produce por el déficit agudo de tiamina (Vitamina B1). Puede evolucionar a psicosis de Korsakoff. Se caracteriza por:

- Desorientación temporo-espacial.
- Somnolencia y ataxia.
- Oftalmoplejía: nistagmus bilateral, parálisis del VI par craneal (motor ocular externo), miosis.
- Disartria, temblores y rigidez

### **Tratamiento**

Tiamina, 300 mg EV, continuar con 100 mg/día. Hidratación parenteral. Control clínico. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.

## **ALUCINOSIS ALCOHOLICA**

Puede ser aguda, subaguda y crónica. El paciente se encuentra vigil y compensado metabólicamente.

### **Signos y síntomas**

Alucinaciones auditivas (de voces acusadoras), delirio de persecución.

### **Tratamiento**

Tratamiento de deshabitación. Complejo B. Neurolépticos (haloperidol, 5 a 10 mg EV ó IM).

## **Generalidades**

Las benzodiazepinas son drogas depresoras selectivas del sistema nervioso central. Actúan potenciando los efectos del ácido gama amino butírico, debido a su unión al receptor GABAA, aumentando la frecuencia de descargas de apertura de los canales de cloro. De esta manera se potencia la inhibición gabaérgica.

### **Usos**

Sedantes. Hipnóticos. Miorrelajantes. Ansiolíticos. Anticonvulsivantes.

## **Clasificación según su vida media de eliminación**





## **BENZODIAZEPINAS**

|                   |                           |                                |
|-------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>Ultracorta</b> | Midazolam<br>Triazolam    | 1.3 a 2.5 horas<br>2 a 4 horas |
| <b>Corta</b>      | Alprazolam.<br>Lorazepam. | 10 a 14 horas<br>10 a 20 horas |
| <b>Intermedia</b> | Clonazepam<br>Bromazepam  | 20 a 40 horas<br>20 a 32 horas |
| <b>Larga</b>      | Diazepam                  | 33 a 53 horas                  |

## OPIACEOS

### Generalidades

Opioides son todos los compuestos naturales, sintéticos y peptídicos, que entran en interacción con los receptores estereoespecíficos de los sistemas nervioso central y periféricos.

Estos receptores están relacionados con las tres familias conocidas de péptidos endógenos: encefalinas, endorfinas y dinorfinas.

La amapola, *Papaver somniferum*, es la fuente de opio natural, que contiene más de 20

alcaloides, entre ellos la morfina y la codeína. Tienen diferencias farmacológicas importantes, que derivan de sus interacciones complejas con receptores múltiples del sistema nervioso central (SNC). Se fijan en receptores específicos, en especial mu, delta y kappa, produciendo analgesia a niveles suprarraquídeo, raquídeo y periférico, con efecto depresor sobre el SNC, desarrollando tolerancia y dependencia física.

La tolerancia se caracteriza porque, con la administración repetida, se requieren dosis cada vez mayores para producir el mismo efecto. Se desarrolla tolerancia a ritmos diferentes, para los diversos efectos de los opioides. Por ejemplo, se desarrolla tolerancia a la depresión respiratoria con rapidez, en contraste con la lenta, si es que la hay, a los efectos astringentes. A pesar que un paciente adicto se haya hecho tolerante al efecto de depresión respiratoria, puede ocurrir que desarrolle depresión respiratoria con una dosis mayor a la que estaba acostumbrado

## Usos

Analgesia. Supresión de la tos. Control de la diarrea.

## Clasificación

- **Agonistas:** morfina, heroína, codeína, metadona, meperidina, propoxifeno, fentanilo. Usadas para el alivio del dolor, con excepción de la heroína.
- **Antagonistas:** naloxona y naltrexona, no tienen efectos analgésicos.
- **Agonistas y antagonistas mixtos:** pentazocina y nalbufina, que producen analgesia.
- **Agonistas parciales:** buprenorfina.

## Signos y síntomas

**Respiratorios:** Bradipnea, depresión respiratoria, apnea, edema pulmonar.

**Cardiovasculares:** Bradicardia, hipotensión (taquicardia compensatoria).

**Digestivos:** Náuseas, vómitos, constipación.

**Urinarios:** Retención urinaria.

**Cutáneos:** Prurito.

**Oftalmológicos:** Miosis puntiforme.

**Musculares:** Rigidez muscular (fentanilo).

**Neurológicos:** Sedación, confusión, depresión del sensorio, convulsiones y coma.

**Psiquiátricos:** Disforia, alucinaciones.

### **Exámenes complementarios**

- Toxicológicos. Determinación de opiáceos en orina.
- Otros. Estado ácido - base. Hemograma. Ionograma. CPK. Radiografía de tórax.

### **Tratamiento**

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas

Lavado gástrico, carbón activado.

Antídoto: Naloxona. Se utiliza en caso de depresión respiratoria, convulsiones o depresión del sensorio.

Dosis: adultos: 0.4 a 2 mg. Niños: 0,01 mg/kg a 0,1 mg/kg. Se puede repetir a intervalos de dos a tres minutos. Como la vida media de la naloxona es menor que la de los agonistas, puede requerir infusión endovenosa continua (50% de la dosis en bolo/hora).

Efectos adversos: arritmias cardíacas, hiper o hipotensión, hepatotoxicidad, aumento del KPTT, edema de pulmón y abstinencia a opiáceos.

Presentación: Narcan ampollas de 1 ml con 0,4 mg, y de 2 ml con 0,02 mg/ml.

Paciente en tratamiento por dolor o consumidor crónico. Corrección de la sedación y depresión respiratoria sin producir síndrome de supresión completo con exacerbación aguda del dolor. Se diluye una ampolla de naloxona (0.4mg) a la proporción 1/10, y se titula por vía IV controlando la frecuencia respiratoria y el estado de alerta, para quitar la abstinencia aguda.

Meperidina: en forma continuada, durante varios días de tratamiento, puede producir excitación, fasciculaciones y más raramente convulsiones. Este síndrome debe tratarse en una unidad de cuidados intensivos y reemplazarse la meperidina por otro opiáceo.

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIÁCEOS

La cocaína (benzoilmetilecgonina) es el principal alcaloide de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca*. La planta puede ser silvestre o cultivada en América del Sur y Central.

Antiguamente se utilizaba el alcaloide como anestésico local; hoy, en cambio la cocaína se comercializa mundialmente en forma ilegal. Es un potente estimulante cardíaco y del sistema nervioso central, con propiedades vasoconstrictoras. Se absorbe por vía nasal, oral e intravenosa.

El pico plasmático es de 20 a 30 minutos, por vía nasal y 60 a 90 minutos por vía oral. Se metaboliza en hígado por intermedio de varias enzimas, entre ellas colinesterasas. El 80% se excreta por orina como metabolitos: benzoilmetilecgonina.

### **Mecanismo de acción**

Su acción se debe al aumento de la liberación de catecolaminas y bloqueo de su recaptación, al bloqueo de la recaptación de dopamina y serotonina, y a estimulación de aminoácidos excitatorios (aspartato y glutamato). Bloquea además canales de sodio y posee un efecto directo sobre el hipotálamo en la producción de hipertermia.

La vida media es de 90 minutos, sus metabolitos se determinan en orina, hasta 3 días después de una única dosis y desde 7 hasta 21 días después de la última dosis, en abusadores crónicos.

### **Formas de presentación**

Clorhidrato de cocaína: 89 % de su forma de uso, polvo cristalino blanco, soluble en agua, no se puede fumar porque se descompone antes de llegar al punto de ebullición.

Base libre de cocaína (crack): se produce por la ebullición del clorhidrato de cocaína, en una solución de bicarbonato de sodio, seguido de la extracción con un solvente que se evapora, obteniéndose cristales.

Body packers: forma de contrabando de drogas, utilizando a personas como medio de transporte de la misma, que ingieren paquetes rellenos de droga, envueltos en preservativos, dedos de guantes de látex o tizas (cilindros de papel films); su principal complicación es la ruptura de uno de los paquetes o la obstrucción intestinal.

El clorhidrato de cocaína es la forma más frecuente de consumo en Mendoza, éste es adulterado usualmente con distintos agentes: azúcares, lidocaína, dipirona, bicarbonato de sodio, almidón y otros.

### **Signos y síntomas**

**Cardiovasculares:** Hipertensión arterial, crisis hipertensiva, arritmias cardíacas, taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, angor, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio, miocarditis, shock, muerte súbita.



## COCAÍNA

**Neurológicos:** Agitación, excitación psicomotriz, paranoia, psicosis, temblores genenerali-

Son similares a los de cocaína, pero con una duración mayor.

**Cardiovasculares:** Hipertensión, taquicardia, arritmias, isquemia de miocardio, miocardiopatía, vasoespasma coronario y periférico.

**Neurológicos:** Convulsiones, hemorragia intracerebral, cefalea, euforia, hiperreflexia, agitación psicomotriz, movimientos coreoatetósicos, paranoia.

**Sistema Nervioso Autónomo:** Hipertermia, sudoración.

**Otros:** Vasculitis (por la inyección). Anorexia, bruxismo.

Cuando un abusador de anfetaminas experimenta psicosis, es más probable que haya una recurrencia, incluso después de abstinencias prolongadas y esto se debe al fenómeno de kindling.

Durante el período de abstinencia los sujetos pueden dormir por períodos prolongados y sentirse hambrientos y deprimidos cuando se despiertan. También presentan craving (deseo compulsivo de la droga).

### ¿Qué se puede encontrar en los preparados callejeros?

Cafeína, fenilpropanolamina, efedrina, lidocaína, fenciclidina, maltosa, talco, estricnina, quinina y acetato de plomo, entre otras. Las anfetaminas de diseño, MDA y MDMA, poseen diferencias en sus efectos, pero en sobredosis, tienen la misma toxicidad.

La muerte se produce por arritmias, hipertermia maligna o convulsiones.

### Exámenes complementarios

Toxicológico. Anfetaminas en orina.

## **ANFETAMINAS**

Clasificación química y formas de consumo

La mayoría son derivados hidrocarbonados que pertenecen a diferentes grupos. Se encuentran ampliamente distribuidos: gas natural, derivados del petróleo (butano, propano), nafta, kerosén, como solventes de grasas, pegamentos y pinturas. Como propelentes de aerosoles, extintores, etc. Con lacas, barnices, tintes, quitamanchas, cementos, aceites, plásticos y resinas.

Los usuarios suelen ser niños o adolescentes con problemas escolares, familiares o de nivel socioeconómico bajo, generalmente viviendo en barrios marginales en las grandes ciudades. Suelen utilizar diferentes tipos de productos esfingándolos o bien inhalándolos en bolsas, cajas o trapos impregnados de ellos.

**Sniffing:** inhalación de vapores directamente de un recipiente abierto o de una superficie recientemente impregnada.

**Huffing:** inhalación de vapores desde una tela recientemente impregnada que se coloca cubriendo boca y nariz

**Bagging:** inspiración y espiración dentro de una bolsa de papel o plástico en la que se ha colocado la sustancia

La mayoría de estos productos son altamente lipofílicos (afinidad por las grasas) por lo que difunden rápidamente en el SNC (sistema nervioso central). Tienen después de la absorción pulmonar, unos niveles pico en 15 o 30 minutos dependiendo de la concentración, de la función cardiaca y del volumen respiratorio, haciéndose notar sus efectos en pocos minutos y pueden durar horas. La eliminación suele ser pulmonar, renal y por metabolismo hepático en menor o mayor medida.

Intoxicación por sustancias volátiles

Diagnósticos diferenciales

| Anfetaminas                                                                         | Anticolinérgicos                                                                                                               | Abstinencia a etanol                                                                                                     | Alucinógenos                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sudoración<br>Midriasis<br>Taquicardia<br>Hipertensión<br>Excitación<br>Hipertermia | Piel seca<br>Midriasis<br>Taquicardia<br>Hipertensión leve<br>Excitación<br>Hipertermia<br>Alucinaciones<br>Retención urinaria | Sudoración<br>Midriasis<br>Taquicardia<br>Hipertensión leve<br>Excitación<br>Hipertermia<br>Temblor<br>Náuseas y vómitos | Sudoración<br>Midriasis<br>Taquicardia<br>Hipertensión leve<br>Excitación<br>Hipertermia<br>Alucinaciones visuales<br>Náuseas y vómitos |

**Peligros para la salud**

**MARIHUANA**

- Muerte por inhalantes suele ser causada por una concentración de vapores muy elevada. La inhalación deliberada a partir de un papel pegado o una bolsa plástica o en un espacio cerrado aumenta mucho las posibilidades de asfixia. Aún cuando los productos volátiles o en aerosol se usen con fines legítimos (como pintura y limpieza), conviene hacerlo en lugares bien ventilados o al aire libre.

## **Generalidades**

Los alucinógenos son aquellas sustancias que producen distorsión subjetiva de la realidad que resulta en la percepción de cosas que realmente no existen. También se usan sinónimos como psicodélicos, psicodislépticos o ilusógenos, ya que en realidad lo que producen es una distorsión perceptiva y marcada alteración del proceso del pensamiento.

Derivado sintético del alcaloide ácido lisérgico producido por el hongo *claviceps purpúrea* que parasita el centeno (cornezuelo del centeno). Es el más potente de los alucinógenos se comenzó a usar en la década de los años 60, con la expectativa de explorar el “espacio interno” y obtener una “realidad alternativa”.

## **INHALANTES**

Actúa como agonista de receptores serotoninérgicos 5HT-2, 5HT-1a, 1c, 1d y agonista de

No produce dependencia, ni síndrome de abstinencia. Produce tolerancia con rapidez y el fenómeno de tolerancia crónica (es necesario administrar dosis crecientes para alcanzar los mismos efectos, pero este efecto no revierte con la abstinencia).

Las primeras experiencias suelen vivirse de forma especialmente intensa, pero en posteriores ocasiones es difícil alcanzar este efecto (fenómeno de «pérdida de la magia»).

### **Exámenes complementarios**

CPK. Electrocardiograma.

### **Tratamiento**

- Medidas generales de sostén
- Medidas específicas

Agitación y alucinaciones

Diazepam. Dosis: adultos: 5 a 10 mg EV/vía oral; niños: 0.1 mg/kg EV.

Lorazepam. Dosis: adultos: 2 a 4 mg IM/EV; niños: 0.05 a 0.1 mg/kg/día.

Repetir dosis de benzodiazepinas si es necesario.

Si no hay respuesta a las benzodiazepinas, se puede administrar haloperidol, 5 a 10 mg IM/EV/vía oral. NO USAR fenotiazinas.

Hidratación parenteral.

Rabdomiólisis. Mantener una buena hidratación y un buen ritmo diurético.

Reposo en lugar tranquilo, con baja luz y mínimos estímulos.

Fue usado como anestésico, pero se suspendió su uso en el año 1963 por sus efectos adversos alucinógenos. Vida media 24 horas. Es agonista de los receptores opioides sigma (disforia) y antagoniza los receptores glutamatérgicos-NMDA (sedación).

### **Signos y síntomas**



Nistagmus, hipertensión, alucinaciones, disforia, agitación, rigidez muscular, hipertermia,

metabolito de la nicotina. Aunque no es un marcador de uso habitual, su cuantificación se puede utilizar como indicador de consumo de tabaco y de abstinencia. La medición de monóxido de carbono en aire espirado se ha utilizado, además, como medio de refuerzo positivo a la hora de dejar de fumar, puesto que ya en los primeros días se produce una normalización de los valores obtenidos y esto ayuda a las personas que están intentando dejar de fumar.

*Interacciones:* algunos fármacos de uso habitual (teofilina, heparina, haloperidol, risperidona, betabloqueantes, etc.) ven afectado su metabolismo de forma clínicamente significativa en personas fumadoras. La asociación de tabaquismo y anticoncepción oral aumenta el riesgo de infarto de miocardio o enfermedad tromboembólica en la mujer.

**Formas y vías de administración**

**ALUCINÓGENOS**

La más habitual es la fumada (cigarrillos, puros, pipa, etc.), menos frecuente es el uso intranasal (rapé) u oral.

**Efectos**

- Buscados: estimulación/depresión leve del sistema nervioso central. Efecto euforizante/ansiolítico.
- Adversos:

**Clasificación**

| Sintéticos                                                                                                                  | Plantas                                                                                                                                                                                                                                             | Hongos                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LSD<br>Extasis (MDMA)<br>Mescalina<br>Ketamina<br>Fenciclidina (PCP)<br>Antiparkinsonianos:<br>(Biperideno-Trihexifenidilo) | Floripondio<br>( <i>Datura stramonium</i> )<br>Belladona<br>( <i>Atropa belladonna</i> )<br>Marihuana ( <i>Cannabis sativa</i> )<br>Nuez moscada<br>( <i>Myristica fragans</i> )<br>Dama de noche<br>( <i>Ipomoea violacea</i> )<br>Peyote – Cactus | <i>Amanita muscaria</i><br><i>Amanita pantherina</i><br><i>Psilocybe</i><br><i>Inocybe fastigiata</i> |

**Alternativas terapéuticas**

La terapia sustitutiva con nicotina (habitualmente en forma de chicles, aunque también disponible en parches o spray) busca reducir los síntomas de abstinencia que se producen al dejar de fumar.

## **ÁCIDO LISÉRGICO (LSD)**

El bupropión también ha demostrado eficacia a largo plazo en la deshabituación tabáquica. Es un antidepresivo inhibidor de la recaptación de la dopamina y noradrenalina. Se presenta

## ÉXTASIS (MDMA)



**FENCICLIDINA (PCP ó Polvo de ángel)**

**KETAMINA**

**FLORIPONDIO (*Datura arborea*)**

**ANTIPARKINSONIANOS**

**TRIHEXIFENIDILO (Artane) – BIPERIDENO (Akinetón)**







## AUDIT

### Cuestionario de Auto-diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol

Las siguientes preguntas se le formulan para que usted conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia, pasa desapercibido. Se trata del consumo de alcohol. Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol.

Hoy existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su contrario, su vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá. Lo puede mostrar hoy o más adelante, según estime conveniente. Si sus respuestas muestran que usted se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre, más una sesión de "consejería" de buena salud en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos:

- a) Confirmar que usted bebe alcohol con responsabilidad.
- b) Incorporarse al **"Programa de prevención de riesgos"**.
- c) Incorporarse a un programa de tratamiento.
- c) Incorporarse a la interconsulta a un especialista.

**Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.**

Antes tenga presente lo siguiente:

**Coloque una X en el casillero que corresponda a su respuesta.**  
**Luego, el profesional que lo atenderá sumará los puntos y se lo comunicará.**

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:

1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc)

1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.)

1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.

- Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", "curado", "pasado".

## TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?

- (0) Nunca
- (1) 1 o menos veces al mes
- (2) 2 o 4 veces al mes
- (3) 2 o 3 veces a la semana
- (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día típico en el que ha bebido?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año

Puntuación: se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.

Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993; 88: 791-804. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

## **SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:**

**De 0 a 7:** ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

**De 8 a 15:** ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.

**De 16 a 19:** ud. parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.

**De 20 y más:** definitivamente Ud. necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Usted ha sido franco con sí mismo. Ahora puede decidir presentar o no, sus respuestas al profesional que lo atenderá.

## **Instrucciones para el uso del Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos con Uso de Alcohol**

### **a) Administración**

A objeto de aprovechar al máximo los tiempos de los consultantes, pacientes y de los equipos de atención, se utilizará un cuestionario breve, de comprensión fácil, que puede ser llenado durante el período de espera de la consulta. Se ofrecerá el formulario del cuestionario a todo consultante, hombre o mujer, adolescente, adulto y adulto mayor, que demande atención por cualquier motivo de consulta.

Se le solicitará que lo lea, medite y llene en su totalidad, en forma personal y se le proporcionará ayuda si la requiere. Los datos que llene serán estrictamente personales y sólo el profesional que lo atenderá le solicitará examinarlo en conjunto y en forma voluntaria. En algunos casos será necesario ayudar a su correcta comprensión, llenado y/o cómputo. En todo caso, es importante que éste último, sea comprobado por el profesional tratante.

Si el consultante lo prefiere o el profesional que lo atiende lo estima necesario, el cuestionario puede ser administrado durante la consulta.

Siempre se aconsejará que las respuestas sean presentadas al profesional tratante, durante la atención. Sin embargo, se respetará la voluntad del consultante respecto a ello.

El cuestionario está construido para que sea llevado por el consultante a su domicilio, si lo prefiere, de modo de constituirse en un instrumento educativo más amplio. En este caso, el puntaje obtenido deberá ser registrado en la historia clínica.

**Nota práctica:** se requiere de una provisión fluida de los cuestionarios correspondientes (una sola hoja), facilitar lápices a quienes no lo tienen, favorecer un ambiente de cierta privacidad que permita la reflexión necesaria y un registro individual.

## **b) Orientaciones para el análisis conjunto de los resultados del cuestionario.**

Durante la consulta de morbilidad o de control, la atención del paciente se enriquece con la consideración que el profesional tratante hace al Cuestionario de Autodiagnóstico que aquel ha respondido.

Un primer aspecto se juega en la estructura del diálogo que el profesional establece. Habitualmente, la consulta de APS utiliza un diálogo directo, conciso y dirigido a metas (diagnóstico e indicación de tratamiento o conducta a seguir). En este caso y en esta sección de la consulta de APS, en la que se evalúa el resultado del cuestionario, el diálogo debe ser más bien abierto e invitante, pues el objetivo primordial es la detección del riesgo inicial, que no requerirá de una intervención propiamente terapéutica, sino más bien preventiva.

- El profesional pregunta si ha podido responder el Cuestionario de Autodiagnóstico.
- Ofrece revisar el puntaje obtenido y analizar en conjunto los resultados.
- Realiza o revisa el cómputo obtenido e informa de sus resultados al paciente, poniendo especial énfasis en que se trata de una información para que él decida.
- Si a partir del cuestionario y, en particular, de la atención de salud que el profesional realiza, se concluye que existe un trastorno por consumo, una complicación médica o psiquiátrica, se informa igualmente y en este caso, se indican los exámenes, tratamientos y referencias que corresponda.

El cuestionario tiene una estructura que permite apreciar tres niveles de puntaje y de significación para el tamizaje o screening.

### **Puntuaciones:**

**De 0 a 7:** Orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

**De 8 a 15:** Orienta hacia consumo en riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención breve o consejería.

**De 16 a 19:** orienta a un beber problema. De acuerdo a hallazgos de la entrevista y examen médico se debe discriminar si corresponde indicar intervención breve y consejería y ver evolución (si disminuye su consumo o suprime) o derivar a centro especializado de segundo nivel.

**20 y más:** orienta fuertemente hacia un beber problema con mayor grado de compromiso o severidad o de dependencia. Se debe discriminar de acuerdo a hallazgos de la entrevista y examen médico si corresponde indicar intervención breve y consejería y ver evolución (si disminuye su consumo o suprime) o derivar a centro especializado de segundo nivel.

En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad.

Si el puntaje es incierto o dudoso, es conveniente revisar los indicadores de valor más determinante en el cuestionario:

- Preguntas 2 o 3: Puntajes iguales y en particular mayores que 1, indican consumo en nivel de riesgo.
- Preguntas 4 a 6: Puntajes de 1 y más en cualquiera de ellas indica presencia o inicio de una dependencia al alcohol.
- Preguntas 7 a 10: Indica que se están presentando problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol.
- Preguntas 9 y 10: Pueden mostrar evidencias de problemas pasados (no en el último año). Incluso si no hay consumo actual, son antecedentes para un mayor grado de apoyo y controles del consultante.
- Luego el profesional conduce la entrevista inicial y el examen físico, de modo de apreciar el estado de salud física, en relación con el motivo de consulta y de las consecuencias potenciales del consumo de la sustancia psicoactiva de que se trate.
- Alcanzará asimismo, una primera impresión del estado de salud mental del consultante, a partir del diálogo y la observación de su comportamiento, apariencia y lenguaje.
- Si lo anterior no resulta claro o suficiente, para que el profesional tratante llegue a una conclusión, puede citar al consultante nuevamente y/o solicitar interconsulta con profesional de salud mental o especialista, y/o derivar a profesional de salud mental.

### **Información referencial sobre el cuestionario**

Nombre: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Publicación oficial: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias// Generalitat Valenciana Conselleria de Bienestar Social. Autores: Thomas F. Babor; John C. Higgins-Biddle; John B. Saunders; Maristela G. Monteiro. WHO/MSB/01.6 a 2001.

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad, y las diferentes culturas”.

Se trata de un “test de screening” diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la Atención Primaria, que presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: validado en pacientes de atención primaria en seis países. Es el único test de screening validado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo en riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.
- Breve, rápido y flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Consistente con las definiciones de la CIE – 10 de dependencia y consumo perjudicial de alcohol.
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

Su elaboración fue solicitada en 1982 por la OMS a un grupo internacional de investigadores, quienes realizaron un estudio en seis países para seleccionar los ítems de otros test de screening (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México, y EEUU).

La validez, sensibilidad, especificidad de cada uno de los ítems fueron estudiados y calculados según múltiples criterios. Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8.

Luego de su publicación primera en el año 1993, el AUDIT ha sido validado adicionalmente en muchos lugares, países y culturas. Luego de estudios sobre confiabilidad interna que demostraron una alta consistencia interna, el AUDIT ha sido utilizado con éxito para estudios de prevalencia en poblaciones clínicas y general.



## ESCALA DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL

| VARIABLES<br>BIOPSICOSOCIALES                                          | GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL                                         |                                                                                  |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                        | Leve                                                                       | Moderado                                                                         | Severo                                                                                                                        |
| Tipo de sustancia,<br>vía de administración<br>y frecuencia de consumo | - Una sola sustancia<br>- En forma esporádica<br>- Vía oral o respiratoria | - 2 o más sustancias<br>- Semanal o fin de semana<br>- Vía oral y/o respiratoria | - 2 o más sustancias<br>- Consumo en la semana<br>y fines de semana, con<br>crisis de ingestión<br>- Se agrega vía inyectable |
| Síndrome de abstinencia                                                | Ausente                                                                    | Con molestias que puede<br>controlar                                             | Requiere de ayuda para<br>tolerar las molestias                                                                               |
| Patología psiquiátrica                                                 | Descartada                                                                 | Trastorno psiquiátrico<br>leve a moderado                                        | Con trastorno psiquiátrico<br>severo                                                                                          |
| Percepción molestias<br>físicas asociadas                              | Leves o ausentes                                                           | Presentes, pero no<br>limitantes                                                 | Presentes y limitantes                                                                                                        |
| Contexto del motivo<br>de consulta                                     | Voluntario                                                                 | Condicionado por familia<br>u otros                                              | Obligado por demanda<br>judicial                                                                                              |
| Motivación al cambio                                                   | Convincente en su<br>propósito de iniciar<br>un proceso de cambio          | Ambivalente y<br>contradictoria<br>(etapa de contemplación)                      | Muy contradictoria, débil<br>o ausente (etapa pre<br>contemplativa)                                                           |
| Tratamientos anteriores                                                | Ninguno                                                                    | 1 ó 3                                                                            | Más de tres                                                                                                                   |
| Intentos de abstinencia<br>sin tratamiento                             | 6 o más meses en<br>los últimos 3 años                                     | 1 a 5 meses en los<br>últimos 3 años                                             | Sin ningún periodo de<br>abstinencia                                                                                          |
| Percepción de auto eficacia                                            | Auto percepción de<br>obtención de logros<br>en resolución de<br>problemas | Auto percepción:<br>bajo control del medio y<br>conducta de consumo              | Auto percepción de muy<br>bajo control del medio o<br>absoluta ineficacia en el<br>control del consumo                        |
| Actividades laborales<br>o académicas                                  | Mantiene su trabajo<br>o estudio                                           | Ha discontinuado su<br>actividad o asiste en<br>forma intermitente               | Despidos o abandono<br>de actividades,<br>interrupción de estudios                                                            |
| Consumo y/o tráfico<br>en otros familiares                             | Descartados ambos                                                          | Presente el consumo,<br>sin tráfico                                              | Presente ambos, en uno<br>o más de sus miembros                                                                               |
| Problemas judiciales<br>asociados                                      | Sin detenciones o<br>demandas                                              | Detenciones por porte<br>de sustancias                                           | Detenciones por porte,<br>consumo más actos<br>delictuales                                                                    |
| Red de apoyo familiar<br>y social                                      | Presencia red<br>de apoyo                                                  | Precariedad red de<br>apoyo, dispuestas con<br>reparo                            | Ausente con gran<br>conflicto relacional                                                                                      |
| Red de apoyo familiar y social                                         | Presencia red<br>de apoyo                                                  | Precariedad red de apoyo,<br>dispuestas con reparo                               | Ausente con gran conflicto<br>relacional                                                                                      |

Esta tabla ha sido utilizada en clínica extensamente y su utilidad es satisfactoria, sin embargo, no ha sido sometida a una evaluación y validación formal. La sugerencia para su ponderación es que si existe una proporción igual o mayor que el 50 % de las variables presentes (6 o más) en una determinada categoría (columna), concluir que ese es el nivel de compromiso bio-psico-social del consultante.

**FORMULARIO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES  
A LOS CENTROS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES EN ADICCIONES (CPAA)**

INSTITUCIÓN Y/O PROFESIONAL QUE DERIVA: .....

FECHA DE DERIVACIÓN: .....

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: .....

Fecha de Nacimiento... ..

Edad .....D.N.I.: .....

Domicilio:.....

Tel.....Móvil.....

Obra .Social.: NO ☐ SI ☐

¿Cuál?.....

- En caso de contar con Obra Social, por ley Nacional 24455 de obras sociales, corresponde derivación a la misma para que asuma el tratamiento.

**MOTIVO DE CONSULTA Y/O DERIVACIÓN:**

.....

.....

.....

.....

.....

**TIPO DE SUSTANCIAS** (Marque con una X)      **FRECUENCIA** (Valor numérico según consumo)

|  | SUSTANCIA     | DIARIO | SEMANAL | MENSUAL |
|--|---------------|--------|---------|---------|
|  | ALCOHOL       |        |         |         |
|  | MARIHUANA     |        |         |         |
|  | COCAÍNA       |        |         |         |
|  | PSICOFÁRMACOS |        |         |         |
|  | INHALANTES    |        |         |         |
|  | OTRAS         |        |         |         |

#### DIAGNÓSTICO DE CONSUMO (Marque con una cruz)

☐ EXPERIMENTADOR (consumió una vez una sustancia)

☐ USO (consumo de una sustancia sin efectos médicos, sociales o familiares)

- En estos dos primeros casos no corresponde derivación a CPAA, sino que corresponde a efectores de Salud Mental en Gral. (Infanto Juveniles, Centros de Salud, Hospitales).

☐ ABUSO (consumo recurrente con incumplimiento de obligaciones: trabajo, escuela, problemas familiares, problemas legales)

☐ DEPENDENCIA (consumo de una sustancia con un deterioro expresados en: tolerancia, abstinencia, deseo persistente, actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, reducción de actividades sociales)

- Abuso y Dependencia: Derivación a CPAA georeferenciados en la provincia

**MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO** SI ☐ NO ☐

**INFORMACIÓN ADICIONAL** (Opcional)

**ANTECEDENTES CLÍNICOS:**

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS** (Patología de base - medicación) INCLUSIÓN SOCIAL

**ACOMPañANTES DURANTE EL PROCESO**

| NOMBRE Y APELLIDO | VíNCULO | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|-------------------|---------|-----------|----------|
|                   |         |           |          |
|                   |         |           |          |
|                   |         |           |          |

**INCLUSIÓN SOCIAL**

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| Escolaridad | Actividades recreativas y culturales |
| Trabajo     | Otras                                |

**ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS** (Institucionales o legales)

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional Derivador



## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



**Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza**

### **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL**

Director: Dr. Alberto Navarro  
Tel: 4290164  
Dirección: Morón 332 (Ciudad)

### **PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES**

Director: Lic. Mauricio Vezzoni  
Dpto. Capacitación y Prevención:  
Lic. Emiliano Barrera  
Dpto. Asistencia: Lic. Marcelo Briccola

### **Observatorio Mendocino de Drogas:**

Javier Segura  
Tel: 4240653  
Dirección: Tierra del Fuego 367 (Ciudad)  
E-mail:  
ppaasistenciasalud@mendoza.gov.ar

### **Organismo Público Nacional**

#### **SEDRONAR**

Tel: 0800-222-1133 (24 horas)

### **Crisis Agudas**

### **SERVICIO COORDINADO DE EMERGENCIAS**

### **Crisis Agudas**

Tel: 911

### **HOSPITAL PEREYRA**

Perfil: jóvenes desde 17 años

Director: Dra. Emma Pous.  
Referente: Dra. Graciela Villegas  
Tel: 4129100 / 07  
Dirección: Ituzaingó 2835

### **HOSPITAL EL SAUCE**

Perfil: jóvenes desde 18 años  
Excepción: jóvenes de 17 años en  
compañía de un adulto  
Directora: Dra. Gorra  
Referente: Dr. J. J. Vilapriño, Dr. M.  
Motuca  
Tel: 4511417 / 4511151

### **HOSPITAL HUMBERTO NOTTI**

Perfil: niños - adolescentes hasta 16 años  
Tel: 4450045

### **TOXICOLOGÍA**

Tel: 4282020

### **Instituciones Ministeriales Públicas de Tratamiento (Dependientes del Plan Provincial de Adicciones – Dir Gral Salud Mental)**

### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL GODOY CRUZ**

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos.  
Abordaje: tratamiento ambulatorio  
Referente: Lic. Carina Stehlick  
Tel: 4228633 / 0800 333 4884  
Dirección: Salvador Arias 1072 (Godoy  
Cruz)

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza

### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL LAS HERAS**

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio  
Referente: Lic. Alicia Bataglia  
Tel: 4486011  
Dirección: Dorrego 63 (Las Heras)

### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL MALARGÜE**

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio  
Referente: Lic. Verónica Bejarano  
Tel: (02627) 470996

### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL ZONA ESTE**

Perfil: desde los 14 años, ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio  
Referentes: Dra. Saiguen Del Canto  
Tel: (02623) 428214/992 int. 230.  
Cel. 15654829.  
Dirección: Gutiérrez 42 (San Martín)

### **SERVICIO PREVENTIVO ASISTENCIAL SAN RAFAEL**

Hospital Schestakow  
Perfil: desde los 14 años, ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio  
Atención: Lunes y martes de 12:00 a 16:00 hs. - Jueves de 9:00 a 13:00 hs.  
Tel: (02627) 422580 / 425497 / 424290  
Dirección: Comandante Torres 170 (San Rafael)

### **PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES**

#### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL Y CENTRO DE DÍA**

A. Tejada Gómez - CAPITAL  
Perfil: ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio (de 14 años en adelante) - centro de día (de 16 a 21 años)  
Referente: Lic. Gustavo Moreno  
Tel: 4292081  
Dirección: Pasaje P. Vargas 598 (Ciudad)

#### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL GRAL. ALVEAR**

Perfil: ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio (de 14 años en adelante)  
Referente: Lic. María Rosa Cabrera  
Tel: (02625) 427500 (Desarrollo Social)  
Dirección: Mitre 76 (G. Alvear).

#### **SERVICIO DE ADICCIONES LUJÁN**

Abordaje: ambulatorio  
Atención: martes de 9:00 a 10:30 hs.  
Referente: Dra. Graciela Parra  
Dirección: Serpa 200 (Luján)

#### **CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES D.I.N.A.F.**

Abordaje: ambulatorio. Solo medidas excepcionales.  
Referente: Dr. Eduardo Kotlik.

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza

Tel: 4272000 int.217  
Dirección: Armani 1800 (Godoy Cruz)

### **CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES**

#### **Áreas de Adicciones Municipales**

##### **ÁREA DE ADICCIONES - MUNICIPALIDAD DE GUAYMALLÉN**

Abordaje: tratamiento ambulatorio  
Referente: Dr. Julio Rojas. Estela Rosas  
Atención: lunes a viernes de 8:00 a  
14:00hs.  
Tel. 4498288  
Dirección: Libertad 720. (Guaymallén)

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL GODOY CRUZ**

Abordaje: Ambulatorio  
Perfil: Niños y Adolescentes  
Director: Lic. Carlos Macció  
Dirección: Mármol y Derqui – G. Cruz  
Teléfono: 43133239  
E-mail: saludmental@godoycruz.gov.ar

##### **CENTRO DE SALUD MENTAL N° 17 (MAIPÚ)**

Abordaje: ambulatorio  
Atención: Lunes a Viernes 8:00 a  
12:00hs  
Perfil: niños y jóvenes hasta 17 años  
Referente: Dr. Genco  
Dirección: Parque Metropolitano



## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



**Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza**

### **CENTRO INFANTO JUVENIL DE SAN RAFAEL N° 7**

Perfil: ambos sexos, hasta 14 años.  
Abordaje: ambulatorio  
Referente: Lic. Silvina Roca  
Teléfono: 156883791

### **Abordaje del Alcoholismo**

Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA)  
Abordaje grupal a la problemática de alcoholismo (Profesionalizado)  
[www.gia.org.ar](http://www.gia.org.ar)

### **Godoy Cruz**

#### **Hospital Lencinas**

Abordaje: ambulatorio  
Referente: Dra. Cristina Padilla  
Atención: viernes de 12:30 a 16:00 hs.  
Tel. 4272600 Fax 4272557  
Dirección: Talcahuano s/n

### **Capital**

#### **Hospital Pereyra**

Abordaje: ambulatorio  
Referente: Lic. Gabriel Vázquez  
Atención: jueves a las 16:00 hs.  
Tel: 4129100  
Dirección: Itzaingó 2835

#### **Hospital Lagomaggiore Abordaje: ambulatorio**

Referentes: Lic. Carolina Jara, Dra. Iris

Agüero y Victoria Correa  
Atención: miércoles de 15:00 a 17:00 hs.  
Tel: 4259700 / 4134718  
Dirección: Timoteo Gordillo s/n

### **San Rafael**

#### **Hospital Schestakow**

##### **Abordaje: ambulatorio**

Atención: lunes y jueves de 17:30 a 19:00 hs. Sábados de 10:30 a 12:00 hs.  
Referentes: Dr. Rafael Ruiz Luque, Graciela Bavaresco  
Tel. (02627) 422580 / 425497 / 424290 int. 234  
Dirección: Comandante Torres 170

### **Maipú**

#### **Hospital Diego Paroissien**

Abordaje: ambulatorio  
Referentes: Dr. A. Romani y Lic. G. Indovino  
Atención: lunes 18:30 a 20:30 hs. y jueves 10:30 a 12:30 hs.  
Tel: 4972277 / 278 / 459 / 4977983  
Dirección: Presidente Sarmiento y Godoy Cruz

### **San Martín**

#### **Hospital Perrupato**

Abordaje: ambulatorio  
Referente: Ana María Díaz  
Atención: lunes y miércoles de 20:00 a 21:30 hs.  
Tel: (02623) 422195 / 420158 /

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza

15565879

Dirección: Almirante Brown s/n

### **Rivadavia**

#### **Hospital Saporiti**

Abordaje: ambulatorio

Referente: Dra. De la Motta

Atención: jueves de 19:30 a 21:00 hs.

Tel: (02623) 442150 int. 345 / 442253

Dirección: Lamadrid 629

### **La Paz**

#### **Hospital Arturo Illia**

Abordaje: ambulatorio

Referente: Dra. Elsa Sosa

Atención: miércoles 16:00 a 17:30 hs.

Tel: (02626) 421079

Dirección: Caligniana s/n

### **Luján**

#### **Centro de Salud N° 31**

Abordaje: Ambulatorio

Atención: Martes de 9:00 a 10:30 hs.

Referentes: Dra. Maria Cristina

Corvalán, Lic. María Laura García y Dra.

Parra

Tel: 4-980709

Dirección: Serpa y Rep. Del Libano

#### **Centro de Salud N° 34**

#### **Ugarteche**

Abordaje: ambulatorio

Referente: Gladys Develi

Tel: 156529243

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza

sábado y domingo 19:30 hs.  
Dirección: San Miguel 550 – Las Heras

### **ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS RODEO DE LA CRUZ**

Perfil: grupo de autoayuda  
Abordaje: ambulatorio  
Atención: martes, jueves y sábado  
20:30 hs.  
Dirección: Bandera de los Andes 9491

### **Instituciones Privadas de Prevención y Asistencia en Adicciones. (Convenio con Plan Provincial de Adicciones)**

#### **CONEXIÓN**

Perfil: jóvenes y adultos, ambos sexos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio y  
centro de día  
Referente: Lic. Juan Carlos Mussuto  
Tel: 4306478  
Dirección: Sargento Cabral 1259 (Las  
Heras)

#### **CABLE A TIERRA**

Perfil: jóvenes y adultos, ambos sexos en  
ambulatorio y centro de día. Internación  
para varones, jóvenes y adultos  
Abordaje: tratamiento ambulatorio -  
centro de día - internación  
Presidente: Dra. Nilda Astorga  
Referente: Lic. Diana Calderón  
Tel. Internación y Centro de Día:  
4965523

Dirección Internación y Centro de Día:  
San Martín 6919, Carrodilla (Luján)  
Tel. Ambulatorio: 4298894  
Dirección Ambulatorio: Cayetano Silva  
2690 (Capital)

### **(Sin convenio con el Plan Provincial de Adicciones)**

#### **AEA**

Abordaje: tratamiento ambulatorio, 11  
años en adelante  
Referente: Lic. Gustavo Bioriza  
Tel: 4247615  
Dirección: 25 de Mayo 38. Cdad.

#### **FAyPAD (Padres preventores)**

Referente: Carlos Trujillo  
Personería Jurídica 1.548  
Tel: 156213633

#### **Tratamiento de Ludopatía**

#### **PROGRAMA JUEGO RESPONSABLE**

Abordaje: línea de ayuda para personas  
con problemáticas de juego  
Atención: viernes de 13:00 a 17:00 hs.  
(en las instalaciones del C.P.A.A. Tejada  
Gómez)  
Tel: 0800-222-2481

#### **JUGADORES ANÓNIMOS**

Perfil: grupos de autoayuda

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza

Abordaje: ambulatorio

Atención: lunes, miércoles y viernes de  
20:30 a 22:30 hs.

Línea Vida: 156675425

Dirección: Peltier 611 "Auditorio Ángel  
Bustelo"

E-mail: ja-mza@hotmail.com

### PUEBLO NUEVO

#### **PROGRAMAS ANTITABÁQUICO**

##### **PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR DAMSU**

Abordaje: ambulatorio

Referente: Roxana Jalef.

Atención: lunes a viernes 8:00 a  
13:00 hs.

Tel: 4135000 int. 3202

Universidad Nacional de Cuyo

##### **CENTRO DE CESACIÓN TABÁQUICA HOSPITAL LENCINAS**

Abordaje: ambulatorio

Referente: Ramón Alchapar

Atención: 14:00 a 20:00 hs.

Tel: 0800-222-4270

##### **PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR OSEP**

Abordaje: ambulatorio

Referente: M. Eugenia Lertula.

Tel: 0810-333-1033 opción 2

Tel. Gran Mendoza: 4417827

Tel. Zona Sur: (02627) 425197 / 431269

##### **CENTRO DE APOYO PARA JÓVENES**

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



**Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza**

## PLAN PROVINCIAL DE ADICCIONES



**Ministerio de Salud  
Gobierno de Mendoza**



[www.unaime.com.ar](http://www.unaime.com.ar)

Plan Provincial de Adicciones



Dirección General de  
**Salud Mental**  
MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO DE MENDOZA



Organización de los  
Estados Americanos

# EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

# EN LAS AMÉRICAS

ORGANIZACIÓN  
DE LOS ESTADOS  
AMERICANOS

SECRETARÍA  
GENERAL

2013





Organización de los  
Estados Americanos

---

**Secretario General**  
**José Miguel Insulza**

---

**Secretario de Seguridad Multidimensional**  
**Adam Blackwell**

**Secretario Ejecutivo de la CICAD**  
**Paul Simons**

---

**Editores**  
**Alvaro Briones**  
**Francisco Cumsille**  
**Adriana Henao**  
**Bryce Pardo**

**Diseño Gráfico**  
**Alejandro Ahumada**

All rights reserved  
Todos los derechos reservados

OAS Cataloging-in-Publication Data

Insulza, José Miguel.  
El problema de las drogas en las Américas.

p. ; cm. (OEA documentos oficiales)  
ISBN 978-0-8270-5988-7

1. Drug abuse--America. 2. Drug control--America. 3. Drug traffic--America. 4. Drug addiction--America.  
I. Organization of American States. Secretary General.

OEA/Ser.D/XXV.4

# **EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN LAS AMÉRICAS**

Organización de los Estados Americanos  
Secretaría General



# INTRODUCCIÓN

---

En los últimos dos años el debate hemisférico sobre las políticas de drogas se ha hecho mucho más activo e intenso. Parece haber una actitud más abierta a entablar un diálogo acerca de las actuales políticas y, en algunos sectores, una disposición a experimentar enfoques no tradicionales hacia el tema.

Los intensos niveles de violencia asociados al narcotráfico –especialmente en países afectados por la producción, tránsito y tráfico de drogas ilegales– han sido el factor principal de alarma que ha llevado a las autoridades del más alto nivel a involucrarse de manera más activa en este debate. Otros factores determinantes de esta nueva actitud han sido los cambios en los patrones de consumo de drogas en el Hemisferio, la mayor prevalencia de este consumo, la violencia que afecta a los grupos más vulnerables de la sociedad y la demanda creciente de servicios de salud para el tratamiento de las adicciones.

Líderes hemisféricos, ex Jefes de Estado, académicos y representantes de la sociedad civil, preocupados por el impacto de la violencia relacionada con las drogas y el continuo flujo de drogas en la región, han promovido la adopción de políticas orientadas a reducir la importancia de la justicia penal en el control de éstas. Informes emanados de grupos de alto nivel como la Comisión Global sobre Políticas de Drogas, al enfatizar la necesidad de reducir los daños a la salud, la seguridad y el bienestar de los individuos y la sociedad, favorecen la óptica de tratar el consumo de drogas como una cuestión de salud pública, de reducir el consumo con campañas de prevención basadas en la evidencia y de alentar la experimentación con modelos de regulación legal de ciertas drogas, entre otras recomendaciones.

Sin embargo, al mismo tiempo se escuchan otras voces que plantean que es prematuro dar por fracasados los enfoques actuales sobre el tema. Sin dejar de reconocer que ha habido deficiencias en su aplicación, estos planteamientos sostienen que los países están comenzando a implementar a nivel nacional políticas consistentes con la “Estrategia Hemisférica de Drogas” y su “Plan de Acción 2011 – 2015”, adoptados en 2011 por los Estados miembros de la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos. Esta Estrategia plantea un enfoque integrado y balanceado para la elaboración de políticas de drogas, que enfatiza la reducción de la oferta y la demanda poniendo atención especial a medidas de control y cooperación internacional de manera consistente con las Convenciones de las Naciones Unidas sobre la materia.

Existen puntos de consenso entre ambos tipos de planteamientos: los dos coinciden en reconocer que la dependencia de drogas es una enfermedad crónica (o recurrente) que requiere la respuesta de un tratamiento de salud pública; coinciden, igualmente, en la necesidad de promover el control de drogas sobre la base de evidencia e incorporando los temas de género y la participación de la sociedad civil en la definición de las políticas. De igual manera ambos se concen-

tran en la dimensión humana del problema al no caracterizar al consumidor de drogas como objeto del sistema de justicia penal exclusivamente y al promover alternativas al encarcelamiento de personas dependientes de drogas que hayan cometido delitos.

En la medida que avanza el debate es posible advertir, empero, que no obstante el interés internacional que suscita el problema y de todos los recursos que se han destinado a su análisis, es poco lo que sabemos acerca de lo que funciona bien y cómo utilizar buenas prácticas que no sólo son conocidas sino que están disponibles para uso o réplica.

Contamos con muchos buenos ejemplos de ello. Se trata de iniciativas que permiten enriquecer el diálogo y que pueden inspirar a cada país a entender cómo se pueden enfrentar con éxito los diferentes desafíos de las drogas de acuerdo a su propio contexto y sus características económicas, políticas y sociales. Se puede citar, por ejemplo, la recuperación de la presencia de Estado en áreas rurales y corredores de drogas en Colombia; los casos de la policía con orientación comunitaria en Nicaragua y Brasil; el desarrollo alternativo como en el caso del Modelo San Martín en el Perú; la despenalización de la tenencia para consumo personal en muchos países (que no ha incrementado el consumo y ha reducido la carga sobre los consumidores y el sistema judicial); las innovaciones en la jurisdicción penal y la prevención de sobredosis en Estados Unidos; el intercambio de agujas y otros programas de reducción de daños para evitar el uso inseguro y la transmisión del VIH en Canadá; el control social para contener el cultivo de la coca en Bolivia; el desarrollo de Normas Internacionales para la Prevención del Consumo de Drogas por parte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; y la construcción de instituciones fuertes para promover la salud en Chile y Costa Rica.

Adicionalmente, hemos logrado un mejor entendimiento de muchos factores relacionados con la iniciación y consumo continuo de drogas, así como un mayor conocimiento científico sobre los factores de riesgo que contribuyen a explicar por qué una minoría de usuarios eventualmente desarrolla un consumo problemático. También entendemos mejor el contexto y las normas sociales en las que es más probable que la dependencia se desarrolle y genere daños a las personas y en la comunidad en general.

Sabemos, además, que los patrones de consumo se están modificando. Por ejemplo, el consumo de la cocaína está incrementándose en el Cono Sur y disminuyendo en los Estados Unidos, en donde el consumo de cannabis está aumentando y el uso indebido de las drogas farmacéuticas legales se ha convertido en la preocupación principal. Sobre Estados Unidos se puede agregar que si bien el consumo de cannabis permanece ilegal en la mayor parte de este país, se percibe un cambio en la opinión pública, que se tradujo en el voto de 2012 para legalizar esta sustancia en dos estados y que se expresa también en que la mayoría de los ciudadanos apoya su legalización y regulación. No ocurre lo mismo con la opinión pública de la mayoría de los otros países del hemisferio.

La creciente preocupación sobre el tema de los medios de comunicación en muchos países, incluyendo los medios sociales, da cuenta de un mundo mucho más consciente de la violencia y del sufrimiento relacionado con el problema de las drogas. Existe un mayor conocimiento de los costos humanos y sociales no solo del consumo sino también de la producción y del tránsito de sustancias controladas. El mundo es consciente, además, de la enorme estructura económica ilícita promovida por las ganancias del negocio ilegal de las drogas. Un negocio y unas ganancias que distorsionan las economías, enriquecen y empoderan al crimen organizado y generan corrupción en el sector público.

Parte de esa preocupación se vuelca también sobre los costos económicos y sociales de las leyes y políticas promulgadas para controlar las drogas. Se señala que las inversiones destinadas a expandir las capacidades policiales, judiciales y penales desarrolladas a ese efecto pueden ir en detrimento de las inversiones en salud, educación y otros bienes sociales.

Este último tipo de reclamos cobra mayor vigor cuando se constata que las formas en que el problema de las drogas afecta a nuestros países es diversa y por lo tanto son también diversas las formas de reaccionar a él y los efectos que esas reacciones puedan tener. A nivel interno, algunos países afrontan tendencias relativamente altas de consumo de drogas ilícitas y sus consecuentes problemas relacionados con aspectos como la salud pública y la criminalidad. Otros países no son consumidores principales de sustancias controladas, pero tienen tasas mayores de violencia que se relacionan en parte con la acción de las fuerzas del orden en contra de la producción, el tráfico y el tránsito de drogas ilegales y sus efectos en materia de violencia criminal. Mientras que algunos países tienen mayores recursos y mayor fortaleza institucional para enfrentar mejor los daños relacionados con el mercado ilegal y con el consumo de drogas, así como para asumir los costos que se derivan de su control, otros países enfrentan mayores dificultades al lidiar con estos problemas. Por eso, las políticas que pueden ser útiles para algunos países (como reducir los recursos destinados al control del tránsito, por ejemplo) pueden ser percibidas por otros países como extremadamente dañinas, lo que haría muy difícil la cooperación internacional. No hay duda, entonces, que en las discusiones del futuro sobre políticas de drogas podemos seguir encontrando no sólo acuerdos, sino también importantes desacuerdos.

Se pueden destacar, no obstante, importantes progresos. Existe una mejor comprensión de la dependencia de las drogas, que se enfrenta ahora como un problema de salud pública. El consumo de cocaína se ha reducido en mercados que han sido históricamente significativos. Se ha logrado dismantelar enormes organizaciones de tráfico de drogas y sus líderes han sido procesados y condenados. Los países han establecido unidades de inteligencia financiera para combatir el lavado de activos. Han mejorado los mecanismos de cooperación internacional. Más de la mitad de los países del Hemisferio tienen estrategias nacionales vigentes para el control de las drogas. Los programas de prevención a nivel de escuela primaria y secundaria se han incrementado. Los países han expandido su habilidad de llevar a cabo encuestas nacionales periódicas sobre la prevalencia de las drogas. Se han reforzado, por último, el Estado de derecho y las reformas judiciales en varios países.

La otra cara de la moneda es que la financiación para programas de control de drogas sigue siendo débil, especialmente en lo que concierne a la prevención y el tratamiento. Aunque las incautaciones han aumentado, el flujo general de drogas sigue estable y robusto. Los programas de desarrollo alternativo han logrado algunos éxitos locales que no han sido extendidos a nivel nacional.

Conscientes de todas estas realidades y de los desafíos que ellas plantean, las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas decidieron dar un paso adelante en la búsqueda de caminos para desentrañar sus complejidades y avanzar en fórmulas que den lugar a una mayor efectividad en su manejo. Para cumplir con tal propósito se confirió un mandato explícito a la Organización de los Estados Americanos.

---

**L**os mandatarios del hemisferio iniciamos una valiosa discusión sobre el problema mundial de las drogas. Coincidimos en la necesidad de analizar los resultados de la actual política en las Américas y de explorar nuevos enfoques para fortalecer esta lucha y para ser más efectivos. Le hemos dado un mandato a la OEA para tal fin.

Declaración del Presidente de la República de Colombia,  
Juan Manuel Santos Calderón,  
tras la clausura de la VI Cumbre de las Américas  
Cartagena de Indias, 15 de abril de 2012

---

El propósito de este **Informe Sobre el Problema de las Drogas en las Américas** es dar cumplimiento a ese acuerdo y satisfacer ese mandato. Nos proponemos con él asistir a las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas en la definición de un marco de referencia para el tratamiento de este problema en sus países, así como para futuras políticas y acciones multilaterales.

Para cumplir esta tarea de la manera más amplia y útil posible, decidimos adoptar dos enfoques, a la vez distintos y complementarios. Por una parte, realizar un amplio estudio técnico del consumo, producción, tránsito, comercio y dimensión del negocio de las drogas en el Hemisferio, examinando al mismo tiempo las políticas públicas adoptadas para enfrentar los problemas, de salud pública, ilegalidad y violencia que suscitan, así como su impacto social y político en nuestras sociedades. Hemos denominado a ese aspecto del Informe, **Informe Analítico**. Como un complemento necesario de éste decidimos desarrollar también un **Informe de Escenarios** en el que, a diferencia de aquel, no se muestra la realidad que es sino la que podría ser. Lo elaboramos sobre la base de las opiniones y visiones de futuro de académicos, líderes políticos, líderes sociales y expertos de todo el continente, que representan todas las vertientes del problema y que contribuyeron con entusiasmo a este esfuerzo.

El **Informe Analítico** que se presenta en este volumen es una síntesis de todos los estudios – que también son publicados como anexos - realizados por grupos de profesionales de alta competencia que se abocaron a esa tarea durante la segunda mitad de 2012. Se presenta dividido en 10 Capítulos que inician con una definición del tema que nos preocupa y una explicación de cómo abordaremos su análisis. Comenzamos ese análisis, en el Capítulo 2, por el examen de las razones que llevaron a la sociedad a preocuparse por el consumo de ciertas sustancias y a decidir controlarlas, esto es a los efectos de las drogas sobre la salud humana. Conscientes de que esa decisión, si bien necesaria, dio lugar a la actividad económica ilícita destinada a abastecer la demanda de productos prohibidos, dedicamos los capítulos 3,4,5 y 6 al examen detenido de las formas como, en nuestro continente, tiene lugar el cultivo, la producción, la distribución (o tránsito) y la venta final de sustancias controladas. En el contexto de ese examen nos detenemos en la revisión del volumen y las distintas formas que adopta la actividad así como su impacto ambiental y la reacción del Estado, sus consecuencias y limitaciones.

El capítulo 7 está dedicado al estudio del consumo de las diferentes drogas que son usadas en nuestros países, analizando en particular las razones que llevan a los seres humanos a consumirlas, a las formas de tratamiento y prevención posibles y practicadas en la actualidad y a sus efectos sobre la exclusión social y el ejercicio de los derechos humanos, además de la reacción de nuestros Esta-

dos, sus consecuencias y limitaciones. En el Capítulo 8 se exponen con detalle las diferentes formas de violencia criminal asociadas a las diferentes etapas de la cadena de valor de la economía ilegal de drogas, incluida aquella que se presenta en la fase de consumo de esas sustancias. En particular nos detenemos en la consideración de las posibles razones que explican por qué esa violencia se hace presente con mayor intensidad y virulencia en algunos países y no en otros, así como en la necesaria comparación entre la letalidad del consumo de drogas y la letalidad de la acción criminal. El Capítulo 9, a su vez, está dedicado al examen de las alternativas legales y regulatorias frente al problema, en particular sus orígenes y características, las tendencias actuales a la despenalización, reducción de sanciones y legalización, los posibles costos y beneficios de estas distintas alternativas así como a la revisión de otras alternativas distintas a la acción en el plano jurídico.

Finalmente en el Capítulo 10 ofrecemos nuestra propia contribución al diálogo que se inicia con la presentación de este **Informe**, exponiendo los criterios que nos llevan a concluir que el problema de las drogas en las Américas es un tema hemisférico que se expresa en un proceso único el cual, sin embargo, admite tratamientos distintos en cada una de sus fases y en los países en los cuales ellas tienen lugar. Concluimos igualmente que no existe una relación indisoluble entre el problema de las drogas y la situación de inseguridad en que viven muchos ciudadanos de las Américas, aunque esta es diferente para cada país o grupo de países y que la inseguridad afecta más a aquellas sociedades en las cuales el Estado no está en condiciones de entregar respuestas eficaces. Enfatizamos, igualmente, la necesidad de enfrentar el consumo de drogas con un enfoque de salud pública. Finalmente concluimos también que el problema de las drogas debe ser abordado de manera diferenciada y flexible entre nuestros países, en función de la forma cómo éste los afecta en particular.

Abordar la complejidad del problema de las drogas requiere consultar muchos puntos de vista distintos y permitir que las ideas fluyan en el ambiente más abierto posible. A ese propósito obedece la segunda parte de nuestro informe, que hemos llamado **Informe de Escenarios**.

Para construir el **Informe de Escenarios** reunimos, junto a nuestros asociados de Reos Partners y Centro de Liderazgo y Gestión, un grupo de numerosos especialistas y personas vinculadas vitalmente al tema - intelectuales, autoridades, especialistas en salud pública, líderes sociales y comunitarios - que interactuaron para imaginar el posible desarrollo futuro del Problema.

Como somos conscientes también de que no existe un solo futuro, sino que muchos futuros que se construyen sobre la base de nuestras decisiones del presente, ofrecemos cuatro posibilidades sobre lo que podría llegar a ser en el futuro el “problema de las drogas” en las Américas. **Ninguna de ellas representa lo que será ni lo que queremos que sea, pero todas ellas podrían llegar a ser** de ocurrir algunos hechos y de adoptarse determinadas decisiones políticas. Conocer esas posibilidades, analizar sus causas y efectos, sacar conclusiones respecto de ellas, es una tarea que juzgamos no solamente útil sino que necesaria para nuestra reflexión individual y colectiva sobre el Problema.

Tres de los cuatro escenarios expuestos – “**Juntos**”, “**Caminos**” y “**Resiliencia**”- describen distintas alternativas de futuro según se ponga el acento en el fortalecimiento institucional, la experimentación con modificaciones legales o la capacidad de reacción ante el problema desde la comunidad. El cuarto, “**Ruptura**”, nos advierte sobre lo que podría ocurrir si no somos capaces en el corto plazo de arribar a una visión compartida que nos permita sumar nuestros esfuerzos para enfrentar el problema, respetando al mismo tiempo nuestra diversidad frente a él.



De cada uno de estos escenarios surge una gran variedad de oportunidades y desafíos colectivos y multilaterales que deben ser los factores sobresalientes del debate posterior. En las drogas, como en cualquier otro problema social complejo, existe una amplia gama de motivaciones y convicciones que influyen mucho en el tejido social. Por ende, los escenarios son un buen punto de partida para que nuestros líderes, y nuestros pueblos en última instancia, definan rumbos colectivos y sostenibles en medio de la diversidad.

Tanto el ***Informe Analítico*** como el ***Informe de Escenarios*** que componen este ***Informe Sobre el problema de las Drogas en las Américas*** son el resultado del esfuerzo colectivo de un gran número de especialistas, líderes sociales, académicos, políticos, empresarios y servidores públicos de todos los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos, así como de la inestimable colaboración del personal de la Secretaría General de nuestra Organización. A todos ellos va mi reconocimiento y mi agradecimiento por el generoso despliegue de sus capacidades empleado en llevar a buen fin este esfuerzo colectivo.

De esta forma hemos respondido al mandato explícito que la Sexta Cumbre de las Américas nos confiriera. Al otorgarnos el privilegio de elaborar este Informe, las Jefas y Jefes de Estado de nuestro continente nos asignaron una alta responsabilidad pero a la vez nos definieron límites muy precisos para responder a ella. Por ello en este Informe exponemos hechos que sirvan a la toma de decisiones, pero no imponemos soluciones. Ello les corresponde a nuestros líderes, quienes podrán contar en el debate futuro con una base firme para sus deliberaciones. **Este Informe no es, por lo tanto, una conclusión, sino sólo el inicio de un debate largamente esperado.**

**José Miguel Insulza**  
Secretario General de la  
Organización de los Estados Americanos

# INFORME ANALÍTICO



# INDICE

---

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. El punto de partida: qué es el “problema de las drogas” y cómo será analizado</b> | <b>17</b> |
| <b>2. La droga en la salud humana</b>                                                   | <b>21</b> |
| <b>3. El cultivo de drogas o de insumos para la producción de drogas</b>                | <b>29</b> |
| 3.1. Cultivo de coca                                                                    | 29        |
| 3.2. Cultivo de amapola                                                                 | 31        |
| 3.3. Cultivo de cannabis                                                                | 32        |
| 3.4. Impacto ambiental                                                                  | 33        |
| 3.5. La reacción del Estado, sus dificultades y consecuencias                           | 35        |
| <b>4. Producción de drogas</b>                                                          | <b>39</b> |
| 4.1. Producción de cocaína                                                              | 39        |
| 4.2. Producción de heroína                                                              | 40        |
| 4.3. Producción de drogas sintéticas y sustancias emergentes                            | 40        |
| 4.4. Producción de nuevas sustancias psicoactivas                                       | 41        |
| 4.5. Producción de fármacos                                                             | 42        |
| 4.6. Producción de precursores químicos                                                 | 42        |
| 4.7. Impacto ambiental                                                                  | 42        |
| 4.8. Producción de drogas y violencia                                                   | 43        |
| <b>5. Distribución o tránsito de drogas e insumos para producir drogas</b>              | <b>47</b> |
| 5.1. Flujos de cocaína                                                                  | 47        |
| 5.2. Flujos de marihuana                                                                | 49        |
| 5.3. Flujos de drogas sintéticas                                                        | 49        |
| 5.4. Impacto ambiental                                                                  | 49        |
| 5.5. La reacción del Estado, sus dificultades y consecuencias                           | 50        |
| <b>6. La venta de drogas</b>                                                            | <b>55</b> |
| 6.1. El tamaño del mercado y quienes se benefician de él                                | 55        |
| 6.2. A donde va el dinero: corrupción lavado de activos y gobernabilidad democrática    | 57        |
| 6.3. La venta de cocaína                                                                | 60        |
| 6.4. La venta de heroína                                                                | 60        |
| 6.5. La venta de marihuana                                                              | 60        |
| 6.6. Venta de estimulantes tipo anfetamina                                              | 61        |
| 6.7. La venta de nuevas sustancias psicoactivas                                         | 62        |
| 6.8. La reacción del Estado, sus dificultades y consecuencias                           | 62        |

|                                                                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>7. El consumo de drogas</b>                                                                                                                                                                                   | 67  |
| 7.1. Por qué los seres humanos consumen drogas                                                                                                                                                                   | 67  |
| 7.2. Qué drogas se consumen en las Américas y en qué volumen                                                                                                                                                     | 69  |
| 7.3. Tratamiento y prevención                                                                                                                                                                                    | 72  |
| 7.4. La reacción del Estado, sus dificultades y consecuencias                                                                                                                                                    | 75  |
| 7.5. Derechos humanos y exclusión social                                                                                                                                                                         | 76  |
| <b>8. Drogas, delito y violencia</b>                                                                                                                                                                             | 79  |
| 8.1. Tránsito de drogas y violencia: La presencia principal del delito organizado transnacional                                                                                                                  | 79  |
| 8.2. La violencia asociada al cultivo, la producción y la venta de drogas                                                                                                                                        | 83  |
| 8.3. Consumo de drogas y violencia                                                                                                                                                                               | 85  |
| 8.4. ¿Por qué el problema de las drogas genera diferentes situaciones de violencia entre nuestros países?                                                                                                        | 85  |
| <b>9. Alternativas legales y regulatorias</b>                                                                                                                                                                    | 91  |
| 9.1. Terminología                                                                                                                                                                                                | 91  |
| 9.2. Elaboración y evaluación de las políticas de control de drogas                                                                                                                                              | 93  |
| 9.3. Tendencias: despenalización, reducción de sanciones, y más                                                                                                                                                  | 95  |
| 9.4. Leyes sobre la disponibilidad                                                                                                                                                                               | 96  |
| 9.5. Modelos de disponibilidad legal                                                                                                                                                                             | 97  |
| 9.6. Costos y beneficios de las alternativas legales y regulatorias                                                                                                                                              | 98  |
| 9.7. Otras alternativas                                                                                                                                                                                          | 100 |
| <b>10. Contribución A Un Diálogo Que Se Inicia</b>                                                                                                                                                               | 105 |
| 10.1. El problema de las drogas es un tema hemisférico                                                                                                                                                           | 105 |
| 10.2. El problema de las drogas admite tratamientos distintos en cada una de sus fases y en los países en los cuales ellas tienen lugar                                                                          | 106 |
| 10.3. No existe una relación indisoluble entre el problema de las drogas y la situación de inseguridad en que viven muchos ciudadanos de las américas, aunque ésta es diferente para cada país o grupo de países | 107 |
| 10.4. La inseguridad afecta más a aquellas sociedades en las cuales el estado no esta en condiciones de entregar respuestas eficaces                                                                             | 108 |
| 10.5. Es necesario enfrentar el consumo de drogas con un enfoque de salud pública                                                                                                                                | 109 |
| 10.6. El problema de las drogas debe ser abordado de manera diferenciada y flexible entre nuestros países, en función de la forma cómo éste los afecta en particular                                             | 110 |
| <b>Colaboradores</b>                                                                                                                                                                                             | 113 |

EL PUNTO DE  
PARTIDA:

QUÉ ES EL  
“PROBLEMA DE LAS  
DROGAS” Y CÓMO  
SERÁ ANALIZADO

01



# 1

## EL PUNTO DE PARTIDA: QUÉ ES EL “PROBLEMA DE LAS DROGAS” Y CÓMO SERÁ ANALIZADO.

Como pocos conceptos en el escenario mundial contemporáneo, el “Problema de las Drogas” se muestra hermético e indeterminado. La expresión no es mencionada en ninguno de los documentos oficiales de obligada referencia sobre el tema, desde el ya centenario Convenio Internacional del Opio de 1912 hasta la más reciente Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

Sin embargo, el “Problema” existe y preocupa. Preocupa a las Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno que encargaron el presente Informe, pero también al ciudadano común. Preocupa a la mujer que ve el tráfico de drogas practicado en su vecindario como una amenaza inminente para sus hijos y la integridad de su hogar; al juez que debe condenar a un vendedor o, en muchos países, a un consumidor de drogas; a los voluntarios de una ONG que tratan de apoyar a jóvenes drogadictos y al legislador que debe interpretar la diversidad de voluntades de sus representados frente a este problema.

Todos viven el problema, pero lo viven de manera distinta. Y lo mismo ocurre con los países, para los cuales el problema se manifiesta de manera diferente según sus realidades específicas. Los niveles de desarrollo económico, las estructuras institucionales, las prioridades políticas, son diferentes entre nuestros países, como también lo son los patrones de consumo de drogas, los temas de salud y los efectos de la acti-

vidad del crimen organizado asociados al problema. Lo cierto es que nuestros países sienten y viven de manera diversa lo que denominamos “Problema de las Drogas” e incluso en el interior de cada uno de ellos el problema puede llegar a plantearse de manera diversa en el ámbito rural y en las áreas urbanas.

Ocurre de tal modo no sólo debido a la diversidad existente entre los países del Hemisferio, sino porque el problema mismo se compone de diferentes manifestaciones que afectan también de manera diferenciada a nuestros países, al grado de hacer difícil, quizá imposible, capturar en un solo conjunto de recomendaciones políticas la variedad y extensión de desafíos que ese problema, en esas diversas manifestaciones, plantea.

El punto de partida de este análisis es, en consecuencia, que no existe un solo problema relacionado con las drogas sino múltiples problemas asociados, a su vez, a la diversidad de características de nuestros países pero también a la posición que ellos ocupan en relación al problema.

Para abordar este Informe, por consiguiente, es preciso organizar el conjunto de diferentes aspectos y partes de aquello que en términos genéricos conocemos como “Problema de las Drogas”, que son vividos y percibidos con diferentes intensidades y con diferentes impactos por los países de nuestro Hemisferio. Sólo la identificación de las partes que lo componen y de la re-



lación que mantienen entre sí, nos permitirá explicar la totalidad del problema así como sus efectos sobre nuestros países y sus pueblos y responder a las preguntas cruciales en torno a él.

¿Cuáles son esas partes que componen el “Problema de las Drogas”? El consumo de las sustancias consideradas ilícitas por las convenciones internacionales, así como sus consecuencias sobre la salud de los seres humanos que las consumen, son parte principal de ese problema, pero no su único componente. La experiencia histórica es pródiga en ejemplos que muestran que en la medida que existan bienes y servicios demandados por la sociedad que permanecen prohibidos, existirán los incentivos para que prospere la actividad económica destinada a abastecerlos. Esa actividad económica, al estar asociada a una prohibición, automáticamente califica como ilegal y su práctica, de manera igualmente automática, como delito y en casi todas sus etapas como delito organizado. Y puesto que esta economía ilegal genera mercados igualmente ilegales, tales mercados no están sujetos a regulaciones o normas impuestos socialmente ni están abiertos a procesos regulares de competencia.

En consecuencia, las normas y procesos regulatorios que rigen la producción y el tráfico, son los que imponen los propios delincuentes; y la única competencia que puede existir para que el negocio prospere y se expanda es la violencia. Ese conjunto de actividades ilícitas destinadas a permitir el acceso a las sustancias prohibidas son también parte del “Problema de las Drogas”.

Para efectos de este Informe, en consecuencia, consideraremos “Problema de las Drogas” al conjunto de actividades asociadas a la elaboración, comercialización y consumo de sustancias declaradas prohibidas por las convenciones internacionales relativas al tema de las drogas o estupefacientes.

En el curso del examen de cada una de las partes de ese proceso examinaremos también su organización econó-

mica. El proceso en su conjunto constituye una actividad económica (una cadena de valor) lo que hace necesario identificar la utilidad que genera, a quiénes beneficia y en qué medida, en cada parte de la cadena. De igual manera se examinará la actividad criminal que protege las distintas etapas del proceso, los daños que produce y las respuestas del Estado frente a ella. Se expondrán, asimismo, los efectos que las distintas partes del “Problema de las Drogas” tienen sobre el medio ambiente. Finalmente se examinará, con relación a cada una de estas partes del problema, las capacidades de reacción del Estado, sus limitaciones y las formas que ellas asumen.

Específicamente se analizará:

- a) El cultivo, en el caso que se trate de sustancias de origen vegetal o que productos de ese origen sirvan de materia prima para la producción de la sustancia ilícita.
- b) La producción, no sólo de las drogas consideradas como producto final, sino también de aquellos bienes que son necesarios para producirlas y cuya producción está prohibida.
- c) La distribución o tránsito de las sustancias y de los insumos necesarios para producirlas.
- d) La violencia que ejerce el crimen organizado que, aunque acompaña todo el proceso, se manifiesta principalmente en la fase del tráfico y la convierte en aquella en que se genera la mayor violencia y el mayor número de víctimas.
- e) La comercialización (o venta) de las sustancias a sus consumidores finales, momento en que se genera la mayor ganancia.
- f) El consumo. En particular por qué se consumen drogas, cuántas personas las consumen en nuestro continente, qué drogas consumen y cuáles son los daños que ellas producen.

# LA DROGA EN LA SALUD HUMANA

02



# 2.

## LA DROGA EN LA SALUD HUMANA

Se ha señalado antes que las consecuencias del consumo de drogas sobre la salud de los seres humanos son una parte principal del “Problema de Drogas”. Son esas consecuencias las que han llevado a la sociedad a controlar tal consumo, una decisión que, como también se ha señalado, ha generado una economía ilegal con enormes secuelas en materia de violencia y delito. El esfuerzo que la sociedad hace por evitar los daños que el consumo de drogas provoca sobre la salud de los seres humanos se encuentra, en consecuencia, en la base del “Problema de Drogas” y, por consiguiente, es lógico que este Informe comience por el examen de ese daño.

Las diferentes drogas impactan y modifican múltiples sistemas y órganos, especialmente el cerebro, con consecuencias aún más severas entre los jóvenes. La investigación desarrollada en las últimas décadas en el campo de las neurociencias ha aportado evidencia que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas. Esta relación se agrega a la predisposición, a los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales<sup>1</sup>.

1 Volkow ND, Li TK. “Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry”. *Nat Rev Neurosci* 2004;12:963-70. Goldstein RZ, Volkow ND. “Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications”. *Nat Rev Neurosci* 2011;12(11):652-69. Volkow ND,

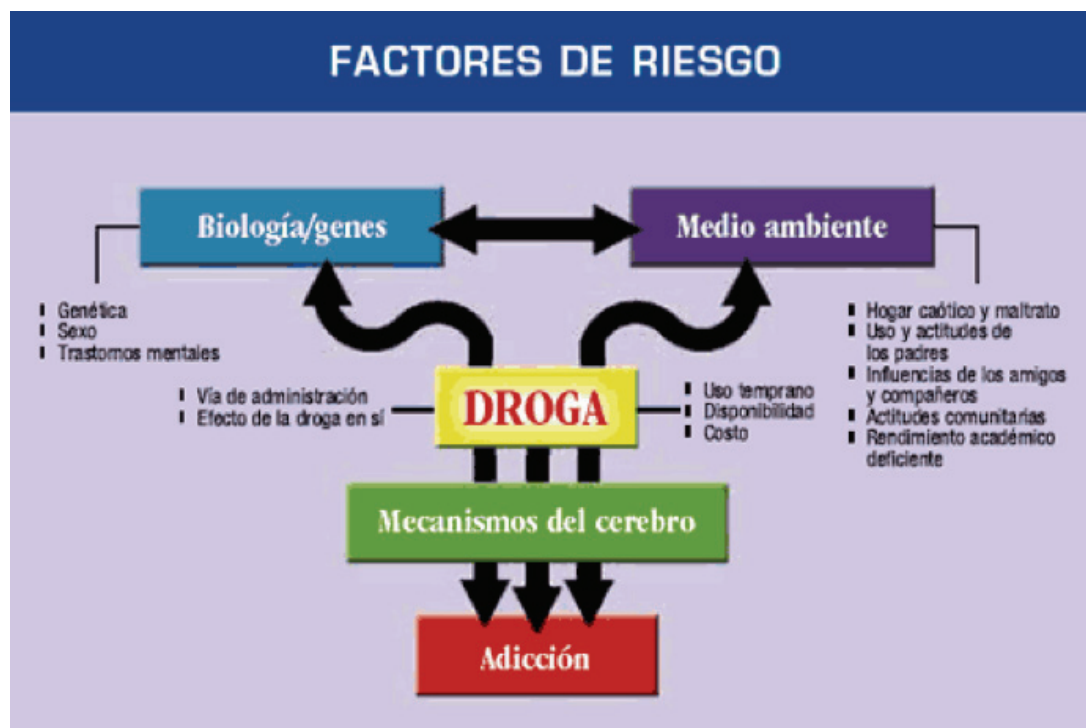
Los factores que llevan a una persona a comenzar a consumir drogas y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo. La dependencia se caracteriza por el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias negativas asociadas con su empleo. Este comportamiento fue tradicionalmente considerado como una “mala decisión” que el sujeto adicto toma en forma voluntaria. Sin embargo gracias al avance en el conocimiento de la neurobiología de las adicciones ahora se sabe que el consumo repetido de drogas se sigue de cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central<sup>2</sup>.

Las drogas, legales o ilegales, pueden producir dependencia. En ese proceso, un mecanismo clave es que aumentan la concentración del neurotransmisor llamado dopamina, en una zona específica del cerebro: el núcleo accumbens, que es probablemente el centro del placer más importante. El cerebro cuenta también con áreas y circuitos vinculados con la capacidad de evaluar los riesgos de una situación e inhibir conductas potencialmente perjudiciales. Los estudios con imágenes cerebrales muestran que los sujetos con depen-

Fowler JS, Gene-Jack W. “The addicted human brain: insights from imaging studies”. *J Clin Invest* 2003;111(10):1444-51.

2 Volkow ND, Li TK. “Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry”. Ed. Cit.

dencia a sustancias psicoactivas presentan una disfunción en aquellas regiones del cerebro que son críticas para la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control de la conducta.<sup>3</sup>



Fuente: NIDA/NIH - Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción.

No existe un factor que determine, por sí solo, que una persona desarrolle dependencia a las drogas. Sin embargo la ciencia ha identificado una variedad de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la adicción. Uno de los más importantes es la edad del primer consumo. Las neurociencias han demostrado que el cerebro de los niños y adolescentes están aún desarrollándose y que el consumo de drogas durante ese periodo puede tener consecuencias significativas en el largo plazo.

Existen estructuras del cerebro humano que continúan madurando hasta los 25 años de edad, especialmente aquellas relacionadas con funciones mentales complejas y con la capacidad de controlar los impulsos. Las drogas modifican el equilibrio de la neuroquímica

cerebral y las señales que conducen los complejos procesos de maduración de esas estructuras. El consumo durante esta etapa puede traer repercusiones a largo plazo, ya que también puede alterar el proceso de selección de las conexiones neuronales que en el futuro permitirán el funcionamiento íntegro del cerebro<sup>4</sup> y por ello la necesidad de evitar el consumo o, cuando menos, retrasar la edad de inicio. Mientras más se retrase el inicio en el consumo de cualquier sustancia, después de que hayan concluido los procesos de desarrollo cerebral comentados, la acción preventiva tendrá un mayor impacto.

La Cannabis Sativa, o **marihuana**, tiene como compuesto activo al **tetrahidrocannabinol (THC)**, que afecta la regulación de las emociones, memoria, atención, control de la atención y la per-

<sup>3</sup> Volkow ND, Fowler JS, Gene-Jack W. "The addicted human brain: insights from imaging studies". J Clin Invest 2003;111(10):1444-51. Goldstein RZ, Volkow ND. "Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications". Ed. Cit.

<sup>4</sup> Paus T, Keshavan M, Giedd JN. "Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?" Nat Rev Neurosci 2008;9(12):947-57.

cepción<sup>5</sup>. El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida<sup>6</sup>. La investigación indica que las alteraciones cognitivas producidas por esta droga podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero otros estudios demuestran que el consumo intenso durante la adolescencia puede producir cambios persistentes.<sup>7</sup> La evidencia científica disponible señala que es una droga asociada a una menor mortalidad en comparación con otras sustancias, pero que no está exenta de daños potenciales y está asociada con riesgos mayores si se consume en la adolescencia.

El uso terapéutico de esta droga ya es una realidad en lugares de los Estados Unidos y en algunos países de Europa del Oeste y Central. La evidencia del uso terapéutico está en pleno desarrollo y en la actualidad demuestra resultados diversos cuyo estudio es necesario proseguir, utilizando metodologías científicas adecuadas.

La **cocaína** es un potente estimulante con una gran capacidad adictiva. Se extrae de las hojas de la plan-

ta *Erithroxylon coca*. El consumo de cocaína produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo, alteraciones de la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de coágulos en el interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardíacas, infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y cerebro. A largo plazo provoca atrofia cerebral, alteraciones en la memoria, trastornos del sueño y del ánimo como la depresión<sup>8</sup>.

La heroína es parte del grupo de los opiáceos y se obtiene del procesamiento de la amapola. Una de sus formas de consumo es por vía intravenosa, por lo que rápidamente llega al cerebro, donde se convierte en morfina y activa receptores celulares específicos. La heroína es una sustancia psicoactiva altamente adictiva, que genera una rápida dependencia física y psicológica en los consumidores. Se asocia a su consumo una gran cantidad de muertes por sobredosis y por la transmisión de enfermedades infecciosas<sup>9</sup> debido al intercambio de jeringas.

El **alcohol** es el principal factor causal de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones y es responsable de aproximadamente 2,5 millones de muertes en el mundo cada año<sup>10</sup>. El consumo de alcohol en grandes cantidades por periodos prolongados de tiempo, representa un grave riesgo para la salud. Su consumo en la adolescencia es especialmente nocivo. La evidencia muestra que las personas que empiezan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar dependencia en algún momento de sus vidas. Dado el proceso de desarrollo del cerebro, el consumo de alcohol en la adolescencia, especialmente si se hace en grandes cantidades, puede alterarlo, afectando tanto las estruc-

5 Piomelli D. "The molecular logic of endocannabinoid signaling". *Nat Rev Neurosci*2003;4(11):873-84.

6 Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review". *Lancet*2007;370(9584):319-28.

7 Se ha reportado que el consumo antes de los 26 años de edad incrementa la probabilidad de presentar síntomas psicóticos entre 1.20 - 7.04 veces, e incluso más cuando el individuo presenta susceptibilidad genética. Cf Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, Taylor A. "Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction". *Biol Psychiatry*2005;57(10):Biol Psychiatry. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. "An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive function". *J Addict Med*2011;5(1):1-8. Fontes MA, Bolla KI, Cunha PJ, Almeida PP, Jungerman F, Laranjeira RR, Bressan RA, Lacerda AL. "Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning". *Br J Psychiatry*2011;198(6):442-7. Becker B, Wagner D, Gouzoulis-Mayfrank E, Spuentrup E, Daumann J. "The impact of early-onset cannabis use on functional brain correlates of working memory". *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*2010;34(6):837-45.

8 SOCIDROGALCOHOL. "Cocaína: Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la Evidencia Científica". Valencia, España; 2007. NIDA. "Cocaína: abuso y adicción". Serie de Reportes de Investigación. Maryland, E.E.U.U.; 2010.

9 NIDA. "Heroína: abuso y adicción". Serie de Reportes de Investigación". Maryland, E.E.U.U.; 2005

10 WHO, "Global Status Report on Alcohol and Health", Ginebra, Suiza, 2011.

turas como sus funciones. Esto puede ocasionar problemas cognitivos o de aprendizaje, aumentando la propensión a la dependencia.

Los **inhalables** son un rango diverso de sustancias que tienen diferentes efectos psicoactivos y toxicológicos. Su uso prolongado está relacionado con una diversidad de trastornos neuropsicológicos, incluidos la pérdida de la coordinación muscular y el deterioro del cerebro.

Una herramienta útil para el análisis de las consecuencias para la salud del consumo de drogas es un indicador de la OMS denominado carga global de enfermedad ("Global Burden of Disease"), que evalúa el impacto de las enfermedades, lesiones y otros factores de riesgo con base en la mortalidad prematura y días vividos sin salud. De la lista total con 88 condiciones, los trastornos por uso de drogas controladas y alcohol ocupan los lugares 31 y 35 a nivel mundial respectivamente; esto implica que las drogas controladas contribuyen con 0,8% y el alcohol 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad.

Si bien todas las regiones de América ocupan lugares por encima de la media mundial de la carga de enfermedad, tanto para drogas controladas como para alcohol, en nuestra región tampoco ocupan los primeros lugares de carga global de enfermedad comparados con otras afecciones. Destacan Estados Unidos y Canadá, con los lugares 11 (en el caso de drogas controladas) y 19 (en el caso de alcohol). En los países de la región Sur de América Latina (Chile, Argentina y Uruguay), las drogas controladas y el alcohol ocupan los lugares 18 y 19 y en la zona tropical, los lugares 22 y 17 respectivamente<sup>11</sup>.

El consumo de alcohol y otras drogas son factores de riesgo en el caso

de 60 enfermedades y lesiones asociadas a accidentes y violencia. En el Hemisferio, el uso de drogas ocupa el lugar 19 entre 43 factores de riesgo analizados, ocupando un lugar anterior a este promedio Canadá y Estados Unidos (lugar 10), la región Andina (11), y las regiones Sur (13) y Tropical de América Latina (13)<sup>12</sup>.

Los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas controladas (55,4 por ciento). El aumento en la mortalidad asociada con esta causa aumentó 385 por ciento entre 1990 y 2010, lo que refleja el incremento en su abuso. La contribución de la cocaína a la mortalidad general es marginal (0,6 por ciento) y ha disminuido desde 1990<sup>13</sup>.

La mortalidad por cannabis parece ser insignificante y no ha sido reportada de manera independiente.

11 Murray C, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, et.al. "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *Lancet* 2010;380(9859):2197 – 223.

12 Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, Amann M. "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *Lancet* 2013;380(9859):2224–60.

13 Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et.al. Op. cit..



---

## LAS DROGAS Y EL DESARROLLO

El problema de las drogas afecta todos los pilares del desarrollo: el productivo, el político, el social y el ambiental. Más aún si se consideran los impactos que ejercen sobre la sociedad los distintos eslabones del problema (producción, tráfico, venta, consumo), como también los costos y efectos asociados al modo en que los Estados enfrentan la situación. Para entender esa relación es necesario tener en cuenta que, igual que las drogas, el desarrollo es un proceso complejo en el cual se combinan las dimensiones productiva, social, política y ambiental, que en su conjunto generan un crecimiento sostenido en el largo plazo. El gran desafío, por lo mismo, es plantearse alternativas de política de Estado para enfrentar este problema a fin de que el mismo tenga los menores efectos negativos sobre la sociedad y el desarrollo.

La criminalización de amplios sectores de la población puede tener un efecto pernicioso en la “naturalización” del delito y la transgresión a las normas en una proporción creciente de la sociedad, sumado a la “normalización” de la actividad criminal a medida que se extiende la economía ilegal de las drogas, siendo ambos fenómenos corrosivos para la cohesión social. En primer lugar, porque la cohesión social implica la adhesión de la ciudadanía a normas e instituciones consagradas colectivamente por la sociedad, y tanto del lado de las políticas como del lado de la respuesta social, esta adhesión se ve erosionada en relación al problema de las drogas. Naturalizar la actividad ilegal, como la violación al Estado de derecho, son dos formas de corroer la adhesión a normas e instituciones. Por otro lado la producción y el tráfico de drogas ilícitas pueden generar lo que se ha dado en llamar cohesión social perversa, a saber, relaciones de lealtad y reciprocidad, y un fuerte sentido de pertenencia y reconocimiento, pero fundados en el crimen y la violencia.

La vulnerabilidad a la drogodependencia, si bien radica en importante medida en rasgos individuales, también puede verse agravada por la vulnerabilidad social, vale decir, por condiciones estructurales que hacen más probable el paso del uso no dependiente al uso dependiente, o bien al consumo de drogas con mayores daños asociados, tanto para el consumidor como para terceros. Así, se ha visto que variables tales como menor educación, menor acceso al empleo, mayor vinculación con situaciones de violencia pueden tornar a las personas más vulnerables a caer en patrones más problemáticos de consumo de drogas ilícitas. Esto no necesariamente como relación necesaria e inexorable; pero estas condiciones de exclusión a la vez refuerzan procesos psicológicos y de subjetivación, tales como baja autoestima, falta de confianza en las propias capacidades y visión fatalista del futuro, que pueden debilitar la autoregulación en relación al consumo de drogas. El estigma o la penalización del consumo operan, en tales circunstancias, como agravante, pues no previene el consumo problemático sino que lo encapsula en la marginalidad y la falta de oportunidades.

Sin duda es necesario abordar el Problema de las Drogas en consonancia con políticas que enfrenten las múltiples formas de exclusión social: falta de voz pública, falta de accesos a servicios, falta de ingresos para satisfacer necesidades básicas, falta de empleo formal, falta de perspectivas de futuro. Y también con políticas de gobernabilidad (transparencia, garantía de la seguridad, presencia del Estado, funcionamiento de la justicia). A problemas estructurales deben plantearse respuestas estructurales. Esto no significa, claro está, que las políticas ante el Problema de la Droga deben perder especificidad y diluirse en políticas de integración social y gobernabilidad. Significa, por el contrario, que estas líneas de política deben dialogar y transversalizarse para provocar las necesarias sinergias. Y sobre todo significa interrogarse hasta qué punto las políticas vigentes hasta ahora, bajo el paradigma de la penalización y criminalización, reducen más daños de los que precipitan.





# EL CULTIVO DE DROGAS O DE INSUMOS PARA LA PRODUCCIÓN DE DROGAS

03



# 3. EL CULTIVO DE DROGAS O DE INSUMOS PARA LA PRODUCCIÓN DE DROGAS

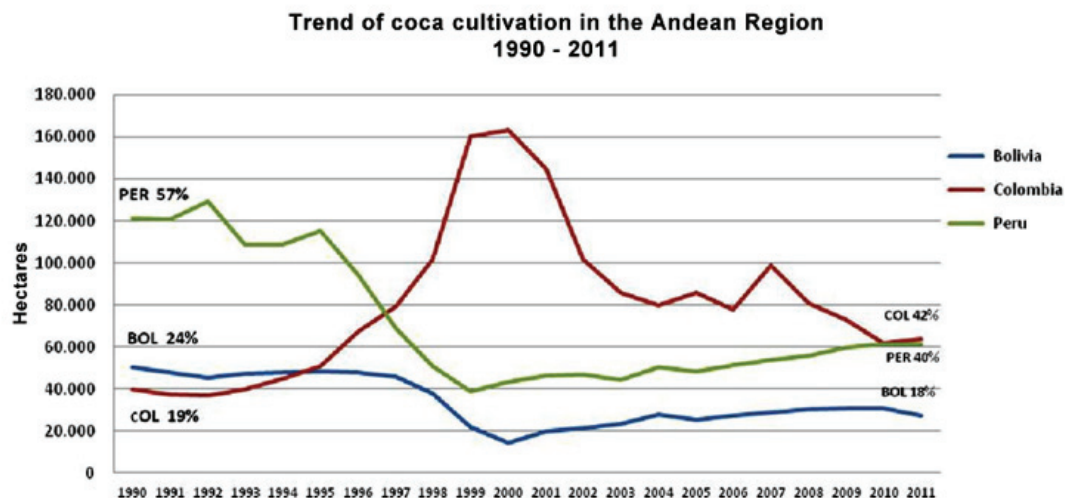
## 3.1 CULTIVO DE COCA

La coca se cultiva en los países andinos, principalmente Colombia, Perú y Bolivia. Las estimaciones sobre su cultivo varían según la fuente. Las principales fuentes son el Gobierno de los Estados Unidos y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD). Las estimaciones de esta última son realizadas sobre la base de imágenes satelitales de la totalidad del país examinado, lo que implica que cultivos menores a 0.25 hectáreas no puedan ser identificados. Las estimaciones de Estados Unidos, a su vez, se basan en imágenes de alta resolución tomadas en áreas seleccionadas al

azar en regiones en las que se sabe o se presume que se cultiva coca. Ambos tipos de estimaciones son limitados y sólo pueden ofrecer una aproximación a la realidad, que permanece ignorada en su verdadera dimensión.

Se estima que en la región andina las áreas de cultivo han disminuido aproximadamente un 30 por ciento desde 2000, debido a erradicaciones y, en particular, a la reducción de más del 50 por ciento de las zonas de cultivo en Colombia, provocadas a su vez por la intervención del Estado <sup>1</sup>.

**Grafico 1:**  
**Tendencias del Cultivo de Coca en la Región Andina 1990 - 2011**



Fuente: Informe Mundial de Drogas

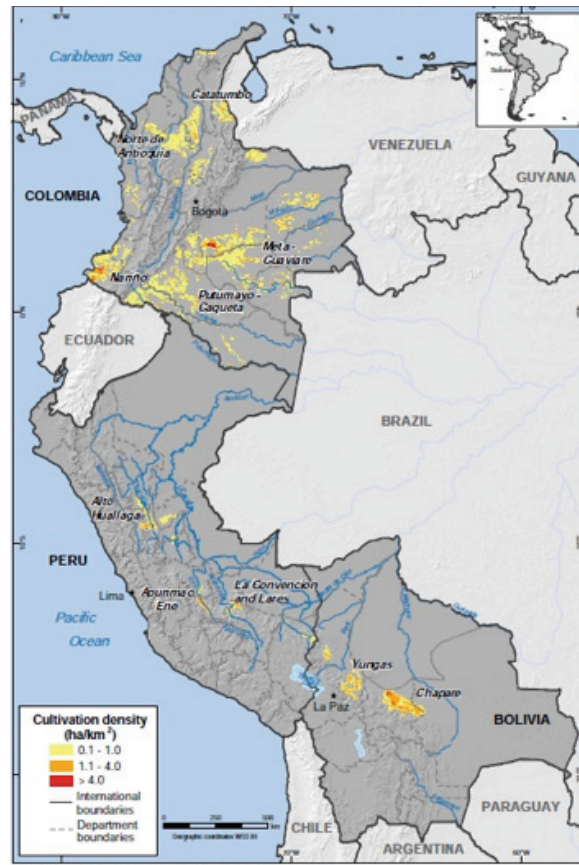
<sup>1</sup> Statistics for Colombia, Perú and Bolivia at: <http://www.whitehouse.gov/ondcp/targeting-cocaina-at-the-source>. Total Andean compiled by adding the country data.

Las zonas donde se cultiva la coca permanecieron relativamente constantes durante el periodo de decrecimiento general de cultivos, aunque se observaron cambios en la densidad y la extensión de los mismos. Como muestran los mapas, en Colombia disminuyó la extensión total de áreas bajo producción, mientras que por lo general se incrementó la densidad de cultivos en las zonas de producción en Perú y Bolivia.

En Colombia, el cultivo de la coca por lo general se realiza en áreas muy aisladas de las comunidades vecinas -no solo físicamente sino que también económicamente- debido a que los cultivadores de coca desde un principio buscaron evitar la detección de sus actividades ilícitas. Las comunidades que cultivan coca tradicionalmente han tenido un acceso limitado a los servicios de las instituciones del Estado. Además deben sufrir la presencia de grupos armados que operan al margen de la ley y explotan tanto las tierras como a las personas que allí residen.

En Perú y Bolivia, a diferencia de Colombia, la coca se cultiva con frecuencia en zonas agrícolas cercanas a pueblos rurales y mercados que están bien conectados con los sistemas económicos y de transporte del país. En ambos países se encuentran cultivos de coca no solo en zonas remotas sino también junto a cultivos lícitos, campos de pastura y zonas boscosas. En Perú hay grandes cultivos de coca en el valle del Alto Huallaga así como en regiones controladas por la organización guerrillera Sendero Luminoso o los restos de ese movimiento. Los cultivadores de coca que han migrado desde las zonas coqueras tradicionales se han establecido en nuevas regiones, expandiendo el cultivo.

Densidad de los Cultivos de Coca en la Región andina 2004



Densidad de los Cultivos de Coca en la Región Andina 2010



---

## Uso tradicional de la hoja de coca: Bolivia y la Convención de 1961

La hoja de coca es originaria de los países andinos y es un elemento de algunas culturas indígenas de esa región. Sin embargo, en forma paralela al uso tradicional, se ha desarrollado el cultivo destinado a la producción de cocaína en varios países de Sudamérica.

La hoja de coca fue introducida en la Lista I (altamente restringida) de sustancias bajo la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, a fin de limitar la producción de la coca, su procesamiento y exportación. El artículo 49, busca la abolición de la masticación de la hoja de coca después de 25 años a partir de la entrada en vigor del tratado.

En 2009, el Estado Plurinacional de Bolivia propuso una enmienda a la Convención de 1961 para eliminar los controles del uso tradicional de la hoja de coca. Después de que 18 Estados Partes presentaran sus rechazos, la enmienda fracasó en 2011. El Estado Plurinacional de Bolivia se retiró del convenio ese año y solicitó nuevamente su re-adhesión con una reserva en el uso tradicional de la coca. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en su informe anual de 2011, expresó su preocupación de que esa medida, “aunque técnicamente esté permitida por la Convención, es contraria al objeto fundamental y al espíritu de ésta”.<sup>1</sup> La JIFE igualmente expresó otras inquietudes respecto a la integridad del sistema internacional de fiscalización de drogas.

Luego de presentarse menos de las 62 necesarias objeciones a la re-adhesión, El Estado Plurinacional de Bolivia logró reingresar a la Convención Única con una reserva, conciliando así sus obligaciones internacionales con su Constitución. Entre los Estados Miembros de la OEA, solo Estados Unidos, Canadá y México se opusieron a la propuesta de enmienda o a la re-adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia.

Si bien el uso tradicional de la hoja de coca es común en Bolivia y Perú, no se han completado estudios para determinar qué cantidad de hojas de coca se necesita para satisfacer la demanda de su uso tradicional. Tanto Bolivia como Perú, de acuerdo a su legislación interna, han designado áreas donde está permitido el cultivo legal de la hoja de coca.

<sup>1</sup> INCB 2011 Annual Report, p. 37.

---

## ■ 3.2 CULTIVO DE AMAPOLA

La ONUDD estima que en 2010 en México fueron cultivadas alrededor de 14.000 hectáreas de amapolas para la producción de opio (post-erradicación) y que en Colombia se cultivaron entre 300 y 400 hectáreas, aproximadamente la misma cantidad que ambos países habían cultivado durante los dos años previos. Esto marca un cambio sustancial con la situación de una década

atrás, cuando Colombia producía virtualmente toda la amapola para la producción de opio en el hemisferio.

La amapola para opio en México es cultivada en las laderas de la Sierra Madre, en los estados de Durango, Chihuahua y Sinaloa, así como más hacia el sur, en Guerrero y Michoacán. Las parcelas son generalmente pequeñas y

están situadas en zonas de difícil acceso. Existen antecedentes de cultivos de amapola en Guatemala y que estos se encuentran cerca de la frontera con México, pero no hay estimados confiables sobre la cantidad de tierra cultivada.

De acuerdo a cálculos de los Estados Unidos, el rendimiento del total de los cultivos de heroína en el Hemisferio tiene el potencial de producir 50 toneladas métricas<sup>1</sup> de heroína pura<sup>2</sup>, cálculo que excede el consumo estimado de Estados Unidos y México<sup>3</sup>. México informó que erradicó 15.484 hectáreas en 2010, Colombia 711 y Ecuador 918, cifras congruentes con las tasas estimadas de producción. Guatemala informó que erradicó 1.490 hectáreas de amapola para opio en 2011<sup>4</sup>.

Colombia y Ecuador registraron cifras de decomisos anuales récord, de 1,7 y 0,9 toneladas de heroína respectivamente, en 2010<sup>5</sup>. Esto constituye una gran cantidad de interdicción si se compara con la cantidad de amapola que se cree ha sido cultivada en estos dos países.

1 US Department of State, International Narcotics and Crime Strategy Report. Available at: <http://www.state.gov/j/inl/rls/nrcrpt/2011/vol1/156361.htm#México>

2 Producción potencial es la cantidad de heroína que podría ser producida si cada planta fuese cultivada y convertida en heroína 100% pura. Es un cálculo útil para hacer comparaciones universales, pero no mide la cantidad real de heroína que entra al mercado ilegal en un año en particular ni la cantidad disponible para los consumidores. La cantidad de amapola cultivable pero no cultivada se desconoce, igual que se desconoce lo que se pierde en la manufactura y en el proceso de transporte, incluyendo el daño provocado por los elementos naturales.

3 El consumo de heroína en Estados Unidos, a diferencia de la prevalencia, se desconoce. El último estudio oficial publicado analizó el periodo comprendido entre los años 1988 y 2000. Sus estimaciones de consumo se basaron en una extrapolación del gasto en que incurrieron los usuarios para comprar la droga. Este estudio estimó que en Estados Unidos el consumo de heroína fluctuaba entre 11 y 17 toneladas métricas por año, con un promedio anual de 13 toneladas métricas. Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illegal Drugs, 1988–2000*. Washington, DC: Executive Office of the President (December 2001).

4 United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2012*. Page 27, table 9

5 Id. P. 32, map 7.

### ■ 3.3 CULTIVO DE CANNABIS

La marihuana es una preparación de la planta de cannabis usada como un psicoactivo y por algunos consumidores por sus efectos terapéuticos. Es la droga controlada de mayor producción y consumo en las Américas. El cannabis está incluido en las Listas I y VI de la Convención Única sobre Estupefacientes, que prohíbe la producción y posesión de esta sustancia excepto para fines médicos y científicos.

La planta de cannabis florece en diversos climas y altitudes, desde el nivel del mar hasta 3.000 metros de altura. En términos prácticos, puede crecer en cualquier zona geográfica, especialmente debido al aumento del cultivo bajo techo. El rendimiento por planta depende de la calidad del cannabis o de la concentración del componente psicoactivo THC. El cannabis con una concentración más elevada de THC tiene un precio más alto por unidad, pero también produce una cantidad mucho menor por planta; el de inferior calidad puede incluir hojas y pequeños tallos que diluyen la concentración de THC pero que se puede producir en mayores cantidades. El cannabis de gran potencia, como el “Sinsemilla”, consiste de plantas hembras secas sin semillas en florescencia, que requiere un cultivo de trabajo intensivo y de técnicas particulares para su cosecha.

México, Estados Unidos, Colombia, Paraguay y Canadá son los principales países productores de cannabis en las Américas<sup>6</sup>. Se considera que desde México se suministra alrededor de la mitad del cannabis que se consume en Estados Unidos, aunque existe incertidumbre con respecto al porcentaje. Desde Paraguay se provee gran parte del cannabis en el Cono Sur, en tanto que Jamaica y San Vicente y las Granadinas son una fuente importante del cannabis en el Caribe.

6 UNODC (2011). *World Drug Report 2011: The Cannabis Market*.



Debido a las variaciones de rendimiento, que depende de la calidad de la marihuana, es difícil calcular el potencial de la producción. Estados Unidos ha estado calculando el nivel de cultivo en México desde los años 80, pero este país sostiene que la metodología utilizada no es correcta y que se sobrestima su producción. La ONUDD está trabajando con México para ayudar al gobierno a calcular mejor la erradicación del cannabis; entre tanto, se reveló que se destruyeron 16.547 hectáreas en 2009<sup>7</sup>. Estados Unidos, que computa su erradicación por número de plantas, erradicó cerca de 10 millones de plantas de cannabis de cultivo exterior y más de 400 mil cultivadas bajo techo en 2009.

El cultivo de cannabis bajo techo ha cambiado significativamente el carácter del comercio, especialmente en Estados Unidos y Canadá. Por medio de Internet se puede encontrar todo tipo de información acerca de su cultivo, germinación y cosecha, así como obtener semillas y equipo especializado necesario para esa tarea. Con frecuencia se utilizan técnicas agrícolas sofisticadas para aumentar la cosecha, la calidad y la potencia, así como para cruzar con otros tipos con el fin de obtener nuevas características de sabor o aroma. Actualmente no es posible calcular la cantidad de cannabis que se cultiva bajo techo en todo el mundo<sup>8</sup>.

### ■ 3.4 IMPACTO AMBIENTAL

El cultivo de drogas de origen vegetal se realiza en muchos casos en zonas selváticas de gran valor ecológico, generando consecuencias inmediatas para el ambiente: la deforestación, la degradación de tierras y la contaminación. Muchas actividades económicas tradicionales –agricultura, minería, ganadería, entre otras– ejercen en conjunto un impacto negativo sobre los ecosistemas, en parte debido a la tendencia a reemplazar bosques por áreas de cultivo. Los antecedentes que se entregan a continuación, en

consecuencia, son igualmente válidos para actividades lícitas e ilícitas, sin que pueda establecerse con certeza la importancia relativa de cada una, aunque por sus limitaciones características es probable que el daño provocado por los cultivos ilícitos sea inferior a aquel provocado por las actividades lícitas. Es posible afirmar, sin embargo, que es también probable que el proceso de impacto ambiental se acelere con los cultivos ilícitos pues su producción, generalmente en zonas geográficas aisladas de los centros urbanos donde no existen vías de penetración y la presencia estatal se dificulta, tiende a ampliar la frontera agrícola. Asimismo, el ritmo y los métodos de producción, que no incluyen medidas para promover la sostenibilidad de las tierras, contribuyen a exacerbar el impacto ambiental.

Más allá de los daños atribuibles a la producción, los mismos procesos de fiscalización de drogas pueden complicar el problema. Algunos estudios han sostenido que la aspersión aérea del herbicida glifosato causa un impacto negativo en el medio ambiente y la salud humana, lo cual ha sido causa de preocupación en regiones de Colombia donde se emplea este método de control de cultivos ilícitos.

Por otra parte, en respuesta al temor por la erradicación, los productores ilegales intentan acelerar los ciclos productivos al máximo posible, obteniendo el mayor rendimiento de la tierra al menor plazo. Igualmente tienden a situarse en lugares con abundantes cuerpos de agua que permiten su utilización en el procesamiento y eliminación de los desechos. Por otro lado, la presencia de ríos navegables facilita la introducción de sustancias químicas mediante contrabando procedente de países vecinos, así como la salida de grandes volúmenes de producto terminado. Los productores de drogas optan por ecosistemas con abundante presencia de biomasa vegetal que dificulta la ubicación de los cultivos, laboratorios y bodegas para las sustancias químicas, y que cumplen con las exigencias climáticas de las variedades de plantas que se desean cultivar.

7 Idem.

8 Ibidem.



A pesar de que es muy difícil producir información confiable sobre la magnitud de la deforestación causada por los cultivos ilícitos, algunos estudios sugieren que en Perú se han destruido 2,5 millones de hectáreas de bosque amazónico para cultivar coca<sup>9</sup>. En Colombia se calcula que más de un millón de hectáreas de bosque nativo han sido eliminadas como resultado de los cultivos ilícitos y que por cada hectárea de coca, se deforestan cuatro hectáreas de selva, casi siempre mediante el método de la tala y la quema. Por su parte, en Estados Unidos –particularmente en los condados de Humboldt y Mendocino en California, un territorio mundialmente conocido por sus pinos rojos gigantes–, recientemente diferentes medios de comunicación<sup>10</sup>, estudios académicos<sup>11</sup> y entes estatales<sup>12</sup> han denunciado la preocupante expansión de la tala imprudente de bosques, el desvío ilegal de los arroyos y el uso de pesticidas y fertilizantes que contaminan los cursos de agua y matan animales silvestres debido a los cultivos de marihuana y su continua expansión.

El impacto ambiental no solo afecta a los países productores de cultivos ilícitos: el despeje por medio de la tala y quema contribuye a generar cambios en el equilibrio de los gases de la atmósfera. La quema de los bosques tropicales emite grandes cantidades de metano, dióxido de carbono, monóxido de carbono y óxidos de nitrógeno, los llamados gases del efecto invernadero.

Además los químicos o insumos empleados en la producción de drogas controladas, son resistentes a la biodegradación y son tóxicos, pero además

tienen altos niveles de movilidad: una vez introducidos al medio ambiente pueden viajar grandes distancias a través de un proceso de ciclos múltiples de evaporación y condensación conocido como “efecto saltamontes”.

### ■ 3.5 LA REACCIÓN DEL ESTADO, SUS DIFICULTADES Y CONSECUENCIAS

#### Reducción de los cultivos ilícitos y desarrollo alternativo

Colombia, Bolivia y Perú han implementado programas de erradicación manual forzosa para controlar los cultivos ilícitos. En Colombia el método principal es la aspersión aérea, aunque su importancia está disminuyendo.

México ha realizado la erradicación manual de marihuana y amapola para opio como parte de su estrategia de control de drogas durante décadas; entre 2008 y la primera mitad de 2012, el número de hectáreas de amapolas erradicadas ascendió a 15.600 por año. Guatemala también erradica cultivos de amapola y marihuana y, como ya se ha señalado, por lo menos 1.490 hectáreas de amapolas fueron erradicadas en 2011.<sup>13</sup>

Perú ha estado ejecutando programas de desarrollo alternativo desde 1995, con el objetivo de ofrecer incentivos a los agricultores que les alienten a abandonar el cultivo de la coca<sup>14</sup>. En Bolivia, los programas de desarrollo alternativo se han llevado a cabo desde mediados de la década de los años 70, con apoyo internacional. Sin embargo, en ninguno de estos casos el valor económico de los productos de desarrollo alternativo alcanzó el de los cultivos ilícitos.

9 DEVIDA [http://www.devida.gob.pe/imagenes/documentos/Impacto\\_ambiental\\_del\\_cultivo\\_de\\_coca.ppt](http://www.devida.gob.pe/imagenes/documentos/Impacto_ambiental_del_cultivo_de_coca.ppt)

10 How Industrial Pot Growers Ravage the Land: A Google Earth Tour, Harkinson Josh, Mother Jones, 06/02/13 <http://www.motherjones.com/blue-marble/2013/02/google-earth-tour-marijuana-farms-environment-video>

11 Humboldt Institute for Interdisciplinary Marijuana Research • 1 Harpst St., Arcata, CA 95521 <http://www.humboldt.edu/hiimr/news.html>

12 A growing issue: Environmental Impacts of Medical Marijuana in Northern California”, California Department of Fish and Game- Northern Region, Draft Briefing, July 2012.

13 Prensa Libre, (Guatemala), “Destruyen Cultivos de Amapola y Marihuana por US \$318 Millones,” May 24, 2012. [http://www.prensalibre.com/san\\_marcos/Destruyen-cultivos-marihuana-US318-millones\\_0\\_706129666.html](http://www.prensalibre.com/san_marcos/Destruyen-cultivos-marihuana-US318-millones_0_706129666.html)

14 National Strategy for Combating Drugs, 2012-2016, Perú. DEVIDA.

En Colombia, el gobierno ha procurado contrarrestar el aumento de los cultivos de coca mediante la creación de una base económica local y regional sólida para el trabajo agrícola, agroindustrial y forestal. Además, Colombia está desarrollando actualmente una política sobre tenencia de la tierra para las zonas tradicionales de cultivo de coca con el objeto de ayudar a afianzar el apoyo local para las actividades lícitas como alternativas a la coca<sup>15</sup>. El desarrollo alternativo ha sido una piedra angular de la respuesta internacional al comercio ilícito de drogas por décadas. El objetivo es estimular a los cultivadores de drogas a orientarse hacia otros cultivos remunerativos, como el cacao o el café. Sin embargo la asociación del desarrollo alternativo con las actividades de la represión, incluidas erradicación y aspersión aérea, ha afectado negativamente las actitudes de las comunidades directamente involucradas. Este hecho es relevante porque sin la participación de estas comunidades no existe posibilidad de desarrollo de programas eficaces de cultivo alternativo.

Durante los últimos años se han diseñado mecanismos innovadores de desarrollo alternativo, como subsidios monetarios condicionados antes utilizados solamente en política social<sup>16</sup>. En Colombia, mediante el “Programa de Familias de Guardabosques” se realizaron pagos a más de 122.000 familias, logrando como condición mantener 222.000 hectáreas de bosques previamente dañados por cultivos ilícitos. Otro ejemplo relevante se encuentra en Bolivia, donde la racionalización o erradicación de los cultivos de coca se ha constituido en una política de Estado, sobre la base del diálogo, la concertación y el control social. El Estado Plurinacional de Bolivia aplica dos conceptos distintos en su política de control de cultivos de hoja de coca: por una

parte, la racionalización de cultivos, que contempla la participación o acuerdo voluntario de los productores con la estrategia de reducción de la superficie cultivada, y por otra parte la erradicación, que se ejecuta en parques nacionales y en áreas donde el cultivo de hoja de coca no es permitido. Ambas prácticas son exclusivamente manuales y no se utiliza aspersión química.

### Impacto de las políticas de reducción de cultivos y desarrollo alternativo

Si bien las zonas bajo cultivo han fluctuado con el tiempo en cada uno de los principales países productores, la producción global en general ha permanecido estable. Los avances en la erradicación en Colombia han sido compensados, ya que la producción en Bolivia ha permanecido estable y la del Perú ha aumentado.

Según se ha dicho ya, el potencial de producción de cocaína en Colombia ha disminuido significativamente en años recientes, debido en cierta medida al éxito de los esfuerzos del Plan Colombia<sup>17</sup>. Se cree que la mayor presencia del Estado en áreas que no estaban atendidas por el gobierno ha reducido las cosechas de coca<sup>18</sup> porque ha llevado a los agricultores a trabajar en parcelas más pequeñas, menos productivas y más alejadas de las zonas pobladas, lo cual dificulta que puedan atender sus cultivos y adquirir y aplicar fertilizantes e insecticidas.

La erradicación aérea con herbicidas reduce la productividad del cultivo de la coca al debilitar o matar las plantas en un cultivo activo; ocasionalmente puede destruir todos los cultivos de coca o provocar que los campos sean

<sup>15</sup> Ver Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014.

<sup>16</sup> Estos subsidios monetarios condicionados los utilizan los Gobiernos como instrumento de Política Social a los pobres en zonas rurales de Colombia y México, pero a nivel general se han usado en un total de 14 países en toda la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Rep. Dominicana, Paraguay y Perú.

<sup>17</sup> El Plan Colombia combinó estrategia económica con estrategia fiscal, un proceso de negociación de paz, estrategia de defensa, reforma judicial, estrategia contra narcóticos, alternativas de desarrollo, estrategia de inclusión social y comunitaria, expansión de programas de salud y educación y colaboración internacional basada en el principio de responsabilidad compartida. “Plan Colombia”, Bogotá, Imprenta Nacional, Oct. 1999.

<sup>18</sup> En Colombia el promedio de producción por hoja de coca disminuyó de 6.300 Kg./Ha./año en 2005 a 4.200 Kg./Ha./año en 2011, esto es 33%.

abandonados inmediatamente. Los herbicidas tienen un impacto más medible sobre la productividad de la coca porque al repetirse sus aplicaciones se tiende a reducir significativamente las cosechas, aun cuando tienen un impacto más limitado de reducir el área de cultivo.

La evidencia proveniente de Colombia, Perú y Bolivia sugiere que las inversiones en la erradicación han tenido cierto éxito en contraer la producción de la coca a nivel local. Sin embargo los críticos alegan que la erradicación por sí sola aumenta el precio de los cultivos, estimula la producción adicional en zonas más remotas, produce niveles crecientes de inestabilidad y tiene poco impacto sobre el precio y la disponibilidad de las drogas en los mercados de consumo.

El desarrollo alternativo, por sí mismo, ha ofrecido la asistencia necesaria a poblaciones sin poder económico pero no ha terminado en forma congruente y duradera con el problema del cultivo de la coca. En Colombia, debido en parte a las restricciones de seguridad necesarias para implantarlo, el desarrollo alternativo ha tenido un impacto relativamente modesto en la limitación del área de cultivo de coca.

En los casos en que el desarrollo alternativo ha producido resultados, estos han sido sólo de alcance local. Si bien algunas comunidades han dejado los cultivos ilegales, esto no ha sido suficiente para tener influencia directa sobre los cultivos y la producción nacional<sup>19</sup> de drogas, por ejemplo el caso del Modelo San Martín en Perú<sup>20</sup>. Hasta la fecha, la producción y los cultivos ilegales generalmente se han desplazado a otros lugares.

19 UNODD World Drug Report 2012

20 Modelo de Desarrollo Alternativo de la Región San Martín

# PRODUCCIÓN DE DROGAS

04



# 4.

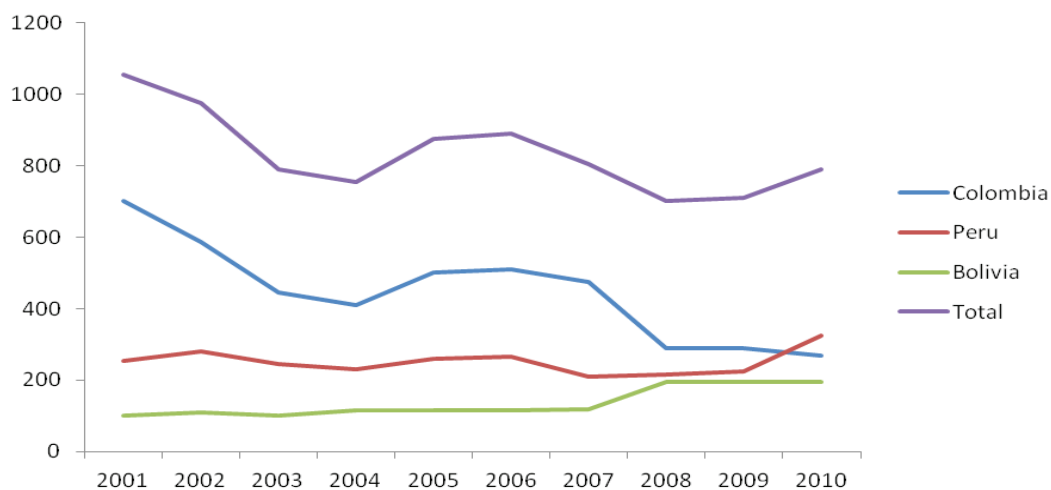
## PRODUCCIÓN DE DROGAS

### ■ 4.1 PRODUCCIÓN DE COCAÍNA

Colombia, Perú y Bolivia son los países de origen de toda la cocaína consumida en el mundo, ya sea como producto final o en alguna etapa de su elaboración para terminar de ser procesada en otro lugar. Según fuentes de los Estados Unidos, la producción mundial total de cocaína, que disminuyó entre los años 2000 y 2008, se ha estabilizado en aproximadamente 800 toneladas métricas por año. Colombia, el país que anteriormente producía la mayor cantidad de cocaína, disminuyó su producción durante la última década, al tiempo que Perú y Bolivia la aumentaban.

Los métodos de producción en Colombia han incrementado su eficiencia durante la última década y en años recientes ha habido avances similares en Perú y Bolivia. Dada la creciente eficacia de los controles sobre precursores químicos que realizan autoridades nacionales e internacionales, los narcotraficantes colombianos ahora han comenzado a manufacturar sus propios precursores. También se ha observado el reciclaje de combustibles y solventes entre los productores colombianos, lo cual ha reducido el volumen de productos químicos que se requieren para extraer los alcaloides de las hojas de coca.

**Gráfico 2**  
**Producción potencial de cocaína (toneladas métricas)\***



\* El concepto "producción potencial" ya ha sido explicado en la nota 18. La cantidad de coca cultivable pero no cultivada se desconoce, igual que lo perdido durante la producción o el traslado antes de llegar al mercado.

Fuente: ONDCP

## ■ 4.2 PRODUCCIÓN DE HEROÍNA

Como ya se ha señalado, aún existen significativas brechas de información sobre la cantidad del cultivo de amapolas y producción de heroína en los Estados Miembros de la OEA. Sin embargo es posible afirmar que México ha reemplazado a Colombia como la fuente principal de heroína en las Américas. En México se produce heroína de muy baja calidad “*black tar heroin*” y heroína marrón, pero es posible que la actividad se haya expandido para producir heroína de mejor calidad en una forma más concentrada<sup>1</sup>.

## ■ 4.3 PRODUCCIÓN DE DROGAS SINTÉTICAS Y SUSTANCIAS EMERGENTES

Los estimulantes tipo anfetamina (ETA) se encuentran entre las sustancias sintéticas de mayor abuso. A diferencia de la cocaína y la heroína, los ETA pueden ser manufacturados en cualquier lugar, a bajo costo y con facilidad. Desde 1990, más de 60 países del mundo han registrado por lo menos alguna producción ilícita relacionada con los ETA y cada vez más países están detectando su producción todos los años<sup>2</sup>. Estos productos se pueden manufacturar en fábricas industriales de gran escala, en pequeños laboratorios móviles o incluso en la cocina de

cualquier casa.

Los estimulantes sintéticos incluyen la anfetamina, la metanfetamina, la metacatinona y sustancias como el éxtasis. La metanfetamina, un estimulante del sistema nervioso central, es la sustancia en este grupo de drogas que más comúnmente se consume. Es de fácil elaboración mediante el uso de efedrina y pseudoefedrina, dos químicos que se utilizan como ingredientes en los medicamentos para los resfríos y que aún están legalmente disponibles en gran parte del mundo. Como resultado del fortalecimiento de los controles del tráfico de los precursores más comunes utilizados, los productores ilícitos han cambiado sus métodos y están reemplazando precursores tradicionales con otros químicos alternativos o “pre-precursores”, que no están bajo el control internacional.

La anfetamina y la metanfetamina están incluidas en la Lista II del Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y pueden ser obtenidas con una receta médica. Las anfetaminas son utilizadas para tratar la narcolepsia (un trastorno del sueño) y el déficit de atención por hiperactividad.

A continuación se presentan algunas tendencias recientes en el campo de la producción de estimulantes tipo anfetamina:

- El aumento de los controles de precursores químicos en Estados Unidos tuvo como consecuencia el traslado de la manufactura de drogas sintéticas a México.
- Cuando el gobierno mexicano reforzó sus controles, más precursores fueron desviados a Centroamérica, específicamente a Guatemala y Honduras.
- La elaboración de los ETA es controlada por las organizaciones de narcotraficantes o por otras redes criminales. En México, por ejemplo, la organización de narcotraficantes “La Familia Michoacana” es considerada como el grupo que

1 National Drug Intelligence Center of the US Department of Justice. 2011 National Drug Threat Assessment. August 2011. 27 – 30. “Dado que los cultivos de amapola no mexicana en el Hemisferio son inferiores a 2.500 Ha. en 2010 y el potencial de cultivo de heroína blanca en Colombia se estimó en 2,1 toneladas métricas (equivalente puro) en 2009, no se puede dejar de concluir que al menos parte de las 13 toneladas métricas de heroína pura consumidas en Estados Unidos son heroína blanca de México. La evaluación nacional de la amenaza de drogas en Estados Unidos en 2011 establece que: “Las investigaciones periodísticas sugieren que los productores de heroína en México podrían estar utilizando técnicas colombianas de procesamiento para producir heroína blanca en polvo; sin embargo el análisis no ha confirmado la existencia de esta forma de heroína.”

2 World Drug Report 2012, Op. cit.

domina la elaboración de las metanfetaminas. México es el único país latinoamericano que ha informado sobre decomisos de ETA que representan un porcentaje significativo del total mundial (20% en 2010) y hay señales de un considerable aumento<sup>3</sup>.

- La manufactura es un negocio globalizado. La mayor parte de la efedrina que se envía a México procede de China, República Checa, Suiza, Tailandia, India, Bangladesh y Estados Unidos.
- De acuerdo a la ONUDD, en 2009 Guatemala realizó confiscaciones de metanfetaminas por un total de más de 10,6 toneladas cúbicas, y si bien en 2010 el gobierno reportó solo 15 kilos confiscados, las autoridades aún consideran que Guatemala es un importante punto de tránsito de envíos de pseudoefedrina procedentes de la India y Bangladesh en ruta a México.
- En 2009 aumentó la oferta de metanfetaminas en las calles de Estados Unidos y era vendida a precios más bajos debido a que los carteles mexicanos comenzaron a elaborar la droga con precursores menos controlados, tales como el ácido fenilacético, que se usa frecuentemente para fragancias y para mejorar el sabor de los alimentos.
- Han comenzado a aparecer nuevos indicadores de elaboración y tráfico de ETA en algunos países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe.
- Entre 2001 y 2006 se descubrieron laboratorios clandestinos de ETA y otras drogas sintéticas en Argentina (2003), Suriname (2003), Chile (2002) y Colombia (2001 y 2002), mientras que en 2008 se detectaron laboratorios en Guatemala, Brasil y Argentina. En 2009 se confiscó otro laboratorio en Brasil, además de tres en Guatemala.

## ■ 4.4 PRODUCCIÓN DE NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) son una clase de nuevas drogas narcóticas psicotrópicas en su estado puro o en preparación, que no está controlada por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o por el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Entre las NSP se incluyen compuestos sintéticos tales como los cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, piperazinas y las sustancias psicoactivas tradicionales de origen vegetal tales como el qat (*Catha edulis*), kratom (*Mitragyna speciosa*) y *Salvia divinorum*.

Algunas de las nuevas sustancias psicoactivas tienen propiedades farmacológicas y producen efectos similares a las drogas controladas, tales como la cocaína, el éxtasis y las anfetaminas, por lo tanto, con frecuencia se comercializan como “alternativas legales” a las drogas controladas. Las NSP se venden como “fertilizante para plantas”, “sales de baño” o “químicos de investigación”, en polvo, tabletas, cápsulas o como mezclas para fumar. Las confiscaciones se han realizado en todas partes del mundo, incluidos Australia y Nueva Zelanda, Este y Sudeste Asiático, Cercano y Medio Oriente, África, Europa, Norteamérica<sup>4</sup> y Sudamérica.

Si bien muchas de las sustancias psicoactivas están en el mercado desde hace mucho tiempo, la diversidad de los productos ha aumentado considerablemente, debido a la adaptabilidad y flexibilidad de los productores. La variedad, las formas físicas cambiantes y las modificaciones constantes de las etiquetas de los envases dificultan su identificación por parte de las autoridades de control y vigilancia. Muchas veces los laboratorios no tienen la capa-

3 World Drug Report 2012, Op. cit.

4 Se incluye en esta subregión a Estados Unidos, Canadá y México.



cidad analítica, forense y toxicológica para identificarlas. Además, existe solo un pequeño número de normas de referencia o en algunos casos no existen normas que puedan facilitar el trabajo de identificación. Con frecuencia, la verdadera composición de las nuevas sustancias psicoactivas es desconocida para los usuarios, trabajadores de la salud o autoridades de control. La lista de contenidos en el envase no siempre indica los ingredientes activos ni los términos genéricos que son utilizados.

## ■ 4.5 PRODUCCIÓN DE FÁRMACOS

Los fármacos generalmente son recetados o administrados por profesionales de la salud para el tratamiento de muchas patologías, pero sus propiedades psicoactivas los hacen muy atractivos para su desvío y “uso no médico”. Por “uso no médico” se entiende su uso luego de ser obtenidos sin una consulta médica previa o una receta o cuando no se los utiliza de la forma y con la dosis recetada. En Estados Unidos y algunos países latinoamericanos, el uso de fármacos para uso no médico es más prevalente que cualquier otra droga controlada, excepto la marihuana.

La producción lícita mundial de muchos opioides, incluidos morfina, codeína, tebaína, hidrocodona, oxicodona y metadona, ha aumentado notablemente durante las últimas dos décadas, lo que permite suponer su desviación para uso no médico. Por ejemplo, la elaboración global de oxicodona, un opioide comúnmente mal utilizado que se vende como OxyContin en los Estados Unidos, aumentó de 2 toneladas en 1990 a más de 135 toneladas en 2009, más de dos tercios de las cuales se manufactura en Estados Unidos.

## ■ 4.6 PRODUCCIÓN DE PRECURSORES QUÍMICOS

Para elaborar drogas controladas

se precisan ciertas sustancias químicas esenciales y precursores químicos que se desvían del comercio lícito o se manufacturan clandestinamente. Durante los últimos años se ha observado un considerable aumento de la producción de estimulantes tipo anfetamina, lo que ha provocado una creciente preocupación por la posibilidad de aumentos en la producción de los precursores y sustancias químicas que se utilizan para su elaboración.

Complica los esfuerzos para controlar los precursores químicos el hecho que los traficantes están produciendo precursores controlados y químicos esenciales sobre la base de químicos no controlados. Por ejemplo:

- El permanganato de potasio, un químico importante en el procesamiento de la cocaína, puede ser elaborado con dióxido de manganato y manganato de potasio.
- Soluciones de amoníaco que se utilizan en la extracción de la pasta de cocaína, se producen utilizando urea.
- El ácido clorhídrico, empleado para convertir la base de cocaína en cocaína hidroclorehídrica, se produce usando ácido sulfúrico y sal de mesa.

## ■ 4.7 IMPACTO AMBIENTAL

La producción de metanfetaminas provoca impacto ambiental en los principales países productores, incluyendo los Estados Unidos, México y cada vez más Centroamérica. Según la Administración de Control de Drogas (DEA) de Estados Unidos, se utilizan aproximadamente 12 productos químicos peligrosos en la fabricación de esta droga, estos incluyen el ácido sulfúrico, éter, tolueno, acetona y amoníaco anhidro. Como resultado, la producción de un kilo de metanfetamina puede producir cinco o seis kilos de residuos tóxicos, que a veces se vierten directamente al drenaje, contaminando el agua de uso doméstico y los sistemas agrícolas de

riego<sup>5</sup>. Similar es el caso de la cocaína y la heroína, que requieren la aplicación de sustancias tóxicas como amoníaco, acetona y ácido clorhídrico, que también afectan negativamente el entorno donde se producen.

Tal como se vio anteriormente en el contexto de erradicación, las condiciones de ilegalidad igualmente inciden en la contaminación ambiental en las etapas de transformación artesanal o industrial de las drogas.

Adicionalmente debe considerarse que cuando las fuerzas policiales encuentran “fábricas” clandestinas, aplican el método de destrucción más accesible para ellos, lo que normalmente significa que vierten barriles de insumos líquidos y arrojan envases plásticos al suelo o a los arroyos o les prenden fuego.

## ■ 4.8 LA REACCIÓN DEL ESTADO, SUS DIFICULTADES Y CONSECUENCIAS

Aunque los indicadores son imprecisos, todo hace suponer que el número de laboratorios destruidos, las confiscaciones de cocaína y la producción mundial de cocaína se han reducido desde mediados de la última década. A nivel mundial, las confiscaciones de cocaína en 2011 disminuyeron en un 7,5% desde el volumen anual más alto, de 750 toneladas, registrado en 2005. La mayoría de las confiscaciones en 2011 tuvieron lugar en Sudamérica (52%), en países donde se cultiva la hoja de coca y se manufactura la mayor parte de la cocaína en laboratorios clandestinos, seguido de Norteamérica (25%) y Centroamérica (12%). La mayoría de los laboratorios y precursores detectados y destruidos fueron encontrados en los países productores de drogas, especialmente Colombia<sup>6</sup>. Sin

embargo, laboratorios de elaboración del hidrocloruro de cocaína han sido destruidos en otros países del hemisferio, entre ellos Argentina, Chile, Ecuador, Venezuela y Estados Unidos.

México ha informado que confiscó 48 toneladas métricas en 2007, 19,6 en 2008, y 21,5 en 2009, con números más bajos en años recientes: 9,9 en 2010, 11,3 en 2011, y 1,2 en el primer semestre de 2012. Las confiscaciones de heroína alcanzaron un promedio de 394,7 kilos por año entre 2005 y 2011, con un inusual volumen confiscado de 694,7 kilos en 2011<sup>7</sup>. Aun tomando en cuenta estos 695 kilos, las cantidades incautadas son más pequeñas que las que se lograron en Ecuador y Colombia, donde se cultiva mucho menos amapollas para opio. En 2011, México arrestó a 10.979 ciudadanos mexicanos y 218 extranjeros por delitos relacionados con las drogas, incluidos 22 narcotraficantes de alto nivel<sup>8</sup>.

Los esfuerzos de interdicción han derivado en la confiscación de porcentajes importantes de ciertas drogas, incluido hasta 40% de la cocaína producida a nivel global en los últimos años. La mayor parte de estas incautaciones han sido realizadas en América Latina. La interdicción focalizada ha tenido como efecto, sin embargo, el traslado de actividades de tráfico y producción a nuevas localizaciones. De manera similar, los esfuerzos agresivos para contener la producción y el tránsito de cocaína en Bolivia y Perú, iniciados en los últimos años de los 80, probablemente ocasionaron el traslado del cultivo de

---

fueron detectadas y destruidas 2.447 infraestructuras ilegales para la producción y extracción de drogas, de las cuales 2.2000 fueron infraestructuras para la extracción de base y pasta de coca, 200 laboratorios para el procesamiento de hidrocloruro de cocaína, un laboratorio de heroína, 39 laboratorios de marihuana, 7 laboratorios de permanganato de potasio y 81 refinerías de gasolina en pequeña escala.”

7 Estados Unidos Mexicanos. “Anexo Estadístico.” Sexto Informe de Gobierno. Septiembre 2012. <[http://sexto.informe.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/ANEXO\\_ESTADISTICO/02\\_ESTADISTICAS\\_NACIONALES/2\\_ESTADO\\_DE\\_DERECHO\\_Y\\_SEGURIDAD.pdf](http://sexto.informe.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/ANEXO_ESTADISTICO/02_ESTADISTICAS_NACIONALES/2_ESTADO_DE_DERECHO_Y_SEGURIDAD.pdf)>.

8 U.S. State Department of State. 2012 International Narcotics Control Strategy Report (INCSR). March 2012.

5 Utah Department of Health. Resource Guide to Methamphetamine Decontamination. 2008.

6 Observatorio de Drogas Ministerio de Interior y Justicia de Colombia. “En 2001 en Colombia

la coca a Colombia a mediados de la década de los 90.

Desde 1999, año en que se inició el Plan Colombia, este país ha implementado una estrategia coordinada que incluye acciones militares y policiales contra los grupos armados ilegales y los traficantes, la reforma judicial, programas de desarrollo social y erradicación de cultivos. Estos esfuerzos tienen por objeto reducir la violencia y consolidar la presencia del Estado en áreas donde se encuentran tradicionalmente los cultivos ilícitos y se realizan otras actividades ilegales como la tala de árboles y la minería ilícitas.

En este terreno el fortalecimiento de las capacidades institucionales sigue siendo crucial. En la actualidad existen diversos esfuerzos en marcha en esa dirección. Por ejemplo, México ha desarrollado esfuerzos, en particular en el plano federal, por fortalecer la policía encargada del crimen organizado. Ese país se encuentra abocado, además, a una reforma judicial que si bien se encuentra en sus etapas iniciales continúa siendo tramitada en las instancias legislativas regulares.

**DISTRIBUCIÓN  
O TRÁNSITO  
DE DROGAS E  
INSUMOS PARA  
PRODUCIR  
DROGAS**

05



# 5. DISTRIBUCIÓN O TRÁNSITO DE DROGAS E INSUMOS PARA PRODUCIR DROGAS

## 5.1 FLUJOS DE COCAÍNA

Según indican análisis del gobierno estadounidense, el 95% de la cocaína confiscada en los Estados Unidos –el mercado individual más grande de la región– es de origen colombiano. El flujo de cocaína hacia los Estados Unidos probablemente disminuyó entre 2007 y 2010, pero los datos disponibles son imprecisos. En 2007 el flujo promedio hacia los Estados Unidos fue de 400 a 600 toneladas métricas, dependiendo de si se estima con base en la demanda estadounidense o en la potencial oferta colombiana<sup>1</sup>; sobre las mismas

bases las estimaciones indican que en 2010 el flujo anual desde Colombia hacia el mercado estadounidense fue de aproximadamente 400 toneladas métricas<sup>2</sup>, lo cual es congruente con una disminución del consumo en los Estados Unidos<sup>3</sup>.

Aunque el Caribe fue una ruta principal de tránsito de cocaína hasta mediados de los años 90, actualmente 80% de la cocaína destinada a los Estados Unidos pasa por Centroamérica y México. El flujo se realiza principalmente desde Colombia a través de las costas del Caribe y del Pacífico. En el Pacífico, la cocaína se dirige desde Colombia hacia el norte y se desembarca en Centroamérica o en México. Otra ruta pasa por Ecuador y se dirige hacia el oeste de las islas Galápagos, de donde sigue rumbo al norte para encontrarse en alta mar con navíos que la transportan a las costas de México o Centroamérica. Con el mayor uso de semisumergibles y submarinos cargados de cocaína, resulta difícil conocer la cantidad de cocaína que se dirige aún más al oeste en el Pacífico antes de dirigirse al norte.

La ruta del Pacífico, desde Colombia a México y Estados Unidos, era importante antes de 2009: dos tercios de los decomisos en alta mar y en puerto

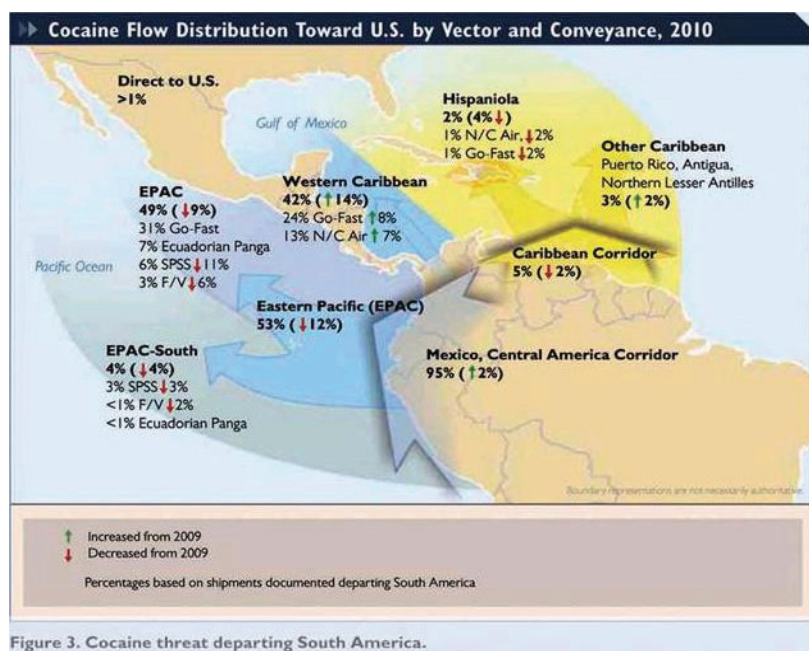


Figure 3. Cocaine threat departing South America.

Fuente: ONUDD

1 Office of National Drug Control Policy (ONDCP). Cocaine Smuggling in 2010. ONDCP. January 2012.

2 Id.

3 White House Office of National Drug Control Strategy. National Drug Control Strategy 2012. December 2012 "Data Supplement 2012 Table 1."

llevados a cabo por las autoridades colombianas tuvieron lugar en ese corredor. Sin embargo a partir de 2009 hubo una significativa reducción de los decomisos en el Pacífico, lo que sugiere que la ruta desde la costa Atlántica de Colombia atravesando el Caribe Occidental hacia Centroamérica y México parece haberse convertido en la favorita para los narcotraficantes colombianos.

Durante 2010 y 2011, la cocaína pasó por Venezuela hacia el Caribe y el Oeste de África para luego ser transportada a Europa o hacia Centroamérica y luego a los Estados Unidos<sup>4</sup>. La mayor parte de la cocaína que sale de Venezuela es transportada por vía marítima, aunque existe evidencia que la preponderancia de contrabando aéreo con origen en Venezuela está dirigida a Centroamérica y el Caribe. Honduras es un importante punto de ingreso<sup>5</sup>.

Los flujos hacia otros mercados, además de los Estados Unidos, han aumentado en la última década. La cocaína peruana y boliviana pasa por varios países de Sudamérica en donde queda una parte para el consumo interno y luego es transportada, a través del Caribe y el Oeste de África, hacia Europa, Asia y el Oriente Medio.

La cocaína fluye a Europa a lo largo de rutas múltiples. Las principales son las siguientes:

- El océano Atlántico, atravesando el Caribe e ingresando a Europa, de preferencia a través de España y Portugal.
- Desde Sudamérica a Cabo Verde y las Islas Canarias y luego a Europa, principalmente a través de Portugal.
- La ruta africana, que va desde Venezuela y otros lugares de Sudamé-

rica, a países del África Occidental y de allí a Portugal y España.

- Desde Brasil, Venezuela y Ecuador a los puertos de España, los Países Bajos y Portugal<sup>6</sup>.

Las confiscaciones de cocaína en Europa han disminuido entre 2006 y 2009, de acuerdo al Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción a Drogas (EMCDDA)<sup>7</sup>, pero la prevalencia y el precio de mercado por gramo (de pureza desconocida) se mantienen estables, lo que sugiere que la reducción de las confiscaciones no indica una reducción del flujo.

La INTERPOL señala que la ruta del África Occidental se ha vuelto más importante durante los últimos 10 años a través de países como Guinea-Bissau, Guinea, Senegal, Sierra Leone y Mali, y luego hacia Europa. Sin embargo, la ONUDD indica que, según datos recientes sobre confiscaciones y arrestos, ha habido una probable disminución del uso de esta ruta.

En todas las rutas marítimas hacia todos los mercados, el principal medio de transporte son las lanchas rápidas, los yates de placer, las embarcaciones pesqueras, los buques de carga y los navíos porta contenedores. Estos últimos presentan un desafío particular para la detección del cargamento y además tienen un enorme potencial para cargar grandes volúmenes.

El tráfico por aire utiliza personas como transportadores (conocidos como "mulas") cuando viajan por compañías de líneas aéreas. Los aviones controlados por los narcotraficantes usan una amplia variedad de métodos; por ejemplo lanzando la cocaína en aguas internacionales desde donde puede ser recogida por embarcaciones, aterrizando o lanzando la cocaína desde el aire en zonas remotas de Centroamérica o el Caribe y, cuando se trata

4 U.S. Department of State. "Country Reports- Venezuela." INCSR 2012. March 2012. < <http://www.state.gov/j/inl/rls/nrcrpt/2012/vol1/184102.htm#Venezuela> > .

5 U.S. Department of State. "Country Reports- Honduras." INCSR 2012. March 2012. < <http://www.state.gov/j/inl/rls/nrcrpt/2012/vol1/184100.htm#Honduras> > .

6 Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción a Drogas ( EMCDDA ) . 2012 Annual Report on the state of the drugs problem in Europe. Noviembre 2012. 60 -65.

7 EMCDDA. "Table SZR-10" Statistical Bulletin 2012. Noviembre 2012.



de distancias más grandes y cuentan con aviones adecuados, transportando la cocaína hasta África. El transporte terrestre, por su parte, tiene lugar en Centroamérica y México hacia los mercados de Estados Unidos y Canadá, así como por tierra desde la región andina para el consumo en América Latina y su envío a Europa y a otros lugares del mundo.

## ■ 5.2 FLUJOS DE MARIHUANA

El cannabis es producido en casi todos los países del mundo y, por lo tanto, la mayoría es cultivado para uso interno o mercados cercanos. Debido a que sus fuentes son múltiples (internas e internacionales) no hay una única red de distribución o fuente geográfica fija. Los usuarios pueden cultivar su propio cannabis, pueden pertenecer a un grupo que cultiva en forma cooperativa, lo pueden adquirir de los productores o distribuidores internos o de organizaciones sofisticadas de narcotraficantes internacionales que adquieren sus productos en un país y lo venden en otro. Los narcotraficantes internacionales están diversificando sus líneas de negocios para incluir todas las drogas, y como la marihuana tiende a recorrer las mismas rutas que otros productos ilícitos, la interdicción de las drogas en las zonas fronterizas o en las vías marítimas afecta todo el comercio ilícito.

Además de las rutas de tránsito a través de la frontera de Estados Unidos con México, la marihuana de Jamaica ingresa a Estados Unidos a través de las Bahamas<sup>8</sup>. Dentro de la subregión del Caribe, la mayoría de las exportaciones provienen de Jamaica y San Vicente y las Granadinas, aunque una gran parte de la demanda interna se satisface por medio de la producción interna. Según expertos que asistieron

8

Seelke, C. R., Wyler, L. S., Beittel, J. S., & Sullivan, M. P. "Latin America and the Caribbean: Illicit drug trafficking and U.S. counterdrug programs." Congressional Research Service. Washington, DC: 2011.

a una reunión realizada en preparación para este Informe, algunas de las agencias de orden público de otros países han observado la importación de cannabis de alta potencia proveniente de Estados Unidos; aunque las cantidades son pequeñas, el cannabis de origen estadounidense se vende a un precio más alto y generalmente se considera como un producto de alta calidad

## ■ 5.3 FLUJOS DE DROGAS SINTÉTICAS

El tráfico de estimulantes tipo anfetamina (ETA) continúa siendo, en gran medida, intrarregional, porque la elaboración tiene lugar cerca de los mercados de los consumidores. A nivel internacional el principal flujo de metanfetaminas va de México a Estados Unidos por vías aéreas y terrestres. Las organizaciones de narcotraficantes mexicanos han expandido sus redes de distribución y han consolidado a muchos de los traficantes independientes de metanfetaminas en varias regiones de Estados Unidos.

Además de las rutas de tráfico de México a Estados Unidos, dentro de la región las metanfetaminas van de Colombia a Venezuela y Ecuador, y de Argentina a Uruguay. En mayo de 2009, autoridades del aeropuerto de la Ciudad de México confiscaron un cargamento de píldoras de anfetaminas y metanfetaminas procedentes de El Salvador. En febrero de 2010, las autoridades de Costa Rica confiscaron a su vez cinco kilos de anfetaminas a dos ciudadanos salvadoreños supuestamente en camino a su país. También es posible identificar algunas rutas intrarregionales que van de México, Brasil y la Guayana Francesa a Europa, y de los Países Bajos y Bélgica a Chile y Brasil.

## ■ 5.4 IMPACTO AMBIENTAL

Las actividades relacionadas con el tráfico y comercialización de drogas también afectan el medio ambiente. Un ejemplo del impacto ambiental del



comercio y tráfico ilegal de drogas se puede observar en la gran Reserva de Biosfera Maya en Guatemala, donde grupos conservacionistas luchan por preservar un bosque único que se encuentra bajo la amenaza de los carteles mexicanos de droga y de las pandillas salvadoreñas de drogas entre otros, debido a que esta zona tiene una ubicación ideal para que los aviones que transportan drogas desde América del Sur recarguen combustible y hagan transferencia de narcóticos a camiones que son conducidos fácilmente hasta México. Los traficantes construyeron docenas de pistas de aterrizaje, entre ellas una apodada el “aeropuerto internacional”, que contaba con tres pistas y más de una docena de aviones abandonados. El resultado fue una pérdida de 40.000 hectáreas de bosque.

## ■ 5.5 LA REACCIÓN DEL ESTADO, SUS DIFICULTADES Y CONSECUENCIAS

Las respuestas del Estado a las amenazas derivadas del tránsito de drogas y precursores químicos han sido muchas y de distinto tipo. Cada Estado ha empleado sus propias estrategias, por lo general complejas, que han combinado distintos elementos en función de sus evaluaciones de problemas y necesidades.

En 2009 se decomisó un total de 6.022 toneladas métricas de marihuana a nivel mundial. Un 70 por ciento de estos decomisos tuvo lugar en Norteamérica y un 10 por ciento en Sudamérica. Estados Unidos y México han realizado los decomisos de cannabis más grandes del mundo. En México el cannabis fue confiscado principalmente en la zona cercana al cultivo o cerca de la frontera con Estados Unidos. En 2010, el Departamento de Justicia de Estados Unidos confiscó 1.500 toneladas métricas en la frontera con México, en comparación con un total de 2.500 a 3.000 toneladas métricas de consu-

mo dentro del país<sup>9</sup>. De acuerdo con la ONUDD, las confiscaciones colombianas aumentaron de 209 toneladas en 2009 a 255 en 2010. Brasil incautó 155 toneladas en 2010 y en Paraguay las confiscaciones alcanzaron 84 toneladas en 2009. En la República Bolivariana de Venezuela, las incautaciones subieron de 33 toneladas en 2009 a 39 en 2010. Bolivia erradicó 1.069 toneladas de plantas de cannabis en 2010, más de ocho veces la cantidad erradicada en 2006.<sup>10</sup>

Se debe tener en consideración, empero, que las decisiones y acciones de las instituciones para responder al problema de las drogas no siempre resultan en una reducción de la actividad criminal sino sólo su modificación. Es posible identificar dos tendencias principales que tienden a producirse en el mundo criminal como efecto de la acción estatal: por un lado, procesos de fragmentación y competencia entre organizaciones del crimen organizado y, de otra parte, procesos de “integración” de grupos de delincuencia organizada que buscan aglutinar diferentes actividades para ponerlas bajo su dominio. De este modo la ofensiva contra las grandes estructuras criminales puede generar procesos de atomización que debilitan las capacidades de las agrupaciones criminales en el plano nacional pero llevar a la dispersión de las facciones delincuenciales y por lo tanto del crimen.

La situación anterior puede generar, a su vez, competencia por el territorio, haciendo más intensa la disputa entre bandas delincuenciales en el nivel local.

Existe una tendencia al desplazamiento de redes criminales de un barrio a otro dentro de las ciudades o de una ciudad, estado o región a otros dentro de un país o de un país a otro, en búsqueda de lugares que ellas consideran más seguros y con autoridades estatales con menores capacidades. La

9 Caulkins, Jonathan, Hawken, Angela, Beau, Kilmer, and Mark A.R. Kleiman. “Marijuana Legalization: What Everyone Needs to Know,” Oxford University Press. 2012. 41. Print.

10 World Drug Report 2012, Op. cit.

evidencia indica que en estas nuevas áreas tiende a producirse un incremento significativo de los niveles de violencia, aunque no siempre se observa una reducción de la violencia en las áreas abandonadas. Por ejemplo, la presión de las autoridades en países como México y Colombia ha tenido como efecto el desplazamiento de las organizaciones criminales más allá de las fronteras, afectando a los países de Centroamérica, la Región Andina, el Caribe y hay indicios que también al Cono Sur.

Además del desplazamiento territorial de las organizaciones, las intervenciones estatales pueden tener como consecuencia la diversificación de la actividad criminal hacia nuevos delitos. Algo que ya está ocurriendo en varios países de la región donde, tras la fragmentación de las grandes organizaciones criminales, surgen grupos con menos poder y recursos. Estas organizaciones, al verse incapacitadas de realizar actividades vinculadas al tráfico internacional de drogas, utilizan sus recursos y conocimientos sobre violencia para cometer otro tipo de delitos como el secuestro, la extorsión y el robo de automóviles.



# LA VENTA DE DROGAS

06



# 6. LA VENTA DE DROGAS

## ■ 6.1 EL TAMAÑO DEL MERCADO Y QUIENES SE BENEFICIAN DE ÉL

La venta de drogas al por menor es el momento o parte del “Problema de Drogas” en que el valor económico de las sustancias aumenta considerablemente. Es también el momento del “Problema” que presenta menor participación de organizaciones criminales transnacionales (o de los carteles de gran tamaño)<sup>1</sup> y cuando se manifiesta menor violencia.

La medición del valor -no de volumen de sustancia- traficado en esos mercados es, por cierto, compleja. Existen dos métodos comúnmente utilizados para calcularlos, conforme a dos enfoques: el de la oferta y el de la demanda. Ambos utilizan al máximo la limitada información disponible sobre la producción o uso de drogas y ambos requieren la adopción de supuestos para completar la información.

<sup>1</sup> Sólo el mercado de heroína parece escapar a este modelo en lo que a participación de organizaciones transnacionales toca, pues productores de heroína de municipios de Nayarit (México) han desarrollado mercados de heroína negra en Ohio y Carolina del Norte (Estados Unidos) mediante el procedimiento de introducir la sustancia a través de la frontera luego de pagar a las organizaciones de narcotraficantes mexicanos por el permiso de paso a través de sus plazas o franquicias en el norte de ese país. A continuación transportan la heroína a células en los Estados Unidos controladas por individuos de los mismos pueblos de Nayarit, las que la venden directamente a los consumidores o a pequeños vendedores y remiten parte de las ganancias a México.

Como se ha señalado en páginas anteriores, el enfoque de la oferta para estimar el volumen de producción de cocaína y heroína utiliza datos satelitales que indican la producción de coca y amapolas. La formulación de estas estimaciones requiere que se hagan suposiciones sobre la frecuencia de las cosechas de la coca y las amapolas, el promedio del contenido de sustancia activa en la coca y la amapola y la eficacia de los trabajos de erradicación. Asimismo, es necesario hacer suposiciones sobre la calidad de los químicos y la capacidad de los especialistas químicos empleados para convertir la coca y las amapolas en cocaína y heroína, la cantidad de drogas decomisadas y, para las estimaciones regionales, respecto a la forma en que estas drogas son distribuidas en los diferentes mercados. La formulación de estimaciones con base en la oferta es aún más difícil en el caso del cannabis y las drogas sintéticas.

El enfoque de la demanda se basa principalmente en encuestas de hogares. También se pueden utilizar datos obtenidos de las oficinas de admisión hospitalaria, de la población carcelaria y de otras fuentes. A fin de hacer estimaciones de la población de usuarios de drogas con base en datos de esas

encuestas, los investigadores deben hacer suposiciones acerca de los casos que no se registran, cuyo número probablemente es sustancial. También deben tomar en cuenta que los grandes consumidores de drogas no están bien representados en las encuestas de hogares y tampoco en otros tipos de fuentes de datos. Además, en general las encuestas preguntan en qué días de la semana se usan las drogas, no precisamente la cantidad de drogas consumidas para su uso; por lo tanto, esto último tiene que ser calculado como también debe ser calculada la potencia y la pureza de la droga. Las estimaciones de la demanda global son aún más complicadas porque la información procedente de diferentes países con frecuencia se refiere a poblaciones demográficas diferentes y distintos años y algunos países no cuentan con ningún tipo de datos.

Se han realizado estimaciones de los tamaños económicos de los mercados al por menor de algunas de las drogas de mayor circulación. Basada en el enfoque de la demanda, la ONUDD estima que el valor total de ventas de drogas controladas a nivel mundial fue de US\$320.000 millones en 2003, equivalente al 0,9% del PIB mundial. Los mercados de venta minorista de drogas en las Américas fueron estimados en US\$151.000 millones, o sea, aproximadamente el 47% del total mundial. Los mercados de venta minorista en dólares ascendieron en Norteamérica a aproximadamente el 44% del total mundial y en Europa al 33% de ese total. Los mercados minoristas de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe sólo rondaron el 3% del total mundial.

¿Quiénes y en qué volumen se benefician de estos valores provenientes de la venta de drogas?

Como se ha visto, la economía ilegal de drogas comprende una extensa red de actores que se despliega desde las zonas de cultivo y producción hacia los lugares de venta, con lo cual los márgenes de ganancia para cada uno de los participantes varía según su papel en la cadena.

Utilizando diversas fuentes, entre las que destacan la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Análisis Nacional de la Amenaza de Drogas del Departamento de Estado de los Estados Unidos, es posible trazar el siguiente camino de la droga con su ganancia a cada paso:

- Para producir un kilo de pasta base de hidrocloreto de cocaína se requiere entre 450 y 600 kilos de hoja de coca. Como un granjero colombiano recibe en promedio 1,3 dólares por kilo de hoja de coca, puede estimarse que el kilo de pasta base en la selva colombiana tiene un costo de entre 585 y 780 dólares.
- En la misma selva colombiana el kilo se vende en alrededor de 2.700 dólares; en los puertos del país el precio se eleva ya a entre 5.500 y 7.000 dólares.
- En Centroamérica el mismo kilo alcanza un valor que ronda los 10.000 dólares.
- En la frontera norte de México el precio puede haber subido a 15 mil dólares.
- En los Estados Unidos, pasada la frontera, el kilo es vendido al mayoreo y alcanza un precio de 27 mil dólares o más.
- En algún momento de su trayectoria, el kilo de pasta base original sufrió adulteraciones químicas que normalmente permiten una duplicación de su volumen físico y, por lo tanto, el kilo original se transformó en dos kilos.
- El gramo de cocaína refinada alcanzó en 2010 un precio de 165 dólares en Estados Unidos.
- Por lo tanto, el kilo original, con un costo promedio de 650 dólares (entre 585 y 780), se transformó en dos kilos con un valor total de venta al detalle de 330.000 dólares, esto es el valor del producto se incrementó alrededor de 500 veces a lo largo de su cadena de valor.

Todos los eslabones de la cadena tuvieron una importante ganancia. Pero esta información disponible sugiere que la mayor ganancia se produjo al

final. El mayor valor en esta economía ilegal es agregado en los mercados de venta final, con lo que presumiblemente también una parte importante de las ganancias se genera en esos mercados donde, paradójicamente según veremos en el Capítulo 8, la violencia es visiblemente menor.

La distribución de las ganancias a través de la cadena de la oferta ha sido razonablemente estudiada, en particular en lo que respecta a la cocaína. Según la ONUDD, los mercados de cocaína de los Estados Unidos y del mundo ascienden en valor a un total cercano a los US\$34.000 millones y US\$84.000 millones, respectivamente.<sup>2</sup> En ambos mercados sólo un poco más del 1% del valor corresponde al ingreso de los productores originales en los países andinos, en tanto que los vendedores minoristas de los países consumidores reciben cerca del 65% de esos ingresos. Alrededor del 9% de los ingresos se adquieren cuando la cocaína es transportada desde los países productores a los países de tránsito (tales como México o países de África Occidental).

Las ganancias de las ventas al por mayor son divididas entre los vendedores internacionales, que introducen el producto desde los países de tránsito a los países consumidores (por ejemplo, de México a los Estados Unidos) y los vendedores nacionales que dividen las compras de kilos de cocaína en pequeñas unidades de una onza, que se venden a los minoristas y se divide aún más antes de ser vendida a los consumidores finales. Las ganancias de los vendedores internacionales son un poco más elevadas en el mercado de la cocaína a nivel mundial que en el mercado de la cocaína en los Estados Unidos, aunque en ambos casos reciben entre el 20% y el 25% del total de los ingresos.

No obstante las limitaciones de la información de que se dispone, es posible afirmar que, en general y para todas las sustancias, el margen de ganancias del narcotráfico es muchísimo más alto que los márgenes que se pueden obte-

ner con bienes lícitos. Por ejemplo, el costo del grano de café es cinco veces más alto a nivel del comercio minorista que en la puerta de la hacienda del cafetal, en tanto que el costo de la heroína es 170 veces más.

## ■ 6.2 A DÓNDE VA EL DINERO: CORRUPCIÓN, LAVADO DE ACTIVOS Y GOBERNABILIDAD DEMOCRÁTICA

Esos enormes volúmenes de ganancias son a su vez enormes volúmenes de dinero en billetes que generan otros graves problemas en nuestro continente -aunque nuevamente de manera principal en los países productores y de tránsito- en una doble vertiente de corrupción. La corrupción de las personas -funcionarios públicos o privados-, que se ven finalmente envueltos como facilitadores u operadores en algún punto de ese proceso económico, y la de las instituciones, principalmente aquellas del ámbito financiero, que crecientemente se ven comprometidas en actividades que buscan “lavar” esos dineros estableciendo peligrosos enlaces entre las esferas de lo legal y lo ilegal.

La evidencia indica que el problema de las drogas ilegales, y fundamentalmente el de su producción y tránsito, ha sido acompañado por la corrupción de funcionarios públicos en distintos niveles. En un marco de prohibición, la economía de las drogas ilegales requiere del soborno, la connivencia y la omisión de servidores públicos para proteger sus operaciones y garantizar la impunidad de sus acciones. Si en algo existe consenso en materia de economía ilegal de drogas es que ésta y el crimen organizado no pueden existir sin corrupción. Tanto la violencia como la corrupción pueden ocurrir sólo en un contexto de alta impunidad, donde no hay certidumbre del cumplimiento de la

2 World Drug Report 2010, Op. cit.



ley y el Estado no tiene la capacidad de identificar y procesar a los responsables de infringir las normas. Como señaló la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su “Informe sobre Seguridad Ciudadana y Derechos Humanos”: “En varios países de la región, la corrupción y la impunidad han permitido a organizaciones criminales desarrollar y establecer verdaderas estructuras de poder paralelas”. La CIDH destaca que en la mayoría de los países de la región no se destinan los recursos necesarios para que el sistema de justicia cuente con los recursos humanos y la infraestructura necesaria para poder investigar, juzgar y sancionar. Es preciso admitir que la corrupción y la impunidad hacen parte de las debilidades estructurales de los Estados de América Latina y el Caribe y que las organizaciones del narcotráfico han aprovechado esta situación, profundizando sus dimensiones y consecuencias. El tema es abordado nuevamente, en lo que dice relación con la debilidad de las instituciones estatales frente al tema de la violencia, en el Capítulo 8 de este Informe.

De acuerdo a Transparencia Internacional, que elabora una escala de percepción de la corrupción que va de 1 a 10 (siendo 10 el país más transparente), tres cuartos de los países del hemisferio analizados están por debajo de 5 puntos. Cuando la corrupción generada por el problema de las drogas ilegales y los niveles de penetración del crimen organizado en las instituciones alcanzan gran intensidad, pueden llegar a producir la cooptación y/o reconfiguración de las instituciones del Estado. No hay otra economía ilegal en la región con tal capacidad de erosionar la institucionalidad. La corrupción producida por el problema de las drogas ilegales puede comprometer desde oficiales de bajo rango hasta autoridades y funcionarios públicos con posiciones de alta responsabilidad, incluidos miembros de la Policía y el Ejército en posiciones de mando.

En materia de corrupción, las facciones criminales han pasado de la etapa predatoria, asentadas en el nivel local, a la etapa simbiótica, con nexos

con sectores políticos y económicos a nivel nacional, con graves implicaciones para la gobernabilidad democrática. Países con una institucionalidad democrática débil y de poca transparencia, se ven especialmente expuestos a esta situación y las consecuencias suelen ser devastadoras en términos de magnitud de la corrupción pública, penetración de las instituciones estatales, tráfico de influencias y manipulación de la justicia.

La misma situación tiene efectos sobre un aspecto clave de la gobernabilidad democrática: la transparencia y rendición de cuentas, pues cuanto más se permean enclaves del Estado, del gobierno y/o del sistema político con la influencia del narcotráfico (vía corrupción, tráfico de influencias y omisiones en la fiscalización), más difícil resultan dichas transparencia y rendición de cuentas. Esto genera un círculo vicioso de debilitamiento de la gobernabilidad democrática, porque cuanto más se debilita la institucionalidad y los procedimientos públicos, más susceptible es el Estado de verse afectado por la economía ilegal de las drogas.

La segunda gran vertiente de corrupción generada por la economía ilegal de drogas es aquella asociada a su necesidad de ocultar el origen ilícito de sus bienes y fondos a fin de integrarlos al sistema económico legal, conocida como “lavado de activos”. Si bien no existe acuerdo respecto al volumen de fondos que se integran al sistema, sí hay un amplio consenso en que estos fondos tienen un gran poder corruptor y distorsionante pues arrastra a agentes económicos “legales” hacia actividades ilegales y genera áreas “grises” en las que actores aparentemente legales participan en acciones claramente ilegales.

Tradicionalmente el sector financiero, y los bancos en particular, han sido utilizados para el lavado de activos. El tipo y diversidad de los servicios que ofrece este sector permite realizar maniobras que pueden canalizar los fondos generados por actividades criminales en forma rápida y se-

gura, manteniendo oculto el origen de los mismos. Sin embargo y en buena medida como respuesta a las acciones de prevención aplicadas al sector financiero, las organizaciones delictivas han diversificado sus procedimientos y ahora utilizan también otros agentes económicos, entre ellos compañías de seguros, corredores de bolsa y de valores, agencias de cambio de monedas, empresas de envíos de giros, casinos, comerciantes y concesionarios de minerales y piedras preciosas, bienes inmuebles y profesionales independientes, tales como notarios, contadores y abogados<sup>3</sup>.

La ONUDD estima que las ganancias relacionadas con las drogas, disponibles para el blanqueo a través del sistema financiero, se sitúan entre el 0,4 y el 0,6% del PIB mundial.<sup>4</sup> Se estima igualmente que alrededor de la mitad de estas ganancias son blanqueadas dentro de la jurisdicción donde se han generado, ingresando al sector bancario, al de bienes inmuebles o a otros tipos de inversiones. En particular, la ONUDD condujo un análisis detallado

3 Todas las pruebas sugieren que los nuevos desarrollos en materia de lavado de activos siempre están un paso más adelante que los esquemas legales formulados para combatirlos, lo cual significa que estos últimos tienen que ser constantemente revisados y reemplazados. Para avanzar en este frente se debe considerar fortalecer las capacidades del Estado para la investigación y adopción de sanciones más severas, aun cuando esto pueda traducirse en nuevas medidas de control para el sector financiero. Podría ser oportuno, por ejemplo, contemplar la imposición de sanciones penales a las instituciones y no sólo a los individuos, de manera de evitar la situación actual en la que con frecuencia son los funcionarios de bajo nivel los sancionados por delitos que cometen los bancos u otras instituciones financieras. También se debe tener en cuenta que una de las razones principales por las cuales este fenómeno es de carácter transnacional es que, en la mayoría de los casos, el dinero "legalizado" termina siendo depositado en las casas centrales de los bancos y oficinas en Estados Unidos y Europa y no en las sucursales financieras de esas instituciones en América Latina y el Caribe. Por lo tanto, la preocupación mayor debe centrarse en la aplicación de la ley en los países en que residen esas casas matrices. Es igualmente importante y urgente asegurar la homogeneidad de la legislación de los diferentes países, porque es obvio que las discrepancias en esta área anulan completamente la capacidad de investigar y sancionar desarrollada en los países que cuentan con una legislación más avanzada. No se debe ignorar la posibilidad de desarrollar un marco jurídico común, por lo menos con relación a este problema.

4 World Drug Report 2011

del lavado de activos procedentes del comercio de la cocaína. Sus cálculos sugieren que el 46% de las ganancias brutas de la cocaína vendida por los minoristas y el 92% de las ganancias brutas de los mayoristas están disponibles para el blanqueo, lo cual resulta en una proporción de dinero disponible para el blanqueo que asciende al 62% de las ganancias brutas de la cocaína.

La cifra anterior ha sido cuestionada por diversos estudios que sostienen que el dinero y activos que son finalmente blanqueados ascienden a volúmenes menores y no superarían la cuarta parte del total obtenido por las organizaciones criminales<sup>5</sup>. En cualquier caso y cualquiera que sea en definitiva su real dimensión no cabe duda que el lavado de activos, impulsado por la economía ilegal de drogas, tiene efectos perjudiciales en la economía, el desarrollo social y la gobernabilidad democrática.

En las zonas subdesarrolladas donde existe una escasa presencia del Estado, la inyección de fondos provenientes del mercado de drogas controladas tiene un poderoso impacto, acumulando bienes y servicios en segmentos de la población que están aislados de los circuitos tradicionales legal y económico. Bajo estas circunstancias, los grupos delictivos organizados establecen vínculos con las comunidades que aprecian sus actividades e inversiones como una oportunidad para su integración social y económica. La dinámica de esta relación promueve un desarrollo "perverso", basado en fondos adquiridos ilegalmente y en la presencia y control de grupos criminales que imponen orden mediante amenazas y violencia. En este escenario, las actividades económicas tradicionales son dejadas de lado por ser menos rentables en

5 World Drug Report 2011

Reuter, Peter: "Are Estimates of the Volume of Money Laundering either Feasible or Useful? Comments on the Presentation by John Walker." Paper presented at the Tackling Money Laundering Conference, Utrecht University, November 2, 2007. United States Of America-Mexico Bi-National Criminal Proceeds Study. Brien, Nicolas: "A Bilateral Study on Money Laundering in the United States and Mexico." 2011.

tanto que prosperan las actividades que propician el lavado de activos y la concentración de recursos.

## ■ 6.3 LA VENTA DE COCAÍNA

La venta de la cocaína se ha investigado en gran detalle y hay un relativo consenso sobre el valor total aproximado de este mercado. La ONUDD estima que el valor total de venta de cocaína a nivel mundial fue de aproximadamente US\$85.000 millones en 2009 (rango de US \$75.000 - \$100.000 millones).<sup>6</sup> Tanto la metodología basada en la demanda –que utiliza los datos de las encuestas de hogares– como la metodología que se basa en la oferta –que utiliza información sobre la producción y decomisos de la sustancia– producen estimaciones bastante similares. ONUDD estima que los principales mercados son Norteamérica (US\$40.000 millones o el 47% del mercado mundial), seguido de Europa Occidental y Central (US\$34.000 millones o el 39% del mercado mundial).

Los datos más recientes de América Latina no se desglosan de acuerdo a los diferentes mercados regionales, aunque datos recopilados en 2003 sugieren que los países de Sudamérica contribuyen a la mayor parte del mercado latinoamericano.

El mercado de Estados Unidos se estima en aproximadamente US\$38.000 millones, lo cual es similar a otro estimado ampliamente citado de US\$30.000 millones (rango de: US \$25.000 - \$35.000 millones).<sup>7</sup> Ha habido diferencias significativas entre las estimaciones de las Naciones Unidas y el gobierno de los Estados Unidos, probablemente debido a las diferencias que se han explicado antes entre las imágenes satelitales, las suposiciones sobre las cosechas y las suposiciones sobre la eficacia de la erradicación de las cosechas. Si bien estas diferencias

pueden ser bastante grandes para un año determinado, la diferencia del promedio estimado de producción de cocaína durante un período prolongado es menos marcada.

## ■ 6.4 LA VENTA DE HEROÍNA

La ONUDD también ha calculado recientemente el valor del mercado minorista de la heroína. Estima que el valor mundial de ese mercado en 2009 fue de aproximadamente US\$55.000 millones.<sup>8</sup> Estados Unidos y Canadá representan el 13% (Estados Unidos US\$8.000 millones) de este mercado; alrededor de la mitad de la heroína del mundo es consumida por la Unión Europea y la Federación Rusa. No se ha calculado un consumo específico para América Latina, que se incluye en la categoría “otros”, y el informe cita datos inexistentes en más de la mitad de los países de la región. Si bien como se menciona en otras partes de este Informe, existen evidencias de incrementos de consumo de heroína en América Latina, lo más probable es que su mercado minorista siga siendo muy pequeño.

## ■ 6.5 LA VENTA DE MARIHUANA

Las estimaciones más recientes de la ONUDD sobre el valor del mercado minorista de cannabis están contenidas en el Informe Mundial sobre las Drogas de 2012. Este informe alerta que el error entre el valor estimado del mercado de cannabis y el valor real podría ser mucho mayor que el error de los mercados de la cocaína y la heroína, debido a las inconsistencias de los datos que imposibilitaron reconciliar los cálculos de la oferta y la demanda.

ONUDD optó por una estimación entre los cálculos logrados con el enfoque basado en la oferta y aquellos basados en la demanda y estimó el valor del mercado mundial minorista del canna-

6 UNODC, World Drug Report (2012).

7 Office of National Drug Control Policy, White House (ONDCP) “What America’s Users Spend on Illegal Drugs”, (2012).

8 UNODC, World Drug Report (2012).

bis en US\$141.000 millones, del cual algo menos de la mitad (US\$64.000 millones) corresponde a Estados Unidos. Estimó igualmente que el mercado sudamericano es pequeño y se eleva sólo a US\$4.200 millones. Sin embargo existen estudios que indican que el valor verdadero del mercado mundial de cannabis es probablemente la mitad de lo que calcula la ONUDD y han indicado que la producción de cannabis denota niveles increíblemente elevados en los Estados Unidos.<sup>9</sup>

En general las estimaciones con base en la oferta son probablemente menos útiles para utilizarlas con un producto como la marihuana –que, como se ha dicho, se puede producir casi en cualquier lugar– que en el caso de la coca y las amapolas –que se producen en el exterior, en áreas limitadas y en condiciones geográficas específicas.

Mediante el uso del enfoque que se basa en la demanda, un informe de la Oficina Nacional de Políticas para el Control de las Drogas de Estados Unidos, calculó que el valor del mercado de drogas minorista de esta sustancia en ese país en el año 2000, ascendió a aproximadamente US\$11.000 millones (casi US\$14.000 millones en dólares actuales).<sup>10</sup> Otros estudios, que utilizan el enfoque basado en la demanda, han estimado que el valor del mercado minorista del cannabis en Estados Unidos en 2005 fue de aproximadamente US\$20.000 millones y en 2012 entre US\$15.000 y US\$30.000 millones.<sup>11</sup> El nivel más alto de este rango es cercano al valor estimado del mercado minorista de la cocaína. Si bien existen considerables incertidumbres que

conducen a un gran margen de error, es evidente que el valor del mercado minorista del cannabis en los Estados Unidos ha aumentado sustancialmente a través del tiempo.

## ■ 6.6 LA VENTA DE ESTIMULANTES TIPO ANFETAMINA

Las estimaciones del valor del mercado minorista de los estimulantes tipo anfetamina son por lo menos tan inciertas como las estimaciones de la marihuana. La ONUDD estimó que el mercado minorista mundial de anfetaminas ascendía a US\$28.000 millones en 2003, con US\$17.000 millones (60%) de este mercado concentrado en Norteamérica y menos del 1% en Sudamérica.<sup>12</sup> El valor total del mercado minorista del éxtasis se estimó en US\$16.000 millones, contribuyendo Norteamérica con US\$8.500 millones (52%) y Sudamérica con US\$1.200 millones (7%). Más recientemente, el Informe Mundial sobre las Drogas de 2010 indicó que hay una gama muy amplia de estimaciones de producción mundial de anfetaminas (de 149 a 577 toneladas métricas). Las estimaciones basadas en la oferta de anfetaminas se calculan controlando las cantidades de precursores químicos, pero este método puede ser problemático porque los precursores también se utilizan para fines legítimos.

Un estudio más reciente, que utiliza el enfoque de la demanda, estima que el valor del mercado minorista de anfetaminas en Estados Unidos es de entre US\$3.000 y \$8.000 millones, con un cálculo de conjetura que lo ubica en US\$5.000 millones.<sup>13</sup> El margen de error es grande porque el rastro del uso de las metanfetaminas no se corresponde con el sistema de recopilación de datos: estos sistemas se concentran especialmente en las zonas urbanas y el uso de metanfetaminas en los Estados Unidos –que está concen-

9 Reuter, Peter, and Franz Trautmann, eds. *A Report on Global Illicit Drug Markets 1998-2007*. European Communities, 2009.

10 Abt Associates, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, Washington, D.C.: Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, December 2001. <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS20925>

11 Kilmer, Beau and Rosalie Liccardo Pacula. "Estimating the size of the global drug market: A demand-side approach," RAND Corporation, 2009; Caulkins, Jonathan, Angela Hawken, Beau Kilmer, and Mark A.R. Kleiman. *Marijuana Legalization: What Everyone Needs to Know*, Oxford University Press, 2012.

12 UNODC. *World Drug Report* (2005).

13 Kilmer et al: "Better understanding efforts to reduce supply of illicit drugs"

trado en ciertas regiones- no es fundamentalmente urbano. Además, como durante la última década se registraron cambios profundos en el consumo y producción de las metanfetaminas, las estimaciones dependen en gran forma del año que sea analizado.

Si bien hay considerables incertidumbres, en Norteamérica el mercado de las metanfetaminas es claramente menor que el de la cocaína y el cannabis, menor que el de la cocaína en Sudamérica y potencialmente menor que los mercados de otras drogas en otros lugares del Hemisferio. Sin embargo, no hay datos disponibles para ofrecer un análisis detallado correspondiente a todas las regiones.

## ■ 6.7 LA VENTA DE NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

No existe información confiable sobre el valor y el tamaño del mercado de sustancias psicoactivas en nuestra región. Un indicador de esos volúmenes puede desprenderse, sin embargo, del incremento de uso de la Internet para facilitar la distribución de estas sustancias a un público global. El Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción a Drogas ha observado un continuo aumento del número de sitios que venden estos productos por Internet: desde 170 en 2010 a 690 en 2012.

## ■ 6.8 LA REACCIÓN DEL ESTADO, SUS DIFICULTADES Y CONSECUENCIAS

Tanto los productores de drogas como los traficantes, violan las leyes de drogas y son criminales. Pero como los recursos de los sistemas de justicia son escasos y los costos de acceso a ellos altos, finalmente termina ocurriendo que la aplicación de la ley se concentra en aquel aspecto que es menos

complejo y más “barato”, lo que tiene por efecto que la gran mayoría de los detenidos por delitos de drogas sean pequeños productores o traficantes.

En América del Sur las cárceles femeninas están llenas de “mulas” o pequeñas traficantes, que muchas veces tienen de compañía en la cárcel a sus hijos pequeños. Algunos estudios afirman que aproximadamente el 70% de las mujeres en prisión están allí por micro tráfico no violento<sup>14</sup>. La mayoría de ellas vienen de comunidades socialmente marginalizadas y vulnerables y comúnmente son migrantes o provienen de poblaciones indígenas. Como resultado de lo anterior, muchas cárceles presentan niveles de hacinamiento muy altos y en ellas las presas son víctimas de abuso sexual, extorsiones y matonaje.

En Brasil se experimentó un gran incremento en la población de presos por tráfico<sup>15</sup> como consecuencia de la nueva legislación de 2006. Si bien la ley abolió la pena de encarcelamiento para consumidores de drogas (siendo esta conducta aún considerada un crimen), no contó con una clara definición jurídica sobre lo que significa consumo personal. La nueva ley aumentó la pena mínima para el tráfico de drogas y la previsión legal de prisión preventiva obligatoria. Entre 2007 y 2012 el número de presos por este delito creció en 123%, pasando de 60.000 a 134.000.

14 Meetal, P. and Youngers, C. (Eds), ‘Systems Overload: Drugs Law and Prisons in Latin America’, Transnational Institute and the Washington office on Latin America, 2010.

15 Boiteux, Luciana, Ela Wiecko, Volkmer de Castilho, Beatriz Vargas, Vanessa Oliveira Batista, Geraldo Luiz Mascarenha Prado, Carlos Eduardo Adriano Japiassu. Tráfico de drogas e constituição: um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais. Relatório de Pesquisa, Projeto Pensado o Direito, Ministério da Justiça, Brasília., Garcia, Cassia S. (2005). Os (des)caminhos da punição: a justiça penal e o tráfico de drogas São Paulo. Dissertação (Mestrado em Sociologia), FFLCH/USP., Raupp, Mariana M. (2005). O seletto mundo da justiça: análise de processos penais de tráfico de drogas. São Paulo: Dissertação (Mestrado em Sociologia), FFLCH/USP. Teixeira, Alessandra (2012). Construir a delinquência, articular a criminalidade. Um estudo sobre a gestão dos ilegalismos na cidade de São Paulo. Tese (Doutoramento em Sociologia), FFLCH-USP, São Paulo



Este aumento se dio sobre todo a partir del encarcelamiento de delincuentes primarios con pequeñas cantidades, sin relación con el crimen organizado.

Muchos tienden a justificar las sanciones punitivas para quienes violan las leyes contra las drogas porque son, supuestamente, retributivas y disuasivas: buscan castigar a quienes han violado leyes y generar temor entre quienes podrían hacer lo mismo. Sin embargo, es importante determinar si la legislación y las actuales sanciones tienden a castigar a los menos culpables. Las condenas por venta de drogas en ocasiones son tremendas y exceden incluso las condenas por actos graves de violencia. Los sistemas de condenas, que se basan principalmente en la cantidad de drogas implicadas en vez de en la conducta específica del acusado, pueden abarrotar con facilidad muchas celdas carcelarias con delincuentes menores.

Si una actividad laboral o productiva es definida como ilegal sin que la población afectada comprenda con claridad las razones de esa decisión o las rechace a partir de sus contradicciones y paradojas, se creará una disposición a continuar transgrediendo otras normas, pues sobre todas se extenderá la sombra de dudas respecto de su legitimidad. Muchas personas que carecen de otras oportunidades claras de movilidad social pueden llegar a percibir la economía ilegal de la droga como una vía aceptada de trabajo, de fuente de ingresos, de elevación del status social, de acceso a mayor consumo e incluso de sentido de pertenencia.



# EL CONSUMO DE DROGAS

07





# 7

## EL CONSUMO DE DROGAS

### ■ 7.1 POR QUÉ LOS SERES HUMANOS CONSUMEN DROGAS

Existen muchas respuestas diferentes a esta pregunta, lo que probablemente refleja la diversidad del fenómeno. Como se ha expuesto en el Capítulo 2 de este Informe, diversas investigaciones han demostrado el importante papel que tiene la interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno de las personas, en el proceso por el cual el consumo regular puede derivar en el trastorno de dependencia.

Lo cierto es que la mayoría de la población mundial no usa drogas, que entre quienes llegan a probarlas solo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y que de estos sólo una fracción aún más pequeña desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia<sup>1</sup>. La transición de una etapa de uso a otra está asociada a una gran variedad de factores de riesgo y protección relacionados con el individuo y su medio. La relación entre personas y sus

tancias, así como las consecuencias que se derivan del uso, comprenden un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados.

- El uso experimental. Una droga es consumida para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, es abandonada.
- El uso regular o social. Se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y su consumo se integra al estilo de vida habitual.
- El uso nocivo. Definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico.
- Abuso y consumo perjudicial. Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como el caso de la hepatitis por la auto administración de sustancias psicoactivas inyectables) o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión de masiva de alcohol).

<sup>1</sup> De acuerdo a la información más actualizada, correspondiente a 2010, proporcionada por la Oficina Contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas, las personas adultas que consumen una droga ilícita por lo menos una vez al año alcanzan a alrededor del 5% de la población mundial. De ellas sólo alrededor de la décima parte, aproximadamente el 0,6% de la población adulta mundial, son consumidoras habituales y de esta última proporción un porcentaje aún menor, que no supera el 0,1%, pueden considerarse adictas

Al analizar las interrelaciones que llevan a esos comportamientos, los investigadores de la epidemiología social han cuestionado los enfoques anclados únicamente en la responsabilidad del sujeto y han insistido en la necesidad de una perspectiva más amplia que tome

en cuenta el contexto social y cultural. El examen desde esa perspectiva muestra que en los escenarios de consumo existen diferentes niveles de peligro. Intervienen factores tales como nivel de desarrollo, urbanización y servicios; la inclusión/exclusión social; la disponibilidad de drogas y de armas; el índice de delitos y la existencia de grupos que pueden estar involucrados en la distribución de drogas, algunos de los cuales pueden ser más violentos que otros. También interviene la acción de la policía y las estrategias utilizadas para combatir el delito o, en su caso, el consumo.

Desde la perspectiva de las determinantes individuales es posible distinguir dos categorías: a) factores de riesgo que, sin estar ligados causalmente al consumo o dependencia, los anteceden y aumentan su probabilidad de ocurrencia; b) factores de protección, que hacen fuertes a las personas para resistir los riesgos. En este último caso se habla de personas con resiliencia, quienes a pesar de haber experimentado muchos de los factores de riesgo, no incurrir en el consumo o no desarrollan dependencia.

La evidencia científica muestra que los individuos tienen características diferentes y viven en entornos también diversos que los harán más o menos vulnerables al uso de sustancias. Estos factores de riesgo pueden situarse en diferentes dominios: individual (por ejemplo, trastorno emocional o de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas); familiar (convivencia con padres alcohólicos); escolar (fracaso escolar); pares (amigos usuarios de drogas); comunidad (alta disponibilidad de sustancias); condición social (la pertenencia al mundo de los excluidos sociales por situaciones de pobreza, desigualdad, falta de educación, escasez de oportunidades, discriminación de género). Tales factores interactúan con cada individuo, quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos de una manera diferente. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes etapas de su desarrollo personal.

Los factores de protección pueden situarse también en cada uno de los dominios de la vida del individuo: en la esfera individual (por ejemplo, alta autoestima o personalidad orientada a la evitación de riesgos), familiar (convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores), escolar (apego escolar), pares (amigos poco tolerantes hacia el consumo), comunidad (pertenencia a redes de apoyo social), condición social (instrumentos públicos o privados destinados a reducir la exclusión social y las desigualdades). Todos los anteriores pueden definirse como factores que, en presencia del riesgo, protegen a los individuos de consumir drogas, más que lo opuesto al riesgo.

Los factores que contribuyen a la resiliencia pueden incluir: una relación estrecha con los padres u otro adulto quien asegura un ambiente proveedor de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; sentimientos de éxito, de control y de respeto por sí mismos por parte de los menores; fuertes recursos internos (por ejemplo, buena salud física y psicológica) y externos (buena red social de apoyo que incluye a la familia, la escuela, la comunidad y el Estado). Entre otros factores se encuentran habilidades sociales que incluyen la capacidad para comunicarse, negociar, tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; habilidades para resolver problemas; una percepción de que las adversidades se pueden resolver con perseverancia y esfuerzo, y haber sobrevivido situaciones de riesgo anteriores<sup>2</sup>.

Todo lo anterior debe entenderse, a su vez, en el contexto social real de los países de nuestro Hemisferio. Muchos de los enormes cambios sociales ocurridos en las últimas décadas en todo el continente americano, han debilitado las normas que tradicionalmente controlaban el comportamiento de muchas personas. La desintegración de la familia, los cambios en los papeles sociales de

2 Brounstein PJ, Altschell DM, Hatry HP, Blair LH. Substance use and delinquency among inner city adolescent males. Washington, DC: Urban Institute Press; 1989.

hombres y de mujeres, el aumento de la migración, el desprecio a la autoridad de las personas mayores, el conocimiento de otras sociedades obtenido a través de los medios de comunicación, el aumento significativo en los niveles de educación y el acceso a nuevas formas de empleo, son algunos de los factores que han contribuido a que muchas normas de comportamiento tradicionales se hayan debilitado y a que otras simplemente sean hoy obsoletas.

En muchos casos, las estructuras sociales tradicionales que fueron estables por largo tiempo, como las familias, al enfrentarse con el mundo moderno experimentan fragilidad y terminan envueltas en procesos de cambio fuertes e impredecibles. Este proceso puede derivarse en el rechazo de normas atávicas y la erosión de la cohesión social.

La sociedad moderna ha generado otras tensiones que agravan las fragilidades sociales, especialmente entre las personas proclives al uso problemático de las drogas:

- Las presiones para aumentar el consumo, particularmente de bienes “posicionales” que reflejen o pretendan reflejar estatus social.
- La necesidad de rituales de tránsito y conexión. Algunas personas pueden llegar a usar drogas para compensar la pérdida de rituales y de pertenencia en una sociedad moderna. La participación en las pandillas que negocian drogas controladas también puede producir un sentido de comunión.
- Afirmación en la exclusión. La participación en el negocio ilegal puede ser una respuesta a la exclusión, bien sea segregación o discriminación racial, étnica o de clase. Los campesinos cocaleros y los miembros de muchos carteles consideran sus acciones como una protesta contra la sociedad excluyente.

## ■ 7.2 QUÉ DROGAS SE CONSUMEN EN LAS AMÉRICAS Y EN QUÉ VOLUMEN

Como se ha señalado antes, según el Informe Anual 2011 de ONUDD, en 2010 alrededor de 230 millones de personas en el mundo (estimación que va de 153 a 300 millones) consumieron alguna droga ilícita en el año previo. Como también se ha dicho, esto representa alrededor del 5% (entre 3,4% y 6,6%) de la población mundial de 15 a 64 años de edad.

### Marihuana

La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en todo el mundo. Se calcula que entre 119 y 224 millones de personas entre 15 y 64 años –lo que equivale entre 2,6% y 5% de la población en ese grupo– han consumido marihuana alguna vez en el último año. Esto quiere decir que los usuarios de marihuana pueden llegar a representar entre el 75 y el 80% de los consumidores de drogas controladas a nivel mundial.

El 24% del total de consumidores de marihuana del mundo se encuentra en la región de las Américas. Del total de usuarios de las Américas, 81% son de Norteamérica. En los países del Hemisferio, 6,6% de la población entre 15 y 64 años ha consumido marihuana en los últimos doce meses. El consumo de marihuana en el continente es prácticamente idéntico al de Europa y supera largamente el promedio mundial. Los promedios ocultan una variación importante entre las naciones. En algunos países de América, la prevalencia del uso en el último año es inferior a 1% de la población de 15 a 64 años, mientras que en otros supera el 14%<sup>3</sup>.

El uso de marihuana en Norteamérica en promedio alcanza a 10,8% de la población, con diferencias muy marcadas entre Estados Unidos y Canadá (en ambos países se acerca al 14%) respecto de México (1%). En Centroamérica el

3 Organización de los Estados Americanos: Informe del uso de Drogas en las Américas. 2011.

valor promedio es alrededor de 2,4% de la población, cifra muy similar al observado como promedio en Sudamérica. No hay datos comparables disponibles para la región del Caribe.

Todo indica que las personas que consumen marihuana se inician mayoritariamente a muy temprana edad, un fenómeno que tiende a repetirse particularmente en el caso del tabaco. El *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011* evaluó 33 países del Hemisferio, de los cuales en 9 la prevalencia del uso de esta droga alguna vez en la vida en la población escolar supera el 30 por ciento. En 12 países, más de 10% de escolares de 14 años o menos habían consumido marihuana al menos una vez; en 11 países, el consumo entre adolescentes de 17 años superó el 30 por ciento. En aquellos países donde el consumo es más alto, la diferencia entre hombres y mujeres es menor. La diferencia en el consumo entre jóvenes y adultos sugiere que de aquellos jóvenes que experimentan con la sustancia en la adolescencia o antes, sólo una proporción menor continúa consumiéndola en la edad adulta.

El consumo de marihuana se ha incrementado entre los escolares de nivel medio en la mayoría de los países del hemisferio. Una excepción es el caso de Canadá, que entre 2010 y 2011 reporta una disminución del 27 al 21% en la prevalencia de consumo de cannabis durante el último año en estudiantes de séptimo a duodécimo grados<sup>4</sup>.

## Cocaína

Según la ONUDD, entre el 0,3 y el 0,4% de personas entre 15 y 64 años de edad declararon haber consumido cocaína alguna vez en el último año a nivel mundial. El total de usuarios en las Américas se sitúa entre 7 y 7,4 millones de personas, lo que arroja una prevalencia de 1,2 por ciento, porcentaje equivalente al encontrado en la población europea. El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mun-

dial. En algunos países de América la prevalencia del uso de cocaína es inferior a 0,1% de la población en tanto en otros supera el 2 por ciento.

El porcentaje de individuos consumidores también puede variar en forma importante en el interior de los países. Por ejemplo, los estudios en población general realizados en Colombia<sup>5</sup>, Chile<sup>6</sup> y Argentina<sup>7</sup> muestran que la prevalencia de consumo en los departamentos/regiones/provincias de dichos países va de 0,1 a 2 por ciento. Algo similar ocurre cuando se comparan los estados dentro de Estados Unidos<sup>8</sup>.

Tal como se observó en el caso de la marihuana, también es posible encontrar uso de cocaína en la población escolar entre 13 y 17 años de edad. En varios países del hemisferio se estima que 2% o más de dicha población ha consumido cocaína en el último año<sup>9</sup>. Adicionalmente, entre los países que cuentan con datos sobre tendencias en el consumo de cocaína en esta población, se puede observar que en el Cono Sur, es decir Argentina, Chile y Uruguay, se ha incrementado la prevalencia del consumo de cocaína entre 2005 y 2011. En comparación, en los Estados Unidos la prevalencia del consumo bajó entre escolares de enseñanza media en el mismo periodo<sup>10</sup>.

## Cocaínas fumables

Durante los últimos 10 años el consumo de pasta base de cocaína (PBC), que anteriormente se limitaba princi-

4 Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) 2011.

5 Observatorio de Drogas de Colombia: [http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones\\_nacionales/Estudio%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf](http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf).

6 Gobierno de Chile, Ministerio del Interior: [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010\\_noveno\\_estudio\\_nacional.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010_noveno_estudio_nacional.pdf).

7 Observatorio Argentino de Drogas: [http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio\\_Nacional\\_sobre\\_consumo\\_en\\_poblacion\\_general-Argentina2010.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_sobre_consumo_en_poblacion_general-Argentina2010.pdf).

8 Substances Abuse and Mental Health Services Administration: <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10State/NSDUHsae2010/NSDUHsaeAppB2010.htm>.

9 Organización de los Estados Americanos: Informe del uso de Drogas en las Américas. 2011.

10 Organización de los Estados Americanos: Informe del uso de Drogas en las Américas. 2011.

palmente a los países de la región andina, se ha ido extendiendo a países como Argentina, Chile y Uruguay<sup>11</sup>, si bien su prevalencia es baja en comparación con otras drogas controladas. El empleo de cocaína base es menos frecuente en Centroamérica y Norteamérica, en donde se encuentra con mayor frecuencia el uso de crack. Es importante destacar también la creciente presencia de diferentes formas de cocaína fumable en Brasil.

## Heroína

En Estados Unidos y Canadá se encuentra el mayor consumo de heroína en el hemisferio. México y Colombia, han experimentado aumentos en el consumo de heroína nacional según las solicitudes de tratamiento registradas. En República dominicana la repatriación de usuarios de drogas estaría contribuyendo a crecientes flujos de heroína y a un aumento del consumo nacional. Informaciones recientes estiman que las dos terceras partes de los usuarios de heroína en este país caribeño han sido deportados por Estados Unidos, lugar donde tuvieron el primer contacto con la sustancia<sup>12</sup>.

## Estimulantes tipo anfetaminas (ETA)

A nivel mundial, los estimulantes tipo anfetaminas son el grupo de drogas de mayor uso después de la marihuana, con estimaciones que van entre 14 y 53 millones de personas en el caso del grupo de las anfetaminas, y entre 10 y 28 millones de usuarios para las sustancias tipo éxtasis. En los países de las Américas el uso de estas drogas es muy variado, con altas tasas de consumo en Canadá y Estados Unidos. Sin embargo, también se ha detectado un consumo importante de sustancia tipo éxtasis en la población joven de muchos otros países del hemisferio.

11 Organización de los Estados Americanos / Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Informe Hemisférico, Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Quinta Ronda de Evaluación. Washington DC2011.

12 Estudio de la CICAD y del Consejo Nacional de Drogas de la República Dominicana. 2013

## Inhalables

El análisis sobre el uso de drogas realizado por la CICAD (2011), indica que los inhalables se encuentran entre las sustancias utilizadas por los estudiantes de enseñanza media en el hemisferio, junto con alcohol, tabaco, marihuana y farmacéuticos. En más de un país es la droga de mayor uso. Según el estudio de 2011, la mayor prevalencia del uso de inhalables se registra en Brasil (14,4 por ciento)<sup>13</sup>, seguido de Jamaica (13,9 por ciento), Trinidad y Tobago (13,3 por ciento) y Guyana (10,4 por ciento), en tanto que Estados Unidos (6 por ciento) y México (5 por ciento) presentan una prevalencia significativa aunque menor.

## Fármacos

La situación del abuso de medicamentos con potencial adictivo en Norteamérica es diferente a la de América Latina y el Caribe. En Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides (empleados principalmente como analgésicos), los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiacepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la dextroanfetamina) son los fármacos de mayor uso indebido. Los datos provenientes de la Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias<sup>14</sup> de Estados Unidos, indican que en 2011, 2,4% de la población mayor de 12 años de edad en ese país había empleado fármacos psicoterapéuticos de prescripción sin justificación médica en el último año y que 13,3 por ciento lo había hecho alguna vez en su vida. La mayor proporción del uso indebido de estos medicamentos fue de narcóticos (4,3 por ciento) con una tendencia al alza en el abuso y dependencia a estos compuestos (es-

13 Estudios posteriores en Brasil muestran que el consumo de inhalantes en estudiantes de enseñanza media habría disminuido a un 5.2%, sin embargo se mantiene como la sustancia de uso mas común después del alcohol y el tabaco.

14 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.



pecialmente los derivados de opioides), cuya frecuencia de consumo desde 2009 solo es superada por la cannabis<sup>15</sup>. En el caso de los estimulantes, su empleo se ha relacionado con actividades estudiantiles, y es más probable que ocurra entre estudiantes universitarios de tiempo completo.

En contraste, en México el consumo indebido de fármacos es bajo: en la encuesta nacional de adicciones de 2011, 0,4% de la población entre 12 y 65 años reportó el consumo no médico de fármacos en el año previo. Los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia sin prescripción médica son los tranquilizantes (0,3% de la población), mientras que un 0,2% de la población entre 12 y 65 años reportó a su vez haber usado narcóticos fuera de prescripción alguna vez. En muchas de las naciones de Sur y Centro América el consumo de medicamentos derivados de opioides es más frecuente que el consumo de heroína. Los índices de consumo fuera de prescripción en el último año, en población general adolescente y adulta para los países en donde existe esta información, oscilan entre 2,8% en Costa Rica y 0,03% en República Dominicana y las benzodiacepinas entre 6,1% en Chile y 0,15% en México. Estas diferencias en los índices de consumo están relacionadas con la disponibilidad de medicamentos para la atención de los enfermos.

## ■ 7.3 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

La atención que se proporciona a la población afectada por problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas en el hemisferio se presenta segmentada y fragmentada. La oferta de tratamiento para la dependencia de sustancias se ha desarrollado funda-

mentalmente al margen del sector público, en una red asistencial débilmente conformada, integrada principalmente por establecimientos o unidades no integradas, a cargo de particulares o de organizaciones de tipo comunitario, donde tienen gran relevancia las asociaciones de carácter religioso.

La oferta pública de servicios, por su parte, está mayoritariamente representada por la red de asistencia en salud mental y comparte con ella la falta de recursos apropiados, así como las características asilares que predominan en el hemisferio. Las potenciales violaciones de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios constituyen, adicionalmente, un tema de preocupación.

En la Estrategia sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se destacan los siguientes aspectos sobre la oferta de tratamiento en el Hemisferio:

- Existen obstáculos importantes para la prestación de servicios y, a menudo, a los individuos que padecen algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias se les dificulta o se le niega la posibilidad de obtener atención médica general y acceso a los servicios.
- Es posible que individuos afectados por problemas relacionados con el consumo de sustancias sean asignados a tratamiento involuntario, sin un procedimiento con las debidas garantías.
- En algunos países del hemisferio, la oferta de tratamiento solo está disponible en zonas aisladas o en asilos, a veces durante periodos largos, sin evaluación periódica del progreso del paciente.
- Algunos servicios pueden estar situados lejos de la comunidad habitual de residencia de la persona o se prohíbe el acceso a visitantes o la participación de la familia.

<sup>15</sup> Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011. New York: ONU2012.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Office of Applied Studies; Rockville, MD:2009. NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434.

- Muchas veces, los servicios se prestan sin la supervisión médica necesaria, sin contar con los estándares mínimos de atención o las medidas de seguimiento y evaluación, que garanticen su cumplimiento.
- El costo del tratamiento muchas veces debe ser cubierto directamente por el paciente o familiares, en efectivo, haciéndolo inaccesible a la mayoría de las personas que lo necesitan.
- Los grupos de personas sin hogar y otros grupos marginados pueden no tener derecho a recibir los servicios o no tienen acceso a ellos.
- La prevalencia del estigma asociado al consumo de sustancias impide que las personas busquen tratamiento y asistencia y puede llevar a forzarlas a recibir servicios de mala calidad, ineficaces o en condiciones que violan sus derechos humanos básicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, ha publicado un informe sobre los recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias –conocido como “ATLAS sobre el consumo de sustancias”– en el que se incluye un análisis regional basado en un cuestionario respondido por 21 países del Hemisferio y según el cual la mayor parte de los países de nuestra región tiene un número limitado de profesionales y servicios de salud especializados en el consumo de sustancias. Aunque se encuentran en marcha varias iniciativas de capacitación y actualización dirigidas a desarrollar las competencias necesarias para las nuevas funciones y responsabilidades del equipo de salud, éstas frecuentemente no tienen o tienen muy poca coordinación entre ellas.

En cuanto a programas de prevención, algunos países han reportado que se han realizado o se están realizando evaluaciones de los programas, pero la mayor parte de ellas se refieren al proceso e implementación de la intervención

más que al impacto de la misma. En lo que concierne a los programas vigentes, la mitad de las naciones del Hemisferio realizan actividades preventivas que se difunden por medios audiovisuales. No se proporcionaron datos sobre los resultados de la implementación de los programas. Existen programas comunitarios en la mitad de los países, y en 73% de los países de la región se reporta algún tipo de intervenciones preventivas en las escuelas. Un 53% de los países tienen programas preventivos orientados a grupos vulnerables.

Al analizar la situación por subregiones se constata que en los países de Norteamérica los programas de prevención cuentan con difusión por medios audiovisuales. También se realizan intervenciones preventivas en escuelas, así como programas familiares, comunitarios y dirigidos a grupos vulnerables. La mayoría de los países de Centroamérica difunden mensajes preventivos en medios audiovisuales. Cerca de la mitad de ellos cuentan con intervenciones preventivas en el ámbito comunitario y algunos tienen programas orientados a grupos vulnerables. Adicionalmente, en gran parte de los países se llevan a cabo intervenciones preventivas en los ámbitos escolar y familiar.

En Sudamérica, también la mayoría de los países difunden mensajes en medios audiovisuales de comunicación. Todos los países realizan intervenciones preventivas en escuelas. Dos terceras partes de los países de la subregión cuentan con programas comunitarios. Casi la mitad de los países cuentan con programas familiares de prevención y la mayoría tienen algún programa o actividad de prevención orientado a grupos vulnerables. En cuanto al Caribe no se logró documentar la existencia de programas preventivos por medios audiovisuales de comunicación en la mitad de los países, mientras que el resto sí reportó que han implementado este tipo de intervención preventiva.

A inicios de la década de los 90, la OPS y CICAD en cooperación, comenzaron a promover en los países miembros



de la OEA la regularización del tratamiento para dependencia de sustancias, mediante la adopción de estándares mínimos de atención. Esta iniciativa contribuyó significativamente a incluir el tema de tratamiento en la agenda pública, recalcando la responsabilidad de los gobiernos en la regulación de estos servicios de tratamiento brindados por proveedores públicos y privados.

El Mecanismo de Evaluación Multilateral de la OEA reporta en su Quinta Ronda de Evaluación que dos tercios de los países disponen de normas oficiales para regular el funcionamiento de servicios de tratamiento y cuentan con registros de dichos centros. Aunque este aspecto permanece igual que en rondas anteriores, refieren que en algunos países se han expandido los esfuerzos de implementación. Este esfuerzo es coordinado en la mayoría de los países por los Ministerios de Salud que son los responsables de la emisión y vigilancia en el cumplimiento de las normas. Se reporta, también, una actividad constante de capacitación y formación de recursos humanos a pesar de que es imposible determinar desde la información disponible si dichas actividades se traducen en la mejor calidad y efectividad del tratamiento.

Muchos servicios en nuestro hemisferio han sido prestados por grupos de la Sociedad Civil que no cuentan con un financiamiento adecuado y no están capacitados de manera suficiente. En años recientes, varios países como México, El Salvador, Costa Rica y países del Caribe, han lanzado programas piloto para capacitar y certificar a consejeros en materia de tratamiento. Aún no se ha evaluado el alcance general, la eficacia e impacto a largo plazo de estos programas.

En algunos países existen programas de intercambio de jeringas para los usuarios de drogas intravenosas, que tienen el propósito de disminuir la transmisión de VIH y hepatitis C. En la mayoría de los países que tienen programas de intercambios de jeringas esta intervención se encuentra dentro de modelos que aplican otras medidas

preventivas, como unidades móviles de dispensación de jeringas y distribución de material para esterilizar las jeringas. Solo en Canadá se cuenta con un programa establecido de administración vigilada de drogas intravenosas, y solo Canadá y Estados Unidos implementan la distribución de agonistas a opiáceos –drogas de mantenimiento, como metadona– dentro de las medidas preventivas para disminuir la transmisión de enfermedades infecto contagiosas.<sup>16</sup>

En Estados Unidos, Canadá y Brasil existen programas que proporcionan a los usuarios de crack equipos de inhalación (con la finalidad de disminuir la transmisión de enfermedades respiratorias), junto con preservativos y folletos que informan sobre los riesgos del consumo de la sustancia y sobre las conductas sexuales de riesgo<sup>17</sup>. Los estudios han mostrado que la distribución de estos equipos incrementa la disponibilidad y empleo de material seguro para la inhalación y disminuye la frecuencia de algunas prácticas de riesgo, aunque el impacto que esta medida tiene sobre la transmisión de enfermedades infecto contagiosas no se conoce aún<sup>18</sup>.

## ■ 7.4 LA REACCIÓN DEL ESTADO, SUS DIFICULTADES Y CONSECUENCIAS

16 ATLAS on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2010. Organización de los Estados Americanos / Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Informe Hemisférico, Evaluación del Progreso de Control de Drogas Quinta Ronda de Evaluación. Washington DC; 2011. 2009. Alcohol Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol. Santiago: CONACE. Gobierno de Chile 2011. Burrows D. Evaluación del progreso del control de drogas. CICAD. SSM. Organización de Estados Americanos; 2009.

17 Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxemburgo: EMCDDA; 2010.

18 Malchy LA, Bungay V, Johnson JL, Buxton J. "Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits? "Can J Public Health 2011;102(3). Leonard L, DeRubeis E, Pelude L, Medd E, Birkett N, Seto J. "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. Can J Public Health 2008;19(3):255-64.

Sólo 18 de los 33 países de las Américas evaluados por el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) de la OEA han informado la existencia de un plan o estrategia nacional antidrogas, mientras que 15 no contaban con planes actuales vigentes o no proporcionaron información.

De acuerdo con el reporte más reciente del MEM, de los 31 Estados Miembros del Mecanismo que indican contar con una Comisión o autoridad antidrogas, 27 cuentan con un presupuesto anual asignado, pero no se especifican los detalles sobre los recursos destinados directamente a la implementación y operación. Los otros cuatro países llevan a cabo sus actividades de control de drogas bajo el presupuesto de otros organismos y entidades.

A pesar de toda la investigación disponible sobre los programas de prevención y tratamiento, un problema fundamental que queda sin resolver es la falta generalizada de información sobre cuáles enfoques son los más eficaces en los países del Hemisferio. La mayoría no ha llevado a cabo evaluaciones de sus políticas de drogas, ya sea a nivel nacional o local, y es difícil determinar el impacto de las políticas sin esta información. En cuanto a los sistemas de información, 28 de los 33 países evaluados cuentan con observatorios u oficinas centralizadas para recopilar, organizar, analizar y difundir datos sobre drogas; de estos países, 21 cuentan con un presupuesto asignado para realizar sus funciones.

Un problema que afecta a muchos países del hemisferio tiene que ver con el crecimiento de la población penitenciaria debido a las drogas controladas. La represión policial contra los ofensores relacionados con las drogas ha contribuido a sobrecargar los sistemas judiciales y penitenciarios. Para la sociedad esto resulta en costos fiscales cada vez más altos, no solamente debido al costo de mantenimiento de los reclusos sino por la pérdida de su potencialidad laboral. El daño se expande hacia sus familias y tendrá también re-

percusiones en el ciclo maduro, cuando muchos puedan carecer de recursos para sostenerse y demanden asistencia al sector público.

## ■ 7.5 DERECHOS HUMANOS Y EXCLUSIÓN SOCIAL

En algunas ocasiones los esfuerzos para controlar las drogas han sido asociados a violaciones de los derechos humanos y de libertades individuales. En el caso de los consumidores, problemas como el hacinamiento carcelario y el tratamiento obligatorio pueden ejercer presiones indebidas sobre los derechos humanos. Se trata de una situación que no sólo afecta a los delincuentes sino también a muchos inocentes puestos bajo sospecha por las autoridades policiales y judiciales.

En la medida que el consumo de drogas está penalizado o estigmatizado, las poblaciones más vulnerables al consumo problemático se ven inhibidas de recurrir a la información oportuna, a los servicios de salud pública y, en general, a los programas de prevención y tratamiento. La prohibición oscurece la realidad de la drogodependencia de cara a la comunidad y a los servicios correspondientes, en lugar de hacerla más transparente y, con ello, susceptible de abordaje oportuno para evitar mayor deterioro personal, familiar y comunitario. Por ende, el consumo de drogas podría considerarse tanto una consecuencia como una causa de la exclusión social. Este consumo puede provocar, por un lado, un deterioro considerable de las condiciones de vida. Por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir un elemento determinante para el consumo problemático de drogas.

Como parte del mismo proceso de exclusión, las representaciones sociales tienden a considerar al usuario problemático de drogas como una suerte de “minusválido” o de “desviado”

social, generalmente asociado a delincuencia, violencia, peligrosidad y amenaza para la sociedad. Por ello el usuario problemático de drogas es excluido de los espacios cotidianos, de los espacios socio-afectivos, de los espacios de integración social y, en múltiples ocasiones, incluso de los mismos programas de tratamiento para su propia dependencia.

Esta exclusión dificulta las perspectivas de resiliencia y reintegración social. El estigma del drogadicto o de quien tiene antecedentes penales por consumo o tráfico de drogas opera negativamente sobre las opciones de acceso al empleo legal y de permanencia en el mismo y a diferentes servicios sociales y beneficios públicos. La sociedad reacciona de manera refractaria ante estas personas y tiende a discriminarlas y cerrarles las puertas de inclusión, a pesar de su voluntad de rehabilitarse. El resultado final es un porcentaje importante de recaídas y reingresos, lo que limita en gran medida las posibilidades de superación de los problemas de adicciones y reduce sustancialmente la eficacia de la inversión, aún pequeña, que se realiza en el ámbito de tratamiento.

# DROGAS, DELITO Y VIOLENCIA

08



# 8.

## DROGAS, DELITO Y VIOLENCIA

Con la excepción del consumo despenalizado de algunas drogas en algunos países y la reciente aprobación de leyes que permiten y regulan la producción, venta y consumo en algunas jurisdicciones específicas, toda actividad relacionada con sustancias consideradas ilícitas y declaradas objeto de control por las convenciones internacionales, es ilegal y en la mayoría de los casos penada por la ley. El mundo del “Problema de las Drogas” es, en consecuencia, un mundo de delitos. La perpetración de esos delitos, en particular aquellos relacionados con la economía ilegal de drogas, esto es con el proceso

de cultivo, producción, distribución (o tránsito) y venta de drogas, genera sin embargo otros delitos y, sobre todo, una abrumadora violencia criminal relacionada con la “protección” de esas actividades delictivas y con las disputas entre facciones criminales.

Ese mundo de delito y violencia que envuelve al “Problema de las Drogas” es quizá hoy su cara más visible y, sin duda aquella que provoca más daño entre las mujeres y hombres de nuestro Hemisferio y entre las instituciones que están destinadas a protegerlos y procurar su bienestar y prosperidad.

### ■ 8.1 TRÁNSITO DE DROGAS Y VIOLENCIA: LA PRESENCIA PRINCIPAL DEL DELITO ORGANIZADO TRANSNACIONAL

El tránsito es la actividad del “Problema de las Drogas” que genera el mayor volumen de delito y violencia y crea los mayores problemas y desafíos de seguridad pública a los países por donde ese tránsito se realiza. La información transmitida casi cotidianamente por medios de comunicación y que da cuenta de la ocurrencia de masacres, ataques realizados por sicarios

y muertes acompañadas por torturas está, real o presuntamente, vinculada casi en su totalidad con organizaciones involucradas con el tránsito de la droga en esos países.

Todo indica, sin embargo, que si bien los niveles de violencia en los principales países consumidores son relativamente bajos –incluyendo en este grupo los países de Europa– en comparación con aquellos países de tránsito, es justamente esa demanda la que estimula la violencia en el resto de la cadena. Lo que sucede en México, Centroamérica, los países de la Región Andina y el Caribe no puede entenderse sin tener en cuenta esa relación. Para el

caso de Colombia se ha estimado que un aumento del 10% en el valor de la cocaína en el mercado internacional, produce un incremento en la tasa de homicidios de entre 1,2% y 2%<sup>1</sup>.

¿Cuán grave es esa violencia? Es muy difícil estimarlo. Nos aquejan enormes carencias de información en este campo. Podemos guiarnos sin embargo por los antecedentes proporcionados por el Gobierno de México que, en su comunicado de prensa 074/2012 del 27 de marzo de 2012, señaló que sus Secretarios de Defensa Nacional y de Marina habían dado a conocer a sus colegas de Canadá y Estados Unidos en una reunión sostenida ese mismo día en Ontario, que estimaban en alrededor de 150 mil los casos de “homicidios presuntamente ocurridos por la violencia entre organizaciones criminales en el continente americano”. Ese número estimado coincide inquietantemente con el total de homicidios dolosos registrado por el Observatorio de Seguridad Ciudadana de la OEA, que cifra en 144.733 el número de estos casos sobre la base de información oficial proporcionada por los propios Estados.

Sólo existen dos explicaciones posibles para esta coincidencia: o alguna información que proviene de los Estados es incompleta o bien la estimación de las autoridades mexicanas incluye otro tipo de homicidios además de los directamente dolosos, abarcando la muerte de delincuentes a manos de las fuerzas del orden y la de personas no involucradas caídas en medio del fuego cruzado. La cercanía entre ambas cifras, sin embargo, permite sostener la hipótesis que un número significativo de casos de homicidios dolosos en nuestra región está asociado a la actividad del crimen organizado relacionada a su vez con la economía ilegal y específicamente con el tránsito de drogas desde países principal, aunque no exclusivamente, productores hacia países principal, aunque no exclusivamente, consumidores<sup>2</sup>.

1 Mejía, D. y Restrepo, P., “Do Illegal Markets Breed Violence? Evidence for Colombia”; 2011.

2 En su “Estudio Global de Homicidios 2011”, UNODC indica que “en las Américas, 25%

Esta actividad ha propiciado el surgimiento o el fortalecimiento de gigantescas redes criminales transnacionales<sup>3</sup>, que han terminado por expandir sus acciones a otras áreas delictivas a un grado que lleva a pensar que ni siquiera la desaparición de esa economía ilegal podría poner ya fin a su accionar criminal.

Un rasgo importante de las estructuras criminales más poderosas (en términos de recursos e influencia) es que operan en varios frentes de manera simultánea. Es el caso de los denominados carteles mexicanos, las bandas emergentes en Colombia, los Comandos en Brasil y las “maras” en Centroamérica, estructuras que tienen distintas vinculaciones con el mercado de las drogas y que no dependen exclusivamente de él. En el plano transnacional pueden mencionarse como otras actividades ilícitas realizadas por estas organizaciones al tráfico ilegal de armas, el contrabando, la piratería de productos, la trata de personas, el tráfico de migrantes, el tráfico de órganos, el tráfico de especies animales en extinción y el tráfico de reliquias arqueológicas, entre otras. En el plano interno o nacional, además de la producción y venta de drogas controladas pueden identificarse como actividades del delito organizado la venta ilegal de armas, la venta de piratería y contrabando, el control y explotación de la prostitución, el robo y la venta de productos robados, la minería ilegal, el secuestro y la extorsión, incluida la victimización de migrantes.

---

de los homicidios están relacionados con el crimen organizado y las actividades delictivas de las pandillas, mientras que en los países europeos y asiáticos este índice no pasa el 5%”. A su vez la Fundación Grupo de Apoyo Mutuo (GAM), de Guatemala, estima que el 45 % de los homicidios dolosos en su país son provocadas por el narcotráfico.. Si se tiene en consideración que la estimación de UNODC contempla a todos los países de la región, esto tanto a aquellos de tránsito como a los de destino final de las drogas, se debe suponer que un porcentaje ajustado a la realidad sobre este tema debe situarse cerca de la estimación realizada en Guatemala y en ningún caso por debajo de la estimación de UNODC.

3 El fortalecimiento y no el origen es el caso de la mayoría de los carteles mexicanos y colombianos que surgieron de la evolución de organizaciones más pequeñas dedicadas a otros delitos, preferentemente el contrabando, del cual el tránsito o distribución de drogas es en cierto modo una variante.

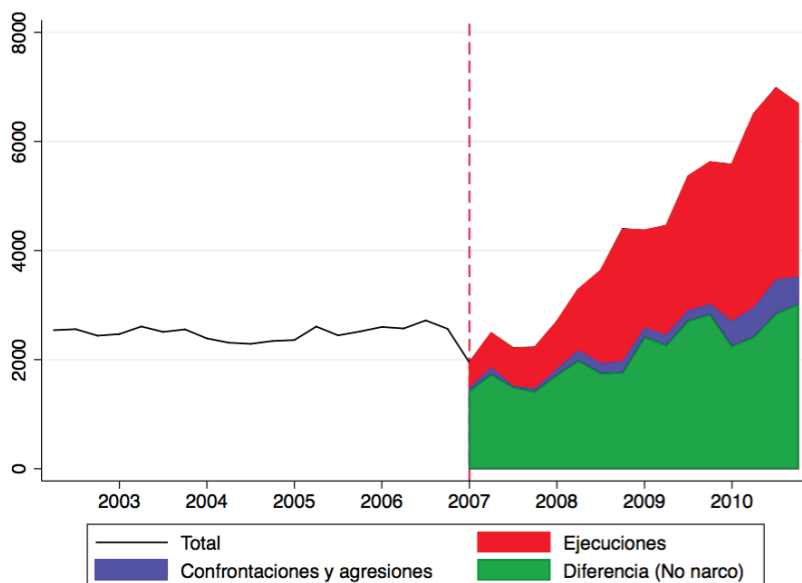
## TRÁFICO DE ARMAS, VIOLENCIA Y TRÁFICO DE DROGAS

El tráfico ilegal de armas ha devenido en uno de los principales problemas para la seguridad ciudadana en la región. La violencia letal producida por las armas de fuego en América Latina y el Caribe supera ampliamente al promedio mundial de 42% del total de homicidios. Según el Informe Sobre Seguridad Ciudadana 2012, de la OEA, en el Caribe el 68% de los homicidios son cometidos con armas de fuego, en América Central el 78%, en Norte América el 55% y en América del Sur el 83%.

Esta situación se vincula directamente con la actividad del delito organizado y, dentro de ésta, con el mercado de drogas controladas, al grado que la Comisión de Estupefacientes de la ONUDD emitió una resolución (“Vínculos entre el tráfico ilícito de drogas y el tráfico ilícito de armas de fuego. Resolución 51/11.”) en la que expresa su preocupación por la creciente conexión entre ese mercado y las redes de comercio ilegal de armas, lo que en algunos casos le ha permitido a las organizaciones criminales tener un poder de fuego que llega a igualar o superar al de las propias autoridades.

La Convención Interamericana contra la Fabricación y Tráfico Ilícito de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y otros Materiales Relacionados (CIFTA), adoptada durante el Vigésimo Cuarto Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA en 1997, ha demostrado ser un adecuado instrumento para el control del tráfico de armas en la región. Ha sido firmada por todos los Estados miembros activos de la Organización, aunque tres de ellos aún no lo han ratificado.

**Gráfico 3**  
**México: Homicidios totales y homicidios relacionados al narcotráfico, 2003-2010**



*Fuente: Roble et.al. (2013). Pág. 9.*

En el caso de México, un estudio clasificó los homicidios ocurridos en el periodo 2003-2010 en dos tipos: los relacionados con el crimen organizado y los homicidios dolosos no vinculados con el crimen organizado. Los resultados de este ejercicio se pueden observar en el Gráfico 3, que muestra que la violencia producida por el “Problema de las Drogas” tiene una importante participación en los homicidios y su crecimiento es mayor que la violencia no vinculada al crimen organizado<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Robles, Gustavo, Calderón, Gabriela y Magaloni, Beatriz. “Las Consecuencias Económicas de la Violencia del Narcotráfico en México.” Stanford University. 2013. Documento preparado para el seminario “Los costos del crimen y de la violencia en América Latina y el Caribe” del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).



La situación no afecta sólo a México pues la mayoría de los países con mayores tasas de homicidio en el Hemisferio se ha visto afectada de manera notable por el tránsito de drogas a través de su territorio. Es el caso, además de México, de Colombia, Venezuela, los países del Triángulo Norte (El Salvador, Guatemala y Honduras) y de la Triple Frontera (Argentina, Brasil y Paraguay).

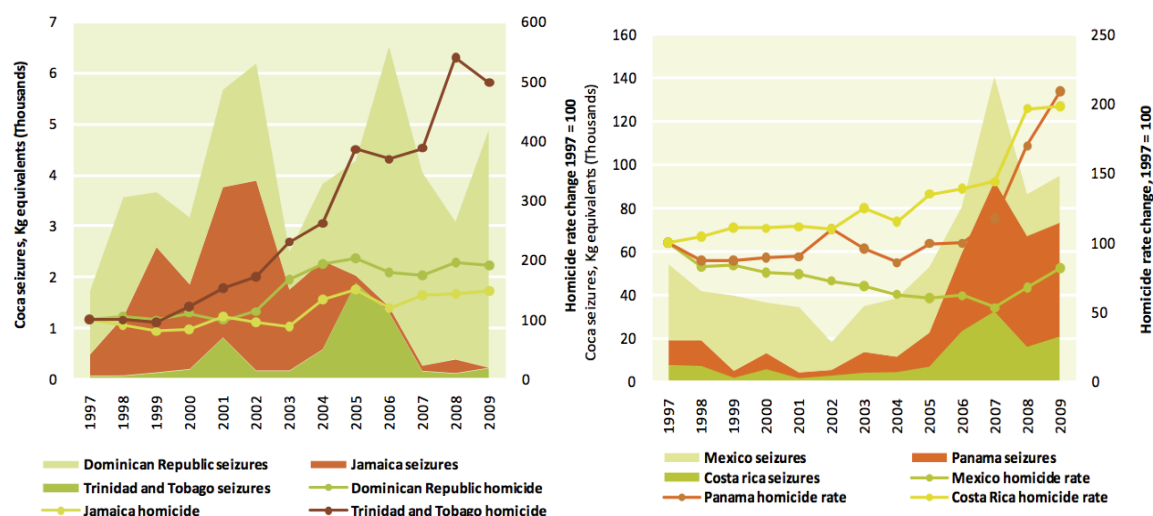
Algunos hechos recientes podrían cuestionar la relación directa entre ambos fenómenos. Por ejemplo, en El Salvador, en el marco de la tregua entre las “maras”, el número de homicidios tuvo un descenso notable durante 2012, situación que no está relacionada con el tránsito de drogas. En Venezuela, el tránsito de drogas podría llegar a explicar una parte importante de los homicidios; sin embargo, los análisis no identifican una relación importante entre el trasiego de drogas y la alta tasa de homicidios que se registra en Caracas. En Honduras, el país que presenta la situación más crítica en términos de violencia, no existe una única causa a partir de la cual se puedan explicar las altas tasas de homicidio, con una mul-

tiplicidad de actores legales y no legales que participan en la generación y reproducción de la violencia.

Los casos anteriores, sin embargo, solo indican que no todos los fenómenos de alta criminalidad se relacionan con la droga. Pero en aquellos países en que se experimentan incrementos en el volumen de decomisos de drogas -lo que hace suponer un incremento equivalente en el volumen del tránsito- tienden a darse aumentos paralelos en la tasa de homicidios (ver gráfico 4).

Cabe hacer notar que se ha verificado también que en algunos países del Caribe ha habido reducciones en el volumen de decomisos sin una disminución equivalente en las tasas de homicidio. Este último fenómeno, empero, no necesariamente niega la existencia de una relación directa entre ambos fenómenos, sino más bien lleva a suponer que la densidad criminal y la acumulación de violencia ligada al tránsito de drogas generan una inercia que continúa dinamizando el homicidio y el delito, a pesar de cambios en las rutas o en los mercados.

**Gráfico 4**  
**Incautaciones de cocaína y tasas de homicidios en un grupo seleccionado de países del Caribe (izquierda), México y Centroamérica**



*Fuente: UNODC, 2011 Global Study on Homicide, pág. 52 y 54.*

Se debe aclarar que el tránsito de drogas y sustancias químicas, y en general la economía de drogas, no siempre están asociadas con altos niveles de violencia. A lo largo del hemisferio se encuentran municipios, ciudades y barrios donde hay

tráfico y venta de drogas sin que ello se refleje en disputas u homicidios. Incluso es posible constatar situaciones en las cuales las organizaciones dedicadas al tráfico prefieren regular la violencia para no llamar la atención de las autoridades.

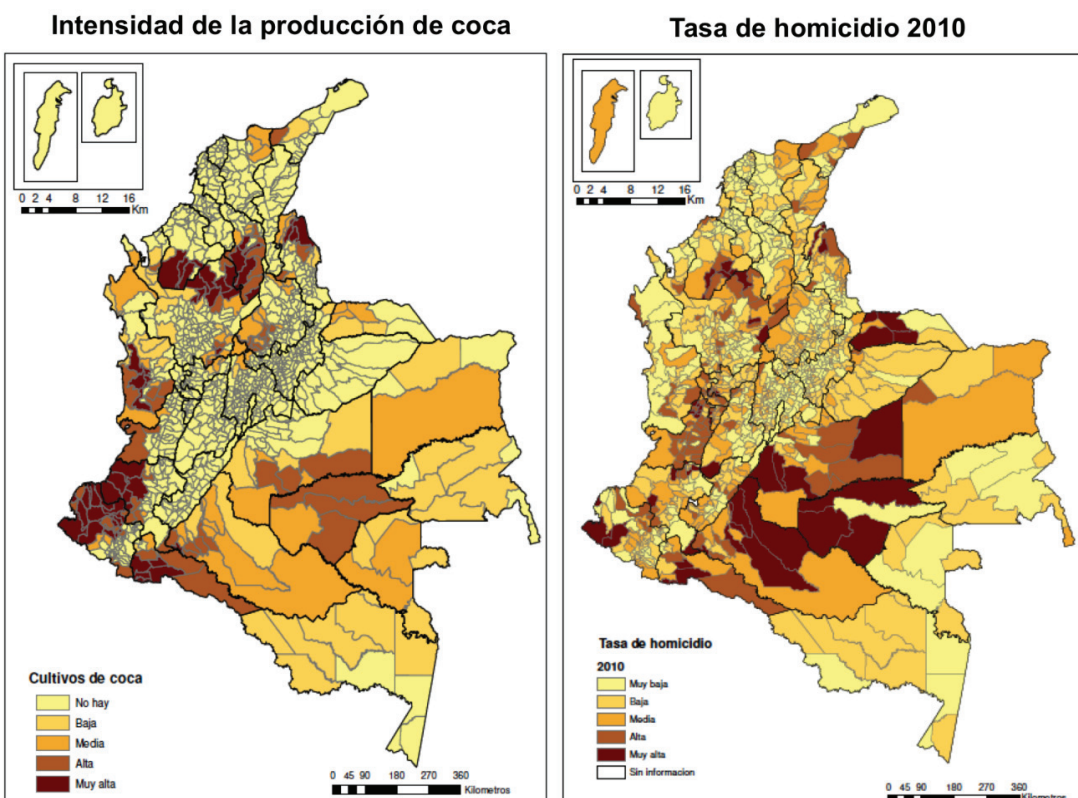
## 8.2 LA VIOLENCIA ASOCIADA AL CULTIVO, LA PRODUCCIÓN Y LA VENTA DE DROGAS

Como se ha señalado antes en este Informe, las comunidades en las que se cultiva coca tradicionalmente han tendido a sufrir la presencia de grupos armados que operan al margen de la ley y explotan tanto las tierras como a las personas que allí residen. Es el caso, según se ha indicado, de la presencia de la organización guerrillera Sendero Luminoso en Perú. Más relevante parece ser la asociación entre las Fuerzas

Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el cultivo de coca en diversas regiones de Colombia, en donde esta organización ilegal parece haber pasado de una función de protección de cultivos a la de cultivadores directos e incluso de productores.

La violencia asociada directamente a la producción de drogas y sustancias químicas parece ser mayor que aquella vinculada a la actividad de cultivo. Un estudio reciente señala que las actividades de producción de drogas en Colombia cobran entre 4.600 y 7.000 vidas cada año, lo que equivaldría en su estimación más alta al 40% de los 17.700 homicidios que se registraron en 2010 <sup>5</sup>.

### Homicidios en Colombia



Fuente: Sánchez et al. (2012), "Evolución geográfica del homicidio en Colombia"

<sup>5</sup> Mejía, D. y Restrepo P. The War on Illegal Drug Production and Trafficking: An Economic Evaluation of Plan Colombia. February 2010.

No existe la misma evidencia sobre la relación entre violencia y la producción de otro tipo de drogas, en particular de drogas sintéticas.

El micro tráfico o la venta de drogas al por menor no es generalmente un factor muy importante de violencia o, por lo menos, no lo es comparado con la violencia que genera la distribución o tránsito. Sin embargo la competencia por mercados locales de micro tráfico ha sido una explicación recurrente de la violencia en lugares como las favelas de Río de Janeiro, ciertas zonas de México y algunas zonas urbanas en Colombia y Jamaica. También existe evidencia de la participación creciente de las “maras” centroamericanas en la venta de drogas al detalle<sup>6</sup>. Sin embargo, la limitada información no permite tener estimaciones sobre qué tanta violencia se puede explicar por la competencia por los mercados locales. En los denominados “puntos calientes” (hotspots), coinciden geográficamente múltiples actividades ilegales (tráfico ilegal de armas, venta de bienes robados, prostitución, piratería), por lo cual es difícil asegurar que la venta de drogas es la causa principal de la violencia en esos lugares.

Cabe hacer notar en conexión con la violencia asociada al micro tráfico de drogas controladas, que en cierta forma la venta de drogas al detalle y el consumo más problemático se “clusterizan” territorialmente, generando un patrón de segregación espacial en que se producen nichos urbanos de intensificación de la violencia, de las actividades ilícitas, del consumo problemático con mayor daño a las personas, y de la desestructuración de familias y comunidades. Precisamente en barriadas populares urbanas donde hay mayor marginalidad, menos educación, mayor violencia estructural, redes incipientes o consolidadas de actividades ilegales, junto con una menor presencia de la seguridad pública, la economía ilegal de las drogas encuentra un caldo de cultivo para asentarse y generar un cír-

culo vicioso de vulnerabilidad, violencia, desestructuración social y micro tráfico.

## ■ 8.3 CONSUMO DE DROGAS Y VIOLENCIA

Un aspecto importante de la relación entre delito, violencia y drogas es aquel que se refiere al comportamiento que el consumo de sustancias induce en los consumidores. Está demostrado que el consumo de drogas tiende a ser alto entre las personas que han cometido delitos. A partir de la evidencia disponible en torno a delitos cometidos, así como del examen de personas privadas de libertad por esa circunstancia, se puede advertir que entre la población carcelaria los niveles de consumo son mucho más altos que los mostrados en las tasas de prevalencia nacional<sup>7</sup>. Estudios basados en test biológicos en detenidos han encontrado tasas muy elevadas de consumo y demuestran que la probabilidad de cometer un delito o de reincidir en la comisión de un delito es mayor en quienes consumen drogas. Sin embargo, el hecho que estas personas sean consumidoras regulares de drogas no prueba que los delitos ocurrieran bajo la influencia de una droga o hayan sido motivados por la necesidad de consumir una droga.

En otras palabras, si bien puede afirmarse que el consumo de drogas tiende a ser alto entre las personas que han cometido delitos, no puede afirmarse igualmente que la comisión de delitos sea alta entre quienes consumen drogas. Más bien la vulnerabilidad y exclusión social podrían ser más determinantes de la actitud delictiva de las personas que su relación con el consumo de drogas. Como muestra el estudio realizado por la CICAD y la ONUDD, “Consumo de Drogas en Población Privada de Libertad y la Rela-

<sup>6</sup> Información obtenida en un taller con autoridades policiales y de seguridad pública de Centroamérica, realizado en el marco de la preparación de este Informe.

<sup>7</sup> No es posible saber de manera objetiva cuantas personas que consumen drogas cometen delitos, a menos que ellas estén siendo juzgadas o estén cumpliendo alguna condena por los delitos cometidos. De Allí que el análisis que sigue tenga como referencia exclusiva este tipo de personas.

ción Entre Delito y Droga”, las personas privadas de la libertad tienen “una débil vinculación al trabajo formal y experiencias fallidas de escolarización. Un alto porcentaje de ellos indicó tener algún familiar con antecedentes delictivos”.

La relación entre consumo de drogas y delitos varía con el tipo de drogas. Las drogas más duras tienen correlaciones más fuertes con la ocurrencia de delitos; sin embargo no es común que su uso derive en violencia. Existe un debate abierto sobre los efectos que producen ciertas drogas y su relación con la violencia. Mientras que la marihuana parece disminuir la agresividad, la cocaína puede llegar a estimularla y el consumo de heroína está más vinculado a los delitos contra la propiedad que a la violencia de los usuarios. Los estudios destacan que la violencia psicofarmacológica no es común y es más atribuible al alcohol que a las drogas controladas, aunque en los dos casos debilitan los mecanismos inhibitorios de la conducta del individuo –especialmente si está armado o está en un ambiente que estimule el uso de la violencia. Un factor importante a tener en cuenta es el estado de la adicción.

Algunos estudios muestran que la ocurrencia del delito está más relacionada con momentos de adicción intensa, mientras que disminuye en los periodos de menos dependencia, lo que sugiere que una respuesta temprana a la adicción puede contribuir a disminuir los delitos relacionados con el uso de drogas.

La letalidad provocada por comportamientos producidos por el consumo de drogas es significativa aunque minoritaria dentro del total de muertes violentas en la región. La estadística oficial disponible solo ofrece información para 2004, año en que la Organización Panamericana de la Salud reportó que el comportamiento patológico asociado al consumo de drogas provocó 27.899 muertes en América Latina y el Caribe, incluyendo aquellas provocadas por traumatismos (principalmente accidentes de tránsito), suicidios o contagios de VIH debido a jeringas infectadas usadas por adictos. Esas cifras se pue-

den comparar con la información proporcionada por el Informe Sobre Seguridad Ciudadana en las Américas de la OEA, que revela que el total de muertes solo por suicidio ese mismo año en América Latina y el Caribe, se elevó a 28.432, y que las muertes solo por accidentes de tránsito y solo en América Latina en 2009 (único año y subregión disponible), ascendieron a 102.940. Es posible suponer que debido al incremento del consumo de drogas en algunos países de América Latina se haya incrementado marginalmente la cifra de muertes asociada al comportamiento patológico de los usuarios de drogas; sin embargo se debe admitir que seguirá constituyendo una proporción menor del total de situaciones violentas o letales de la misma índole en el continente.

## ■ 8.4 ¿POR QUÉ EL PROBLEMA DE LAS DROGAS GENERA DIFERENTES SITUACIONES DE VIOLENCIA ENTRE NUESTROS PAÍSES?

Cada una de las actividades destinadas a cultivar, producir, distribuir y vender drogas prohibidas por los convenios internacionales es ilegal y su práctica es un delito. En su conjunto, sin embargo, se sigue tratando de una actividad económica o “negocio”, lo que convierte a los delincuentes en un tipo particular de empresarios. Todo su “negocio” está basado en una actividad ilícita y no están sujetos a las obligaciones regulares de cualquier empresario: no deben someter la calidad de sus productos al control de alguna autoridad, no pagan impuestos, conquistan sus cuotas de mercado mediante la violencia e imponen sus precios por el mismo expediente. Estas condiciones les permiten liberarse de toda subordinación que no sea la del dinero. No se sienten obligados a mantener el prestigio de una marca, a promover so-



cialmente su producto ni a respetar a sus clientes. Su único objetivo y gran orientador es, la ganancia a toda costa. Ella motiva sus decisiones y acciones y, en consecuencia, debiera explicar la necesidad de aplicación de la violencia y la brutalidad criminal a lo largo de la cadena de valor a la que da lugar esta economía ilegal de drogas.

Sin embargo no ocurre así. Como se ha demostrado en el Capítulo 6 de este Informe, la fase de venta de la economía ilegal de drogas es aquella en que se agrega más valor en ese negocio ilegal y, presumiblemente en consecuencia, aquella en la que se genera el mayor volumen de ganancias. Sin embargo, no es la fase en la que es posible encontrar mayores situaciones de violencia y los países destinatarios de los flujos internacionales de drogas no se ven aquejados por situaciones de extrema violencia criminal asociada a su tráfico. Como hemos mostrado en este mismo capítulo, la mayor cantidad de violencia y la mayor cantidad de víctimas se sitúa en la etapa de tránsito de esa economía ilegal y afecta, por consiguiente, directamente a los países por los cuales ese tránsito se realiza.

Esta aparente paradoja obliga a buscar una respuesta en las características de los países en los que el fenómeno tiene lugar, ya que no es posible encontrarla en las características de la propia economía ilegal. Y de esa indagación surge una evidencia incontrovertible: existe una manifiesta diferencia entre la solidez del Estado en aquellos países que, en términos generales, pueden caracterizarse como de destino del tráfico internacional de drogas controladas y aquellos que, de manera igualmente general, pueden caracterizarse más bien como países de tránsito.

Es posible que sea esa diferencia la que explica por qué en algunos países la economía ilegal de drogas da lugar a situaciones de extrema violencia y en otros no lo hace. Que la existencia de grados diferenciados de violencia criminal entre nuestros países se deba a las capacidades diferenciadas de los Estados para garantizar la protección de

sus ciudadanos y, principalmente, para garantizar que las leyes sean efectivamente cumplidas.

En muchos países de nuestro Hemisferio, pero particularmente en aquellos que hemos caracterizado como de tránsito de drogas controladas, existe una cobertura geográfica institucional deficiente, falta de coordinación y articulación institucional, recursos financieros y humanos limitados y falta de información apropiada para guiar la definición e implementación de las políticas de seguridad. Y por encima de estos problemas e imponiéndose sobre todos ellos, un bajo nivel de confianza en las instituciones provocado por su debilidad, por la corrupción y por la impunidad.

Es esa debilidad del Estado, agudizada por la acción corruptora de las propias organizaciones criminales, el terreno fértil en el cual esas organizaciones tienden a acentuar el uso de la violencia como forma principal de operación de su “negocio”. Así, la violencia se convierte en el único instrumento para resolver sus disputas con sus competidores y para imponer su poder sobre la comunidad y muchas veces sobre el propio Estado.

El elemento central de ese deplorable paisaje parece ser la impunidad. Aun constituyendo un tipo particular, los operadores de la economía ilegal de drogas son, al fin y al cabo, “empresarios”, y en esa calidad no pueden perder de vista la relación costo-beneficio de su operación. Y resulta claro que la certeza de la impunidad disminuye el costo de la violencia en la misma medida en que el riesgo del castigo lo aumenta. Resulta probable que el mismo traficante de drogas que emplea la violencia y la crueldad como método para resolver sus disputas con competidores o defensores de la ley en países en los que no corre un riesgo real de ser castigado por sus delitos, emplee métodos diferentes en países en los que ese castigo puede considerarse ineludible.

Es la situación de impunidad generalizada la que explica la existencia de

una cultura igualmente generalizada de irrespeto del Estado, que coincide con la existencia de altos índices de violencia criminal en aquellos países que, también coincidentemente, tienden a ser de tránsito de drogas. Dicha cultura genera un círculo vicioso en que la comunidad decide no recurrir a las instituciones (delitos que no se denuncian, litigios que son resueltos privadamente, justicia que es tomada por propia mano) porque la policía no persigue a los delincuentes, los tribunales no juzgan y las cárceles no rehabilitan y muchas veces sirven como refugio de criminales que continúan operando como tales desde esos recintos.

La situación ha sido bien resumida en el informe conjunto del PNUD y la OEA “Nuestra Democracia”<sup>8</sup>, en el que se afirma que “la falta de Estado es la que explica por qué poseemos la tasa de homicidios más alta del mundo, por qué el narco-crime domina territorios e influye sobre las decisiones públicas, por qué hay amplias zonas de nuestros territorios que están fuera del alcance de la ley”.

Es probable que la anterior no sea la única causa que explica las situaciones diferenciadas de violencia entre nuestros países en relación al “Problema de las Drogas”. Que nuestras historias individuales como naciones, nuestras culturas e idiosincrasias y sobre todo las situaciones de pobreza y desigualdad social que caracterizan a algunos países, estén presentes también, de manera determinante, en la explicación de ese fenómeno. Sin embargo parece igualmente innegable que en la base de su solución siempre se va a encontrar la necesidad de una institucionalidad formal, que garantice efectivamente la seguridad ciudadana y vele realmente por el bienestar y la prosperidad de todos.

La evidencia del enorme volumen de violencia generado por la economía ilegal de drogas en sus diferentes etapas, pero en particular la que practica el delito organizado transnacional en los países de tránsito, lleva inevitablemente a plantear la comparación entre el número de víctimas que ella provoca

y las víctimas que genera el consumo mismo de las drogas.

Según cualquier patrón de comparación, las cifras de muertes provocadas por el consumo de drogas parecen mínimas si se cotejan con las muertes provocadas por la acción criminal vinculada al narcotráfico. El Gobierno de México estimó que entre diciembre de 2006 y enero de 2012 murieron alrededor de 60 mil personas en ese país, como resultado de ejecuciones, enfrentamientos entre bandas rivales y agresiones a la autoridad por parte de las organizaciones criminales vinculadas al narcotráfico<sup>9</sup>. En el mismo período la Organización Mundial de la Salud (OMS) registra 563 muertes en México por sobredosis de drogas controladas. Para un año en particular, 2010, la misma OMS registra 137 muertes por sobredosis de drogas controladas, en tanto la misma fuente del Gobierno Mexicano admite 15.273 muertes violentas presuntamente vinculadas con el crimen organizado.

En Brasil, en tanto, el Ministerio de Salud informó que el número de muertes por drogas aumentó 65% en una década, pasando de 916 en 2000 a 1.516 en 2010. Las autoridades brasileñas no tienen números consolidados sobre las sustancias más usadas por las casi 25 mil personas que murieron por intoxicación y abuso de drogas a lo largo de esos años (2000-2010). En el mismo período (2000-2010) se registraron en Brasil 480.000 muertes por homicidio doloso.

En todos los casos y como quiera que se haga esta comparación, todo indica que el número de muertes provocadas por el consumo de las drogas mismas es bastante menor que el que proviene de delitos conexos, sean los derivados del transporte o tráfico, del control por parte de bandas criminales de comunidades enteras, de los delitos cometidos bajo la influencia de las drogas o de la acción desesperada de drogadictos que buscan dinero para satisfacer su adicción.

8 FCE, PNUD, OEA, 2010, p. 145

9 Base de Datos de Presuntos Homicidios Relacionados con la Delincuencia Organizada” de la Procuraduría General de la República. Cf [www.sergioaguayo.org/biblioteca/contandocruces/BD,pdf](http://www.sergioaguayo.org/biblioteca/contandocruces/BD,pdf)



# ALTERNATIVAS LEGALES Y REGULATORIAS

09





# 9. ALTERNATIVAS LEGALES Y REGULATORIAS

## ■ 9.1 TERMINOLOGÍA

**Prohibición** es un conjunto de leyes y reglamentos que prohíben la producción, venta y uso de determinadas sustancias, excepto en circunstancias muy limitadas, como la investigación y el uso medicinal clínicamente definidos.<sup>1</sup>

Los cambios de estas leyes para liberar a los usuarios de las sanciones penales son conocidos como **Despenalización**. Con frecuencia se considera a la despenalización simplemente como una versión menor de la disponibilidad legal para la venta, pero las ganancias, pérdidas y cuestiones de diseño de políticas son totalmente diferentes. La despenalización contribuye muy poco a reducir los daños del comercio ilícito y tiene un impacto moderado sobre los niveles de consumo.

La **despenalización** puede cambiar dramáticamente el número de arrestos por violación de las leyes de drogas, evitando cargas sustanciales sobre aquellos que son arrestados. La despenalización incluye sanciones no criminales, tales como multas o intervenciones destinadas a disuadir a los usuarios de continuar consumiendo drogas ilícitas.

El término “**depenalization**” es utilizado ampliamente en inglés cuando se examinan las alternativas de los regímenes jurídicos, pero esta palabra no corresponde exactamente al concepto “despenalización” sino que se refiere a una reducción de los niveles actuales de las

sanciones formales por posesión de una droga para uso personal. Para efectos de este Informe, ese concepto se definirá como “**reducción de sanciones**”.

**Legalización** se refiere a un régimen en el que tanto la producción como el consumo son legales. Puede haber restricciones tanto del lado de la oferta como de la demanda, incluso con sanciones penales por violaciones. Por ejemplo, puede ser un delito penal vender marihuana a una persona menor de 21 años o tener más de cierto nivel de la sustancia en el cuerpo cuando se está conduciendo un automóvil. No obstante, la legalización significa que es posible para un numeroso grupo de personas obtener drogas sin que haya una sanción y que las drogas sean producidas y distribuidas por algunas entidades sin ninguna sanción penal.

Una dimensión que se sitúa entre la posesión y el suministro es el cultivo para el uso personal, por lo menos para la marihuana, que se cultiva fácilmente en pequeñas cantidades. El cultivo para uso personal podría prevenir los peligros de la expansión del consumo asociada con la venta comercial al detalle y permitir a las personas producir para su propio uso y quizás para regalarlo o compartirlo en un pequeño colectivo. Aun en el contexto de la prohibición, el cultivo para el uso personal puede tener un tratamiento diferente: por ejemplo los estados de Australia que han despenalizado la posesión de la marihuana también han despenalizado el cultivo de un número pequeño de plantas de marihuana<sup>2</sup>. En este caso la meta es

1 Por ejemplo, se usa la cocaína para como un anestésico tópico para ciertos procedimientos quirúrgicos.

2 N. Donnelly, W. Hall, and P. Christie, “Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme

reducir el tráfico de drogas y quizás los ingresos de la delincuencia organizada.

Es interesante destacar que las convenciones facultan a los países signatarios, principalmente de nuestro Hemisferio, a formular reservas para permitir el

---

on levels and patterns of cannabis use in South Australia: evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985-95," *Drug and Alcohol Review* (2000), 19(3): 265-9.

uso tradicional de la hoja de coca entre los pueblos indígenas que usan estas sustancias controladas.<sup>3</sup>

---

3 México hizo una reserva, según lo permitido por el artículo 32, párrafo 4, del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, para permitir el uso tradicional de ciertas sustancias para las etnias indígenas en su territorio. El reciente caso de Bolivia y el uso indígena de la hoja de coca, se complicó por el hecho de que Bolivia no hizo una reserva a la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 a la firma o ratificación.

---

## Convenciones internacionales y los órganos de control

Las opciones en materia de políticas nacionales de drogas se deciden en el contexto de tratados internacionales de larga data sobre drogas. Las primeras normas internacionales sobre drogas se concentraron en la regulación de sustancias como el opio (Convención de La Haya de 1912). Sin embargo, durante los primeros años de existencia de las políticas internacionales sobre drogas se logró muy poco progreso respecto a la forma de organizar o consolidar una política internacional en este campo.

La Organización de las Naciones Unidas intentó abordar este problema mediante la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, la cual apuntó a consolidar el cumplimiento de los tratados sobre la materia en un solo acuerdo global. Este tratado introdujo el sistema de "listado" de estupefacientes, que es utilizado aún hoy día.

Durante los 30 años siguientes la política internacional de drogas fue evolucionando gradualmente. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes se concentró en el control de las drogas extraídas de plantas, tales como opio, marihuana y cocaína. Diez años más tarde, debido al aumento del uso de estas drogas, surgió el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Sicotrópicas (1971), que amplió las políticas internacionales para incluir sustancias sintéticas, tales como las anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos y psicodélicos. Hacia fines de la década de los años 80, la ONU amplió su enfoque para incluir facetas del narcotráfico. La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas (1988) reguló los precursores químicos y requirió a los Estados signatarios promulgar leyes contra el lavado de dinero y otros delitos relacionados con las drogas.

Muchas sustancias narcóticas, de origen vegetal y psicotrópicas, están incluidas en estos tratados internacionales sobre control de drogas. La gran mayoría de los gobiernos son signatarios de estos tratados, que consideran ilegal el uso, venta, tráfico y producción de drogas tales como la heroína, cocaína y cannabis. Sin embargo, cuando un Estado firma, ratifica o accede a un convenio, tiene el derecho de firmar con una reserva con lo que puede excluir o modificar el efecto legal de ciertas disposiciones del tratado en su aplicación en ese Estado.<sup>1</sup>

El progreso alcanzado y los desafíos relacionados con el control de las drogas y las obligaciones contenidas en los tratados se analizan en el ámbito de la Comisión de Estupefacientes (CND, por sus siglas en inglés), un órgano de 53 miembros de las Naciones Unidas que se reúne anualmente. La CND ofrece oportunidades para plantear enfoques específicos para el control de las drogas, tales como las medidas orientadas a la salud y la reducción de la oferta. Este último aspecto se debate con frecuencia y ocupa mucho tiempo a la CND; de igual manera ha sido un tema recurrente en el ámbito de las discusiones de política internacional en materia de drogas. Como resultado, recientemente, se ha acordado un creciente número de resoluciones sobre cuestiones relacionadas con la salud.

---

1 Por ejemplo, cuando se firmó la Convención de 1988 de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, Perú expresó su reserva al párrafo 1 (a) (ii) del Artículo 3, concerniente a las infracciones y sanciones relativas a cultivos, ya que en el convenio no se distinguía claramente entre cultivos lícitos e ilícitos.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el órgano cuasi-judicial de 13 representantes encargado de establecer los niveles de producción de analgésicos que figuran en los diferentes listados de los convenios y hacer cumplir las convenciones, puede recomendar embargos contra la producción lícita de drogas para fines médicos en un país, si determina que ese país está violando los tratados internacionales sobre drogas. Esta medida nunca ha sido puesta en práctica.

## ■ 9.2 ELABORACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE DROGAS

Las medidas de políticas cuyo propósito fundamental es el control de drogas nunca pueden ser totalmente desligadas de los valores sociales subyacentes; en cierta forma, reflejan la desaprobación de la sociedad a ciertas sustancias. Teniendo esto en cuenta, estas políticas deben ser evaluadas con relación a su real eficacia en diferentes dimensiones. Éstas incluyen:

- La protección de las personas y las comunidades contra los daños relacionados con las drogas, incluidos los trastornos causados por el abuso de sustancias (“dependencia”) y el uso en sí mismo;
- La mitigación del daño a la salud de los usuarios (por ejemplo, las sobredosis);
- La reducción de las consecuencias negativas en los usuarios y, en otros debido a los accidentes causados por intoxicación y delitos conexos a las drogas; y
- La prevención de problemas de las familias, el vecindario, los centros de estudio y el lugar de trabajo.

Las políticas prohibicionistas buscan cumplir con estos objetivos. Al aumentar el precio de las drogas y obstaculizar su acceso fácil, estas políticas resultarían en un menor uso de drogas que el que ocurriría en una sociedad en la que fuese más fácil y más barato adquirirlas.

Al mismo tiempo, estas políticas de control de drogas pueden producir daños por sí mismas:

- Las regulaciones y prohibiciones, crean oportunidades para que haya lucro ilícito y por lo tanto la creación de empresas delictivas organizadas, con los correspondientes riesgos para la seguridad ciudadana.
- La aplicación estricta de las prohibiciones puede contribuir al encarcelamiento masivo y al aislamiento social y generar abusos de derechos humanos.
- La represión de las drogas utiliza recursos que se podrían destinar a acciones contra otros tipos de delitos violentos y contra la propiedad.

En consecuencia, cualquier conjunto de políticas de drogas refleja los pros y contras de los males que compiten: daño debido al abuso de drogas, daño debido al narcotráfico, daño debido a los esfuerzos de represión y el costo presupuestario directo de las propias medidas de control.

Existen políticas sociales que, no siendo dirigidas explícitamente a reducir el uso de drogas en la sociedad, pueden contribuir positivamente en esa dirección. Un sistema educativo más eficiente, una comunidad mejor diseñada, mejores programas para capacitar a los padres en la crianza de sus hijos y tribunales que puedan administrar justicia en forma más rápida y justa, pueden reducir los factores de riesgo.

## ■ 9.3 TENDENCIAS: DESPENALIZACIÓN, REDUCCIÓN DE SANCIONES, Y MÁS

Los tratados internacionales sobre control de drogas consideran ilegal el uso, venta, tráfico y producción no autorizada de drogas tales como heroína, cocaína y cannabis. El consumo no medicinal o para fines investigativos de estas sustancias es prohibido en todo nuestro continente. Si bien las convenciones prohíben el consumo y venta de ciertas drogas, la forma en que los países implementan estos requisitos varía considerablemente, en particular las leyes y penalizaciones relacionadas con la posesión para fines personales<sup>4</sup>. Sin embargo, ningún país permite libremente la posesión o uso personal no autorizados de sustancias que están prohibidas y el contrabando es aún decomisado incluso si el individuo no es sancionado.

En ese contexto, en algunos países de nuestra región y en algunos estados de los Estados Unidos se manifiesta en la actualidad una tendencia a la despenalización o a la reducción de las sanciones por posesión de drogas y de hacer aún algo más respecto a la marihuana. Algunos ejemplos específicos se detallan a continuación.

### Argentina

La Corte Suprema de Justicia de Argentina decidió por unanimidad que el segundo párrafo del artículo 14 de la Ley Nacional de Drogas (Ley No. 23.737), que penalizaba la posesión de drogas para el uso personal con la privación de libertad, sujeto a la sustitución por medidas educativas o tratamiento, es inconstitucional. El poder legislativo argentino está actualmente modificando la ley para cumplir con la sentencia de la Corte Suprema y para ampliarla con el propósito de que cubra otras sustancias además de la marihuana.

<sup>4</sup> CICAD documento de trabajo interno de revisión de las leyes y reglamentos en el Hemisferio Occidental. Proyecto, octubre de 2012.

### México

Los artículos 477 al 480 de la Ley General de Salud, enmendada en 2009, establecen que el Ministerio Público no enjuiciará al consumidor por la posesión no autorizada de sustancias en cantidades que se consideren adecuadas para el uso personal, aunque el arrestado puede ser puesto en detención preventiva. La autoridad gubernamental deberá informar al individuo sobre las instalaciones de tratamiento, deberá registrar el incidente y proveer la información a las instituciones de salud.<sup>5</sup> Las cantidades fijadas para el uso personal se establecen en el artículo 479: 5 gramos de cannabis, 2 gramos de opio, 0,5 gramos de cocaína, 50 miligramos de heroína, 0,015 miligramos de LSD o 40 miligramos de metanfetamina.

### Chile

De acuerdo al artículo 4 de la Ley 20.000 de 2005, la posesión no autorizada de pequeñas cantidades de sustancias destinadas al uso personal no es sancionable. El uso público de sustancias no autorizadas es considerado una infracción de conformidad con el artículo 50 y se sanciona con multas, servicio comunitario o mediante la asistencia a programas de prevención del abuso de drogas. El tribunal es el que determina si la cantidad en un caso específico es para uso personal.

### Brasil

La Ley de Drogas de Brasil cambió en 2006 con el propósito de reducir las sanciones a los usuarios de drogas e incrementar las sanciones para los narcotraficantes. De acuerdo al artículo 28 de la Ley 11.343 de 2006, la posesión no autorizada (incluida la adquisición y transporte) de sustancias para el uso personal es considerada una infracción penal. Sin embargo, no se penaliza con la privación de libertad sino con la educación sobre drogas, el servicio comunitario y/o la asistencia obligatoria a programas sobre abuso de drogas durante un período de cinco meses cuando se trata de la primera infracción. El

<sup>5</sup> Idem

tribunal podrá aplicar advertencias verbales y multas para asegurar la participación del infractor. Las cantidades para el uso personal son determinadas a discreción del tribunal<sup>6</sup>.

## Estados Unidos

Durante la década de los años 70, 13 estados de los Estados Unidos eliminaron las sanciones penales por posesión de pequeñas cantidades de marihuana, generalmente una onza, aunque el uso en público continuó siendo un delito menor. El movimiento por la despenalización finalizó en 1978 y el siguiente estado en realizar ese cambio fue Massachusetts, 30 años después en 2008. En los últimos 15 años los esfuerzos realizados en ese país para suavizar los efectos de las prohibiciones de la marihuana se han concentrado en permitir el uso de esta droga con fines medicinales.

Actualmente, 18 estados y el Distrito de Columbia permiten el uso de la marihuana como un medicamento<sup>7</sup>. Esta es una medida mucho más amplia que la simple despenalización porque incluye que el estado aprueba la venta para fines medicinales. A la vez, cuatro estados (California, Washington, Colorado y Oregón) han considerado iniciativas para legalizar la marihuana. El 6 de noviembre de 2012, votantes en dos de ellos, Colorado y Washington, aprobaron nuevas leyes para regular e imponer impuestos a esta sustancia. En la medida que lo permite la ley estatal y con vigencia inmediata, en ambos estados los adultos pueden poseer una cantidad limitada de marihuana. En ambos estados, tanto los cultivadores como los vendedores deben tener licencias y pagar impuestos, de conformidad con las normas que entrarán en vigor en diciembre de 2013. La venta y posesión continuará prohibida para menores de 21 años de edad.

El estado de Washington requiere que la producción, distribución y

venta sea controlada por la Junta de Control de Bebidas Alcohólicas del Estado (State Liquor Control Board). Los comercios que vendan marihuana no podrán vender alcohol. Se gravará con un impuesto de 25% cada uno de los tres niveles de transacción: producción, venta al por mayor y venta al por menor; además, la venta final estará sujeta al impuesto estatal de venta al público. El esquema de Colorado para la producción y distribución comercial no se especificó en la iniciativa aprobada en el referendo. Existe un impuesto específico, de 15%, que grava la venta al por mayor. En Colorado -pero no en Washington- la ley estatal también permite (con vigencia inmediata) que cualquier persona mayor de 21 años cultive hasta seis plantas de marihuana (no más de tres de ellas en la etapa de florecimiento) en cualquier "espacio cerrado y seguro" y almacene la marihuana producida en el lugar de cultivo. Esta marihuana puede ser regalada (un máximo de una onza en una sola ocasión), pero no puede ser vendida.

La ley federal aún prohíbe, sujeto a sanciones penales, la posesión, producción y venta de marihuana. En el momento de emitirse el presente Informe, el Departamento de Justicia todavía no había indicado si iba a intentar bloquear la aplicación de las nuevas leyes estatales.

## Uruguay

En junio de 2012, el Presidente de Uruguay, José Mujica, anunció la propuesta de su gobierno de enviar un proyecto de ley al Parlamento que legalizaría y regularía el suministro de cannabis. Dos meses después, el 8 de agosto, el gobierno presentó oficialmente el proyecto de ley que incluyó un solo artículo que señala: "el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de marihuana o sus derivados, en los términos y condiciones que al respecto fije la reglamentación." El proyecto de ley mantuvo la prohibición de la venta de marihuana entre los ciu-

6 Idem

7 Véase <http://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881> para más detalles para los 18 Estados y el Distrito de Columbia.



dadanos privados y el cultivo personal para su uso y, en su lugar, propuso la creación de un monopolio del Estado para la producción, procesamiento y distribución de la sustancia.

Luego de varios meses de negociaciones parlamentarias, el proyecto de ley ha tenido considerables modificaciones y sus detalles normativos aún se encontraban en etapa de elaboración durante la preparación de este Informe. El 18 de diciembre de 2012 el Presidente Mujica anunció la postergación del examen del proyecto, citando la necesidad de explicar mejor la iniciativa al público a raíz de la publicación de una encuesta de opinión pública que señala que el 64% de los uruguayos se opone a la legalización de la sustancia. La administración aclaró que esta medida no significa que se retira el proyecto de ley y que el gobierno continuará examinando en forma abierta la propuesta para crear un mercado legal del cannabis, tal vez a partir de un proyecto piloto de la marihuana medicinal.

## ■ 9.4 LEYES SOBRE LA DISPONIBILIDAD

Se puede aprender mucho si se examina la forma en que las sociedades han tratado el problema de otras sustancias psicoactivas. Tanto el alcohol como el tabaco son drogas adictivas que causan un daño considerable a la salud y la sociedad. Los efectos negativos del alcohol son muy similares a los de la cocaína porque los dos son fisiológicos y conductuales, así como agudos y de largo plazo. El tabaco es diferente; sus efectos negativos afectan solo la salud y son de largo plazo.

De acuerdo a la legislación vigente en todo el hemisferio, el alcohol y el tabaco están más o menos disponibles como artículos de comercio, en una cantidad no regulada para que sea consumido por cualquier adulto. El alcohol y el tabaco son objeto de una tributación especial y regulación de venta (en particular la prohibición de su venta a menores). Los consumidores de estas

drogas están también sujetos a ciertas normas, por ejemplo para prevenir los accidentes automovilísticos y para prevenir la exposición al humo de otras personas. En el caso del tabaco, pero no del alcohol, la reducción del número de consumidores, y especialmente de nuevos usuarios, es una meta de política reconocida en la mayor parte de la región.

Una importante alternativa –aunque de ninguna manera la única– a las políticas actuales hacia las drogas controladas, tales como la cocaína, heroína, marihuana y metanfetamina, incluiría legalizar una o más de ellas para su venta en algún tipo de forma que no sea para uso médico. Las variaciones entre las reglas que actualmente se aplican al tabaco y al alcohol ilustran la amplia gama de posibles políticas que se podrían aplicar a los mercados regulados de drogas actualmente ilícitas. Por ejemplo, en diversos momentos y lugares, el alcohol y el tabaco (así como el opio) han pertenecido a monopolios estatales, potencialmente un régimen muy diferente del que utilizan los negocios con licencias para producir o distribuir la sustancia.

De esta manera, a pesar de que normalmente la “legalización” es entendida como si se tratara de una sola política, lo cierto es que existen muchos y muy diversos enfoques posibles para legalizar una droga, algunas de las cuales son mucho más restrictivas que otras. En ciertos países el alcohol está sujeto a una gran regulación aunque en muchos otros la regulación es mínima. Entre esas múltiples restricciones pueden citarse, por ejemplo, elevados impuestos, menos lugares para su expendio, horas reducidas para el consumo y restricciones a la publicidad comercial. Todas estas restricciones pueden reducir tanto el consumo como el daño que provoca este producto.<sup>8</sup>

8 T. Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity* (Oxford University Press, 2010); P. Cook, *Paying the Tab: The Costs and Benefits of Alcohol Control* (Princeton University Press, 2007).

## ■ 9.5 MODELOS DE DISPONIBILIDAD LEGAL

Existe un número limitado de modelos que podrían ser de utilidad para profundizar el análisis sobre las alternativas a las políticas prohibicionistas actuales y sus posibles consecuencias. Los modelos concretos varían según la droga y según el país. El modelo más conocido es el de los coffee shops de los Países Bajos, que constituye una legalización de facto, aunque no lo sea de jure.

La experiencia de los holandeses con los coffee shops ha sido un tema polémico. En este momento los Países Bajos –después de 30 años de fácil acceso de los adultos– presentan una tasa de uso de marihuana que los coloca en la mitad del grupo de los países de Europa. El número de coffee shops ha sido reducido a la mitad durante la última década por los gobiernos locales, los cuales tienen la responsabilidad de supervisión de estos establecimientos bajo las directrices generales del Ministerio de Justicia. Entre las principales razones de esta reducción se incluye la preocupación por la atracción de turistas extranjeros a comprar marihuana, en particular en el sur. De igual manera se ha tenido en consideración la molestia pública en general y las infracciones de las disposiciones fiscales sobre estos negocios. Tanto el gobierno conservador anterior como el más liberal que fue instalado en septiembre de 2012, han expresado que el elevado nivel de las concentraciones de THC (más del 15%) en la droga que se vende es un problema para los jóvenes holandeses.

Otro modelo de interés es el de los clubes sociales, de los cuales quizá el mejor ejemplo sea el cultivo y el uso privado de cannabis en España. Estos clubes se mantienen en una zona gris de la ley pero, después de una serie de fallos de la Corte Suprema, han sido permitidos con limitaciones desde 2002<sup>9</sup>. Estos clubes son grupos sociales no comerciales, que cultivan y dis-

tribuyen el cannabis para satisfacer las necesidades de consumo personal de sus miembros. En virtud de los convenios internacionales, la penalización de cultivo y posesión para uso personal de sustancias están sujetas a limitaciones constitucionales y, en el caso de España, la ley no penaliza el uso privado de una droga ni el cultivo colectivo de cannabis, siempre y cuando no esté destinada al tráfico ilícito. La membresía está normalmente limitada a un cierto número de adultos registrados y pagadores que pueden utilizar cannabis en las instalaciones. Cada club aparentemente puede establecer sus propios requisitos de afiliación y sus precios internos. Se trata de operaciones no comerciales que buscan satisfacer las necesidades de sus miembros, lo cual tiene la ventaja de prevenir la comercialización y la competencia de precios y a la vez restringir la oferta. De acuerdo con un artículo periódico sobre un club bien conocido, los precios son aproximadamente la mitad del mercado ilícito<sup>10</sup>.

Este modelo de club ha sido ampliado a otros países; está incluido en el referéndum recientemente aprobado en Colorado y es parte del proyecto de ley en Uruguay. La aplicación de este modelo, a diferencia de los Coffee Shop, no obliga a los Estados a retirarse de los Convenios internacionales y volver a ellos haciendo una reserva, solo requiere cambios en la legislación nacional.

Los modelos de disponibilidad procuran minimizar la variedad de calidad de las diferentes drogas, en una versión del sistema de control del alcohol que es común en muchos países. Bajo este supuesto la sustancia es legal pero solo puede venderse en lugares registrados específicamente y con licencia, sujetos a ciertas regulaciones entre las que se incluye la prohibición de venta a menores de edad. El uso es permitido a los adultos pero existen limitaciones respecto a circunstancias específicas, tales como durante la operación de un vehículo y en ciertos lugares de trabajo.

9 Martín Barriuso Alonso, "Cannabis social clubs in Spain, A normalizing alternative underway," TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies, Nr. 9 (January 2011).

10 Nick Buxton, "Drug club: Spain's alternative cannabis economy," Red Pepper (June 2011): <http://www.redpepper.org.uk/drug-club/>.



En estas condiciones, los precios de las drogas probablemente bajen sustancialmente. Un estudio de 2010, que analizó las consecuencias de los precios de la legalización de la marihuana en California, llegó a la conclusión que los costos de producción son tan bajos que el precio de la marihuana legal sin impuestos no sería más del 20% del precio actual de la marihuana ilegal; es decir, aproximadamente US\$2 por gramo, contra los US\$12 por gramo que cuesta la marihuana ilícita de alta potencia<sup>11</sup>.

Como precios más bajos promoverían un mayor consumo, para restaurar el precio actual de la marihuana ilícita se tendría que gravar con un impuesto de cerca de US\$300 por onza. Esto llevaría a una gran evasión impositiva, como en el caso del tabaco, donde se ha visto una sustantiva evasión fiscal con impuestos a valores mucho más bajos, de aproximadamente US\$10 por onza.

Los costos materiales y de producción de la cocaína y la heroína son también mínimos comparado con el actual precio del mercado. El gobierno tendría que imponer un enorme impuesto por gramo para elevar los precios a niveles cercanos a los que prevalecen actualmente, ofreciendo nuevamente un incentivo para la evasión de impuestos.

## ■ 9.6 COSTOS Y BENEFICIOS DE LAS ALTERNATIVAS LEGALES Y REGULATORIAS

Las consecuencias de la disponibilidad legal –para bien y para mal– dependen de la droga o drogas que estén disponibles, de los detalles del régimen jurídico y de la capacidad de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para regular el suministro, moderar la demanda y manejar tanto los trastornos por el abuso de sustancias como las conductas de intoxica-

ción. Cuanto mayor sea la capacidad para tratar con las consecuencias del uso y abuso de drogas, menor será el daño causado por el aumento del uso y abuso que probablemente resulte si las prohibiciones sobre la producción, venta y uso son reducidas o eliminadas.

El punto clave de la política de alternativas legales y regulatorias es el reconocimiento de sus costos y beneficios, que a veces son difíciles de identificar y más difíciles aún de analizar con precisión. De ahí la importancia de reconocer explícitamente las ventajas y desventajas y, en particular, las consecuencias adversas de las medidas específicas de combate a las drogas, como una forma de aportar claridad a un debate que de otro modo puede resultar confuso e inconducente.

Como se ha visto, varios países, incluyendo algunos del Hemisferio, han aprovechado la flexibilidad que ofrecen las convenciones para despenalizar el consumo de drogas y proporcionar castigos alternativos al encarcelamiento para las infracciones relacionadas con las drogas. La evidencia sugiere que la despenalización tiene poca incidencia en la prevalencia, aunque tiene el beneficio de reducir la cantidad de casos judiciales, los prontuarios criminales y las tasas de encarcelamiento.

Una disponibilidad legal podría reducir los costos de la justicia penal en materia de aplicación de las prohibiciones, un tema que ha dominado los estimados del gasto bruto del control de drogas en países tan diferentes como los Estados Unidos y Holanda<sup>12</sup>. Entre los costos socioeconómicos de las drogas tienden a dominar aquellos relacionados con la situación de ilegalidad y su represión<sup>13</sup>. Sin embargo, los costos

11 B. Kilmer, J. Caulkins, B. Bond, P. Reuter, Reducing Drug Trafficking Revenues and Violence in Mexico: Would Legalizing Marijuana in California Help? (RAND, 2010).

12 P. Reuter, "What drug policies cost: Estimating government drug policy expenditures," *Addiction* (2006), 101: 315-322.

13 Carnevale et al., *The Economic Cost of Illicit Drug Abuse: 2007*, National Drug Intelligence Center (2011). Un reciente estudio realizado en Chile estima que alrededor de un tercio del impacto socioeconómico de las drogas y el delito está explicado por los gastos de aplicación de las leyes sobre drogas. Cf. M. Fernandez, "The socioeconomic impact of drug-related crimes in Chile," *International Journal of Drug Policy* (2012), 23: 465-472.

de la represión no desaparecerían por completo con una legalización. Asegurar que los vendedores cumplan con las restricciones, por ejemplo que no vendan a menores de edad, requiere el apoyo de las fuerzas del orden, aunque probablemente estos costos serían menores de los que actualmente ocasiona el control de drogas.

La morbilidad y mortalidad también podrían disminuir gracias a las drogas legalizadas. La situación ilegal de las drogas es la principal causa de las sobredosis, tanto por la incertidumbre acerca de la pureza de lo que se compra como porque la ausencia de regulaciones alienta el uso de adulterantes que pueden por sí mismos surtir efectos peligrosos. En un régimen legal regulado, las drogas vendidas serían de pureza conocida y sus ingredientes constarían en la etiqueta del producto. El VIH, estrechamente asociado con la inyección de heroína, podría reducirse considerablemente si los consumidores de heroína ya no tuviesen que esconder su hábito y compartir jeringas. Sin embargo, como se desprende de la experiencia de los Estados Unidos con el abuso de los opiáceos legales, el aumento del consumo y la dependencia reduciría algunas de estas ventajas, ya que estas drogas aún presentan riesgos para la salud incluso cuando la pureza es conocida y su uso no tiene que ser clandestino.

Otras consecuencias de la legalización podrían ser la reducción del desorden en los mercados y la violencia criminal, así como la reducción de la corrupción en el sistema de justicia penal y de las autoridades políticas en general. Esto supone que los países son capaces de poner en marcha y aplicar sistemas eficaces de reglamentación que no den lugar a un gran mercado negro paralelo de drogas, algo que puede ponerse en duda a la luz de lo expuesto en los Capítulos 6 y 8 de este Informe en los que se detalla el vínculo, en muchos países de la región, entre la violencia e instituciones débiles que están sujetas a la penetración de las organizaciones de narcotraficantes. En el Capítulo 8 se ha descrito también la

diversificación de las organizaciones criminales en diferentes delitos económicos depredadores (el tráfico y la trata de personas, el contrabando de migrantes, el secuestro, la extorsión, el tráfico de armas y la piratería, entre otros) los cuales quizás no disminuyan e incluso puedan aumentar en el caso que haya un entorno de drogas que esté legalizado.

Se deben considerar también las posibles consecuencias negativas de la disponibilidad legal. No se puede saber cuánto aumentará efectivamente el uso y la dependencia de drogas debido a la legalización, pero es razonable suponer que una mayor disponibilidad, en condiciones de legalidad —especialmente si hubiese publicidad comercial— podría llevar a más gente a consumir sustancias. Está demostrado que el precio y la facilidad de venta son determinantes importantes del consumo de drogas lícitas, tales como el alcohol.<sup>14</sup> Aun con regulación relativamente estricta, el resultado de la legalización probablemente sería una expansión del uso y la dependencia.

La disponibilidad legal, aun sin precios más bajos, posiblemente incrementaría la experimentación. Algunos de los que experimentan por primera vez se convertirían en drogodependientes. Es probable que haya un aumento del número de personas que necesiten tratamiento por las drogas, aun si las consecuencias negativas de dependencia son menores si las drogas son legales.

Entre los usuarios dependientes se encuentran padres, estudiantes, trabajadores y vecinos de barrio. Por lo tanto, el aumento de la dependencia probablemente conduzca a un mayor descuido y abuso de menores, un mayor ausentismo escolar y laboral y menor espíritu comunitario en poblaciones que no habían sido muy afectadas anteriormente por la dependencia de las drogas. Cuando se trata de los estimulantes, inciden otros factores: los es-

14 G. Edwards et al., *Alcohol Policy and the Public Good* (Oxford: Oxford University Press, 1994).

timulantes generan una conducta violenta. Un mayor uso de estimulantes, especialmente en combinación con el alcohol, podría generar más violencia entre los usuarios de drogas.

La distribución de estos problemas en la sociedad también es probable que cambie. En la actualidad, en muchos países del hemisferio la drogodependencia y los problemas conexos están más concentrados en la población pobre y vulnerable que en la clase media; esta concentración podría disminuir con la legalización.

## ■ 9.7 OTRAS ALTERNATIVAS

Como se ha señalado anteriormente en este Informe, un problema que afecta a muchos países del Hemisferio es el crecimiento de la población penitenciaria debido a las drogas ilícitas. La aplicación de la ley contra los infractores relacionados con estas drogas – consumidores, pequeños traficantes y ofensores dependientes de las drogas que cometen otros crímenes– genera situaciones de sobrepoblación de los sistemas penitenciarios. En los Estados Unidos, la existencia de leyes sobre condenas obligatorias ha contribuido al aumento explosivo en el número de presos por infracciones a la ley de drogas, al punto que hoy alrededor del 1% de la población adulta en edad productiva está encarcelada. La situación ha derivado en una gran carga financiera para el país y un problema social con consecuencias enormes debido, entre otras razones, al predominio de minorías raciales en las cárceles. Como también se ha señalado ya, en Estados Unidos, después de los delitos contra la propiedad, los delitos relacionados con las drogas constituyen la categoría más importante de las detenciones –es decir no necesariamente encarcelamiento– superando a la conducción bajo la influencia.

En algunos casos, mediante alternativas al encarcelamiento se pueden compensar daños sufridos por las vícti-

mas, ofrecer beneficios a la comunidad, tratar a la persona dependiente de drogas o con enfermedad mental y rehabilitar al infractor dependiente de drogas. Por ejemplo, tras más de dos décadas de investigación, existe evidencia clara de que los tribunales de tratamiento de drogas –un modelo integral que abarca el sistema judicial, los servicios sociales y el tratamiento al usuario que cometió un delito no violento– contribuyen a reducir la delincuencia, a disminuir las recaídas en el consumo, a reducir la población penitenciaria y a bajar los costos del encarcelamiento. Otras opciones incluyen los servicios previos al juicio, programas específicos para la defensa, programas de sentencias diferidas y centros de medicación. Algunos programas especializados ofrecen alternativas al encarcelamiento para poblaciones específicas, como infractores dependientes jóvenes.

Los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) conectan el sistema judicial de jueces, fiscales y abogados defensores a través de proveedores de servicios sociales con una estrategia de tratamiento que aborda las causas subyacentes que han conducido a la persona al acto criminal: la dependencia de las drogas. Este modelo, cuyas evaluaciones han demostrado su eficacia en función de los costos y la reducción del riesgo de reincidencia, se ha empezado a implementar en Canadá, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Jamaica, Barbados, Trinidad y Tobago, México y Estados Unidos.

Un modelo prometedor que está siendo puesto a prueba es el Hawaii's Opportunity Probation with Enforcement (HOPE), un programa de supervisión que busca reducir el delito y el uso de drogas por medio de la realización de exámenes de detección del uso de drogas, frecuentes y aleatorios, a personas bajo libertad condicional con la advertencia de un encarcelamiento inmediato en caso de no aprobar el examen. Otros esfuerzos que promueven la integración social y disminuyen la reincidencia son aquellos que proporcionan tratamiento contra las drogas a los delincuentes drogodependientes

mientras están en prisión, y el desarrollo de juzgados comunitarios y juzgados de reinserción. En todos estos programas la evidencia sugiere que para que sean exitosos es fundamental la participación de actores locales y comunitarios.



**CONTRIBUCIÓN  
A UN DIÁLOGO  
QUE SE INICIA**

10



# 10. CONTRIBUCIÓN A UN DIÁLOGO QUE SE INICIA

Como se ha señalado en las páginas introductorias, los planteamientos contenidos en este Informe no constituyen una conclusión sino el inicio de un debate largamente esperado. A partir de este momento ese debate, y las conclusiones definitivas que puedan derivarse de él, pertenecen a los destinatarios de estas

reflexiones y serán parte del análisis colectivo y del diálogo democrático en cada uno de nuestros países.

Para fines de ese análisis, presentamos a continuación lo que pueden ser las principales conclusiones de este estudio.

## 10.1 EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ES UN TEMA HEMISFÉRICO

- 1.1 Las evidencias presentadas en este Informe son claras en mostrar que las diferentes partes que es posible distinguir en el Problema de las Drogas se presentan y afectan de manera diferenciada a los distintos países de las Américas. Pero el problema involucra a todos los países y todos tienen responsabilidades, aunque diferenciadas, en la búsqueda de soluciones que reduzcan sustantivamente la adicción a las drogas, el riesgo para la población - especialmente los jóvenes - y la violencia criminal.
- 1.2 El problema de salud asociado al consumo de sustancias está presente en todos nuestros países, pues en todos ellos existe evidencia de uso de drogas. Sin embargo los efectos de ese problema en términos del número de las personas afectadas, son mayores en los países de Norteamérica, en que ese consumo es mayor, sin perjuicio que el consumo, esta aumentando en otros países. De acuerdo a la información oficial proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, al ordenar las causas de muerte según su importancia los trastornos por abuso de drogas aparecen en el lugar 15 en los países del Norte, en el lugar 40 entre los países andinos y en el lugar 52 en América Central.
- 1.3 Por contraste, el impacto en la economía, las relaciones sociales, la seguridad y la gobernabilidad democrática es mayor en los países de cultivo, producción y tránsito situados en América del Sur, América Central, en México y en el Caribe. En los países de Norteamérica, que son los principales lugares de destino final de las sustancias traficadas, esas manifestaciones del problema son mucho menores.
- 1.4. Algunos efectos de la economía ilegal de drogas se experimentan, sin embargo, de manera simultánea y análoga en todos los países de la región, lo que sugiere la necesidad no sólo de políticas comunes sino, eventualmente, de un marco jurídico común o a lo menos homogéneo. Es el caso destacado de las actividades de lavado de activos en las que los delincuentes muestran ser permanentemente innovadores y tienden a aprovechar todas las ventajas que brinda la heterogeneidad legal entre nuestros países.



## 10.2 EL PROBLEMA DE LAS DROGAS ADMITE TRATAMIENTOS DISTINTOS EN CADA UNA DE SUS FASES Y EN LOS PAÍSES EN LOS CUALES ELAS TIENEN LUGAR

- 2.1 Los diversos componentes del proceso deben ser tratados de manera separada para establecer la dimensión y el impacto real de cada una de las partes que componen el Problema de las Drogas en las Américas, esto es el cultivo, producción, distribución (o tránsito), venta y consumo de drogas controladas.
- 2.2 Desde la perspectiva del valor generado en cada una de esas partes, la venta es indudablemente aquella en que se generan mayores volúmenes de ingresos y ganancias, alcanzando al 65% del total generado, en tanto que los cultivadores y productores originales generan y perciben sólo alrededor de un 1%.
- 2.3 Desde la perspectiva de la composición social de los actores, tradicionalmente los cultivadores han sido un eslabón muy débil en la cadena productiva. A pesar de que los programas de sustitución de cultivos y desarrollo alternativo implícitamente reconocían la necesidad de dar opciones al campesinado, la erradicación de los cultivos ilegales ha sido en términos generales la meta primordial de los gobiernos, lo que ha generado fuertes reacciones sociales en los países andinos productores de coca y amapola.
- 2.4 La mayoría de quienes actúan como productores, traficantes y comerciantes de drogas, incluidos los sicarios de las bandas del delito organizado son, a su vez, personas provenientes de áreas vulnerables de nuestras sociedades y en la mayoría de los casos han sido objeto de desigualdad de oportunidades, baja escolaridad y pobreza familiar
- 2.5 El consumo, si bien transversal a la sociedad, tiende a su vez a ser proporcionalmente mayor entre esos mismos sectores vulnerables que, por el tipo de consumos (inhalables, cocaínas fumables), suelen correr mayores riesgos a la vez que por su misma condición de marginalidad suelen tener un menor acceso a procedimientos de tratamiento y rehabilitación.
- 2.6 Desde la perspectiva de la violencia, la acción criminal asociada a la producción pero principalmente al tránsito de las sustancias hacia los países y mercados de consumo final es abrumadoramente mayor y más alarmante que aquella que generan la venta al detalle y los consumidores.
- 2.7 En lo relativo al consumo está bien establecido que todas las drogas son potencialmente perjudiciales para la salud, incluso las legales como el alcohol y el tabaco. Pero es también evidente que algunas drogas son más perjudiciales que otras, como la heroína y las cocaínas incluyendo sus versiones de clorhidrato o fumables.
- 2.8 También existe evidencia suficiente para afirmar que las adicciones a las drogas causan enormes tragedias humanas. Si bien la mortalidad por uso de drogas no es alta, si lo son la cantidad de muertes que el uso de drogas provoca y la devastación de familias y comunidades como resultado del consumo y el tráfico.

## 10.3 NO EXISTE UNA RELACIÓN INDISOLUBLE ENTRE EL PROBLEMA DE LAS DROGAS Y LA SITUACIÓN DE INSEGURIDAD EN QUE VIVEN MUCHOS CIUDADANOS DE LAS AMÉRICAS, AUNQUE ÉSTA ES DIFERENTE PARA CADA PAÍS O GRUPO DE PAÍSES

- 3.1 Las distintas partes que componen el Problema de las Drogas generan a su vez amenazas de distinta índole e intensidad a la seguridad de los ciudadanos.
- 3.2 Aunque el problema de las drogas es motivo de preocupación en todos los países de la región, la principal fuente de temor para los ciudadanos es la violencia que se genera en torno a él, unida a la acción cada vez más extensa del crimen organizado.
- 3.3 La violencia criminal asociada a la producción y el tránsito es practicada principalmente por bandas de delito organizado de carácter transnacional, que pueden llegar a realizar actos de una violencia extrema y que han diversificado sus actividades hasta cubrir una amplia gama de delitos además del narcotráfico (tráfico ilícito de personas, armas, dinero, órganos, piratería intelectual, contrabando, secuestro y extorsión).
- 3.4 La inseguridad originada por la actividad de estas bandas o “carteles” afecta no sólo a los ciudadanos en su integridad física y en su patrimonio, sino a la sociedad en su conjunto, generando situaciones de corrupción que debilitan a las instituciones civiles y estatales y pueden llegar a afectar la gobernabilidad democrática de los países.
- 3.5 La venta de drogas, en la que por regla general intervienen bandas distintas de las dedicadas a la producción y/o tránsito, no genera las situaciones de aguda violencia que se manifiestan en las fases anteriores del proceso. En esta etapa esas situaciones de violencia están asociadas más bien a disputas entre pandillas menores por el control de mercados locales de micro tráfico, en todos los países del hemisferio.
- 3.6 Las situaciones de inseguridad asociadas al consumo se refieren al comportamiento alterado de las personas cuando consumen sustancias psicoactivas. Dependiendo del tipo de droga, la dosis, la susceptibilidad individual y la expectativa de la experiencia que tiene el propio usuario, el consumo produce efectos distintos (euforia, ansiedad, agitación psicomotora, alucinaciones, delirio, somnolencia, sedación, entre muchas otras) que aunque son generalmente nocivos, se manifiestan en conductas diversas que deben atenderse en forma individualizada.
- 3.7 Otra situación de inseguridad provocada por los usuarios de drogas dice relación con los comportamientos patológicos asociados a ese consumo y que pueden provocar efectos graves, incluyendo accidentes de tránsito y otros, agresiones -principalmente domésticas-, suicidios o contagios de VIH y otras enfermedades infecciosas.

## 10.4 LA INSEGURIDAD AFECTA MÁS A AQUELLAS SOCIEDADES EN LAS CUALES EL ESTADO NO ESTA EN CONDICIONES DE ENTREGAR RESPUESTAS EFICACES

4.1. Ninguna situación de inseguridad es irresoluble, pero cada una de ellas exige una reacción diferente:

- a) La violencia asociada al consumo, debe enfrentarse con acciones destinadas a prevenir el uso de drogas y, en lo relativo a usuarios o dependientes de drogas, su trato como personas afectadas por una enfermedad crónica o recurrente y convertirlos en objeto de tratamiento y rehabilitación.
- b) La reducción o eliminación de la violencia e inseguridad asociadas a la venta de drogas, tal como se hace presente en barrios y zonas socialmente vulnerables de América Latina y el Caribe, está relacionada con la reducción de esa condición de vulnerabilidad social y demanda una atención integral del Estado y la sociedad civil en los ámbitos de la educación, el empleo, la igualdad de oportunidades y la habitabilidad urbana.
- c) La eliminación de la violencia y la inseguridad asociada a la actividad de bandas del delito organizado, principalmente en países de cultivo, producción y tránsito, dice relación con la eficacia de la acción de los organismos policiales, judiciales y penitenciarios.

4.2 Sin embargo, en los países en que el fenómeno está presente de manera significativa, esa eficacia parece depender del necesario y urgente fortalecimiento del conjunto de las instituciones y de la presencia del Estado. Existe una cobertura geográfica institucional deficiente, falta de coordinación y articulación institucional, recursos financieros y humanos limitados y falta de información apropiada para guiar la definición e implementación de las políticas de seguridad. La única explicación para el hecho de que la violencia se exprese con mucha mayor fuerza en los países de tránsito es la falta de un estado de derecho suficiente y de instituciones policiales, judiciales y penitenciarias adecuadas, para garantizar el cumplimiento de la ley.

4.3 La impunidad y la corrupción estimulan la violencia, por cuanto permiten que los delincuentes actúen sobre seguro, sin preocuparse de las penas que puedan recibir, aunque ellas aparezcan nominalmente altas. La certeza del castigo es un disuasivo mucho más eficaz que la magnitud de las penas.

4.4 Es la falta de Estado de derecho lo que mejor explica los altos índices de violencia por parte de las organizaciones criminales y el hecho que ellas dominen territorios e influyan sobre las decisiones públicas. Por lo mismo, es allí en donde debe ponerse el acento para terminar o a lo menos reducir drásticamente la situación de inseguridad que afecta a los ciudadanos.

## 10.5 ES NECESARIO ENFRENTAR EL CONSUMO DE DROGAS CON UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA

- 5.1 Las políticas nacionales, internacionales y hemisféricas sobre drogas han adoptado gradualmente la visión de la dependencia como una enfermedad crónica y recurrente, que requiere un enfoque orientado hacia la salud que integre una amplia gama de intervenciones. El cambio fundamental en esta materia va desde considerar al usuario como una víctima, un adicto crónico y no como un delincuente o un cómplice del narcotráfico.
- 5.2 Estas incluyen la promoción de estilos de vida saludables, la protección de los usuarios con medidas para limitar la disponibilidad de sustancias psicoactivas, la prevención en sus tres principales modalidades (universal, selectiva e indicada), el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social.
- 5.3 Sin embargo, actualmente son escasos y limitados los recursos y programas para implementar esta visión. En general, los usuarios de drogas enfrentan significativos obstáculos para hacer uso de servicios de tratamiento efectivo y accesible; esto incluye el acceso geográfico, el estigma asociado con la búsqueda del tratamiento y los altos costos. Todos estos obstáculos se agravan cuando la persona es miembro de un grupo marginado o de un grupo social vulnerable, si tiene antecedentes penales o se le negó acceso a los servicios y beneficios sociales.
- 5.4 El tratamiento sobre drogas debería estar presente en todos los niveles de atención general y especializada del sistema de salud, con especial énfasis en la detección temprana e intervención breve a nivel de atención primaria. Existe una brecha significativa entre la visión de salud pública y los servicios para la atención de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas en mucho de los países del hemisferio. Si bien varios países han desarrollado y aprobado normas de calidad para estos servicios, dichas normas no se aplican sistemáticamente ni se han desarrollado sistemas de tratamiento que estén integrados al sistema de atención de la salud.
- 5.5 La despenalización del consumo de drogas debe ser considerada en la base de cualquier estrategia de salud pública. Un adicto es un enfermo crónico que no debe ser castigado por su adicción, sino tratado adecuadamente. Si no es posible pasar de la noche a la mañana a un cambio radical en el tratamiento de los adictos, al menos debería comenzarse con métodos transicionales, como las cortes de drogas, la reducción sustantiva de penas y la rehabilitación. Las medidas restrictivas de libertad son antagónicas de este enfoque y sólo deberían usarse cuando esté en riesgo la vida del adicto o cuando su conducta constituya un riesgo para la sociedad.

## 10.6 EL PROBLEMA DE LAS DROGAS DEBE SER ABORDADO DE MANERA DIFERENCIADA Y FLEXIBLE ENTRE NUESTROS PAÍSES, EN FUNCIÓN DE LA FORMA CÓMO ÉSTE LOS AFECTA EN PARTICULAR

- 6.1 Como consecuencia de la realización de este Informe y en particular de la evidencia recopilada, emerge una afirmación válida y debidamente sustentada: el Problema de las Drogas tiene manifestaciones muy diversas y su impacto es también diverso en los países y subregiones de nuestro Hemisferio. Es por ello que enfrentarlo requiere de un enfoque múltiple, de una gran flexibilidad, de comprensión por realidades diferentes y, por sobre todo, del convencimiento de que, para ser exitosos, debemos mantener la unidad en la diversidad.
- 6.2 Es posible afirmar que las políticas públicas que han abordado el fenómeno de drogas en el hemisferio, cuya base fue planteada hace varias décadas, no han contado con la suficiente flexibilidad para incorporar nuevos conocimientos que permitan hacerlas más efectivas, detectar costos y daños no deseados y asumir los evidentes cambios económicos y culturales sobrevenidos a lo largo del tiempo. Es preciso aplicar métodos de generación de evidencia, análisis y evaluación que permitan aprender de los éxitos y los errores, adaptar las normas a las necesidades y características de cada entorno particular y tomar en cuenta el balance de costos y beneficios que la aplicación de determinadas políticas tiene para cada país y cada sociedad, así como para el conjunto de nuestros países y sociedades.
- 6.3 Una mayor flexibilidad podría llevar a aceptar la posibilidad de transformaciones de las legislaciones nacionales o de impulsar cambios en la legislación internacional.
- a) En el terreno de las legislaciones nacionales no parecen aconsejables cambios drásticos o dramáticos. Sin embargo corresponde evaluar los signos y tendencias existentes, que se inclinan a que la producción, venta y consumo de la marihuana puedan ser despenalizados o legalizados. Tarde o temprano deberán tomarse decisiones al respecto.
  - b) Nuestro informe, en cambio, no encuentra ningún apoyo significativo, en ningún país, para la despenalización o legalización del tráfico de las demás drogas ilegales.
  - c) En el plano de las convenciones de las Naciones Unidas, las transformaciones surgirán de la posibilidad que el actual sistema de control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas se flexibilice y permita que las partes exploren opciones en materia de política sobre drogas, que tengan en consideración conductas y tradiciones particulares de cada una de ellas.
- 6.4 La promoción de esas modificaciones no debe poner en duda o cuestionar lo avanzado hasta este momento en materia de acción colectiva en nuestro Hemisferio, sino más bien basarse en la identificación de aquello que sirve a las necesidades de cada cual y aquello que sirve a las necesidades de todos. En ese equilibrio entre lo individual y lo colectivo, entre la soberanía nacional y la acción multilateral, se basa toda nuestra convivencia y toda la estructura asociativa que hemos logrado crear en el curso de nuestras historias como naciones independientes pero unidas y solidarias en el ámbito internacional.





# COLABORADORES

Las siguientes personas participaron en la elaboración de este Informe. La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos agradece su inestimable colaboración:

Pedro **Abramovay**  
Luis **Alfonzo**  
Andres **Antilliano**  
Oscar **Arteaga**  
Francisco **Babín**  
Hernan **Bernal**  
Edgardo **Buscaglia**  
Marco Vinicio **Cahueque**  
John **Carnevale**  
Sandeep **Chalwa**  
Fabian **Chiosso**  
Marika **Cohen**  
Lucia **Dammert**  
Ivan de **Rementeria**  
Melissa **Dell**  
Brian P. **Emerson**  
Rafael **Franzini**  
Roberto **Gallinal**  
Guillermo **Garcia**  
Jaime **Garcia**  
Juan Carlos **Garzon**  
Wolfgang **Götz**  
Mark **Haden**  
L. Brad **Hittle**  
Alejandro **Hope**  
Martin **Hopenhayn**  
Brendan **Hughes**  
Martin **Jelsma**

David **Johnson**  
Mark **Kleiman**  
Aldo **Lale**  
Julius **Lang**  
Roberto **Laserna**  
Angela **Me**  
Jorge **McDouall**  
Donald **McPherson**  
Maria Elena Medina **Mora**  
Efrem **Milanese**  
Mariano **Montenegro**  
Alejandro **Montesdeoca**  
Plinio **Perez**  
Marta **Paredes**  
Peter **Reuter**  
Adriana **Rossi**  
Kevin **Sabet**  
Fernando **Salazar**  
Lisa **Sánchez**  
Zili **Sloboda**  
Agustina Sara **Suaya**  
Francisco **Thoumi**  
Juan Gabriel **Tokatlian**  
Sergio Gabriel **Torres**  
Graciela **Touze**  
Tara Vandergrift **Morazzini**  
John **Walsh**  
Coletta **Youngers**



# CONTRIBUYENTES

Este informe se llevó a cabo gracias al esfuerzo financiero de los siguientes gobiernos, organismos internacionales, fundaciones y empresas privadas:

Gobierno de Brasil

Gobierno de Chile

Gobierno de Colombia

Gobierno de Estados Unidos

Gobierno de México

Gobierno de Uruguay

Gobierno de Panamá

Gobierno de Perú

Gobierno de Trinidad y Tobago

Gobierno de Turquía

Banco Interamericano de Desarrollo

Corporación Andina de Fomento

Fundación Mario Santo Domingo

Pacific Rubiales

Fundación Bolívar

CARISM (COPA)

Fundación Prosperidad Colectiva

Grupo Pochteca

Occidental Petroleum Corporation

Grupo Argos

México Unidos Contra la Delincuencia



ISBN 978-0-8270-5988-7



Organización de los  
Estados Americanos

1889 F. Street, NW, Washington, DC 20006  
Tel: +1.202.370.5000  
[www.oea.org](http://www.oea.org)