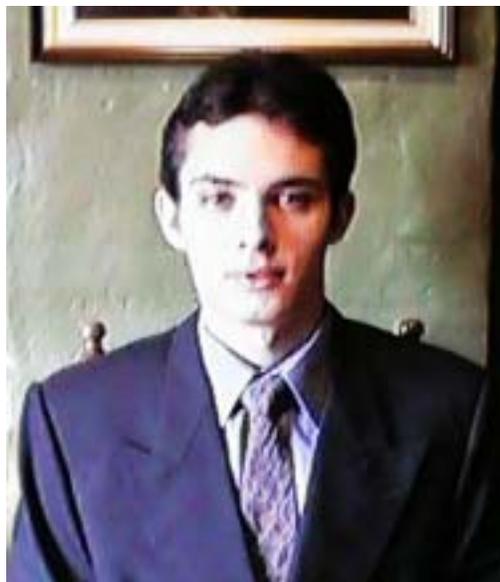


DROGODEPENDENCIA

MONOGRAFÍA



MAXIMILIANO GONZÁLEZ

INDICE

[Estupefacientes. Definición](#)

[Estupefacientes, Clasificación](#)

[Tipos de Dependencias](#)

[Otras consideraciones](#)

[La Drogadependencia y su relación con el delito](#)

Estupefacientes. Definición

El término “toxicomanía” proviene del griego “*toxicon*”, que significa “veneno”, y del latín “*mania*”, que sería algo así como una locura caracterizada por delirio y agitación. Es decir, etimológicamente, la toxicomanía sería una alteración mental que induce al individuo al consumo de un veneno.

El Comité de Expertos de la Sociedad de las Naciones, en 1957, pronunció que la *toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica, provocada por el empleo reiterado de ciertas sustancias tóxicas.*

Es digno destacar que se le otorga a las sustancias tóxicomanígenas la calidad del *veneno*, lo cual es correcto, toda vez que ellas poseen una marcada toxicidad propia (algunos la denominan “poder tóxicomanogeno”, amén de la toxicidad derivada del uso prolongado o repetido.

En el orden clínico, los franceses Antonine y Maurice Porot, definen: *la toxicomanía es una apetencia normal y prolongada manifestada por ciertos sujetos hacia sustancias tóxicas cuyos efectos analgésicos, euforísticos o dinámicos han conocido accidentalmente o buscado voluntariamente; apetencia que se ve convertida en hábito tiránico y comporta, casi inevitablemente, un aumento progresivo de la dosis.*

La ley 23.737 (promulgada el 10 de octubre de 1989), que es la que rige en nuestro país en materia de estupefacientes, en su art. 40, otorga definición pragmática del término “estupefaciente”: *“El término “estupefacientes” comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que la autoridad sanitaria debe elaborar a este fin, y actualizar periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo Nacional”.*

La Organización Mundial de la Salud en el año 1965 sugirió reemplazar las denominaciones “adicción” y “hábito”, por “dependencia respecto a las drogas”. No obstante, se continúa utilizando la palabra “hábito” para clasificar los efectos de aquellas drogas que provocan sólo dependencia psíquica, y el término “adicción” para las que generan dependencia física.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, dice: *“...dependencia respecto a las drogas es el estado que resulta de la absorción de una droga, repetida periódicamente o continuamente”.*

Estupefacientes

A continuación se mencionará una clasificación de los estupefacientes, propuesta en 1928 por Ludwing Levin quién dividió a estas sustancias en cinco grupos.

- a) *Euphorica*.- Comprende los venenos sedativos del espíritu, tales como el opio y sus derivados: morfina, heroína, codeína, dionina. Dicho autor incluye en este grupo la cocaína, sobre la cual haremos luego una pequeña consideración.

- b) *Phantástica*.- Comprende los venenos alucinatorios de los sentidos: LSD, mescalina (de ciertos cactus alucinógenos), psilocibina (de ciertos hongos alucinatorios) y, aunque ciertos permisionistas opinen lo contrario, la marihuana.
- c) *Inebrantia*.- Se incluyen en este grupo los venenos embriagadores, como el alcohol y el éter, debiéndose incluir también los inhalantes, lamentablemente difundidos hoy entre los adolescentes (nafta, ésteres, hidrocarburos aromáticos, etcétera).
- d) *Hipnótica*.- Comprende las sustancias narcóticas como los barbitúricos, benzodiazepinas, fenotiacinas, metaqualona, mazindol.
- e) *Exitantias*.- Sustancias estimulantes del psiquismo, tales como la cocaína, las anfetaminas y el cath y, en menor grado, la cafeína y el tabaco.

Dependencia. Tipos

Los grupos de estupefacientes que establece Levin se diferencian puramente en los efectos fisiológicos que producen sobre el adicto, lo cual no es, en absoluto, terminante. Caso clásico lo constituye la cocaína, incluida por dicho autor en el grupo “*euphorica*”. Durante la llamada “borracheira cocaínica” se producen, en el adicto agudo, tres fases, que corresponderían a tres grupos distintos de la clasificación enunciada.

Como ya hemos dicho, la Organización Mundial de la Salud sugiere reemplazar el término *toxicomanía* por *dependencia*, que sería más apropiado de acuerdo con los conceptos que luego enunciaremos. Dicha organización establece siete tipos de dependencia, que son las siguientes:

- Dependencia morfinica;*
- Dependencia cocaínica;*
- Dependencia cannábica;*
- Dependenciabarbitúrica;*
- Dependencia anfetamínica;*
- Dependencia alucinógena;*
- Dependencia alcohólica.*

A continuación se describirán brevemente las características más salientes de cada una de dichas dependencias.

- a) *Dependencia morfinica*.- Se llama comúnmente “adormidera” una variedad de amapola ordinaria del Asia Menor. Su nombre botánico es *Papaver Somniferum*, y de sus cápsulas (frutos) se extrae, mediante una adecuada incisión, un látex que, por oxidación al aire adquiere un color pardo oscuro: es el opio, producto rico en ciertos alcaloides provistos de potente acción farmacológica: morfina, papaverina, codeína y tebanía. Del opio se obtiene la morfina, polvo blanco cristalino, que mediante un proceso químico relativamente sencillo se transforma en heroína (diacetil morfina).

Cada planta de amapola rinde unos cinco gramos de opio bruto, que contiene alrededor del 10% de la morfina.

Tanto la morfina como la heroína son utilizadas por los adictos por vía endovenosa, mediante la autoinyección. Ambos alcaloides producen efectos hipnóticos y analgésicos de gran intensidad. Engendran verdadera dependencia

física, con un dramático síndrome de abstinencia (en ese estado el adicto es capaz de realizar cualquier delito para lograr la droga).

La codeína es otro alcaloide del opio, también capaz de engendrar dependencia, aunque en menor gravedad. Los adictos la utilizan como droga supletoria, ingiriendo comprimidos de medicamentos y jarabes antitusígenos de fabricación comercial, en grandes cantidades (decenas de comprimidos, varios frascos de jarabe).

- b) *Dependencia cocaínica.*- La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de un arbusto ordinario de América de Sud, el *Erythroxylon Coca*. Desde tiempo inmemorial, los indígenas de extensas zonas de Bolivia y Perú mascan las hojas del arbusto, práctica denominada “coqueo”, a fin de aumentar su resistencia a la fatiga, el hambre y la sed. Las hojas contienen alrededor del 1% de un alcaloide denominado cocaína, que transformado en clorohidrato por aspiración del producto tal cual, que constituye un polvo blanco cristalino, el cual se absorbe a través de la mucosa nasal, pasando rápidamente a la sangre (cocainomanía), y de ahí al sistema nervioso central.

La facilidad de la disolución del clorohidrato en agua contribuye al uso de esta droga por vía inyectable, con frecuentes accidentes tóxicos, y aún fatales, por sobredosis.

En los últimos tiempos se ha difundido el fumado del alcaloide en su forma básica, es decir, no salificado como clorohidrato, mezclado con tabaco o marihuana, modalidad llamada “*crak*”. El alcaloide es absorbido en este caso por vía pulmonar, llegando al cerebro en contados segundos y produciendo un intenso y súbito “*rush*”, una enorme euforia, que dura varios minutos para pasar luego a una muy desagradablemente depresión, lo que lleva al adicto a volver a fumar; de esta manera se suceden euforias y depresiones, lo que puede conducir al sujeto al paro cardiorrespiratorio fatal. Tradicionalmente se consideró que la cocaína no producía dependencia física. Con la aparición del “*crack*” esta afirmación se desvanece: un adicto a la cocaína, que utiliza tal forma de consumo, no deja de fumar mientras disponga de droga, o de los medios para conseguirla. La demanda psíquica es de una violencia tal que el sujeto constituye un serio peligro para el personal médico y de seguridad.

- c) *Dependencia cannábica.*- Las propiedades embriagantes del cáñamo –*Cannabis Sativa*- cultivado en las mesetas de la India, cuya resina es llamada “*haschish*”, se utilizaban hace siglos para provocar exaltación dionisiaca en ciertas ceremonias religiosas.

Esta especie vegetal presenta dos formas de consumo. Por un lado, la resina segregada por las flores femeninas, recolectada adecuadamente, se consume con diversos nombres: el ya citado *haschish*, charas, chira, etc. La otra forma, más común y accesible, es el producto obtenido por secado y picado de las hojas y sumidades floridas de las plantas, con el que se arman cigarrillos, que son fumados por los adictos para el logro de los efectos psicotóxicos (alucinógenos) buscados.

El principio activo de la marihuana, responsable de la acción psicotóxica buscada por los adictos a esta droga, es el tetrahidrocannabinol (THC). El contenido medio de THC en la marihuana es del %. Se estima en cincuenta microgramos de THC por kg de peso del sujeto, la dosis umbral para el logro de

los efectos alucinógenos buscados por el fumador de este estupefaciente. De acuerdo con lo consignado, un “porro” contendría alrededor de cinco mil microgramos de THC, dosis más que suficiente para que un sujeto de setenta kg de peso alcance tal umbral.

Se acepta actualmente que el *Cannabis* produce el fenómeno de tolerancia, e inclusive se conocen casos adictos que han sufrido el síndrome de abstinencia. Está comprobado que el consumo de THC produce un alto grado de tolerancia, que obliga a aumentar radicalmente las dosis iniciales (de diez a veinte veces, para lograr iguales efectos).

Atento a la distribución irregular del THC en la planta, derivada del sexo de la misma y de la parte de ella de donde procede, en la última reunión de expertos, convocada por la O.M.S. en Buenos Aires (1987), se consideró conveniente precisar una definición clara sobre esta droga, aceptándose la siguiente: *“Por “cannabis” se entiende cualquier parte de cualquier planta del género Cannabis que contenga una o más de las sustancias químicas identificadas como cannabinoides que sean objeto de medidas de fiscalización a nivel internacional o nacional”*.

- d) *Dependencia barbitúrica.*- Los barbitúricos son sustancias derivadas de la malonilurea, compuesto obtenido por la unión del ácido malónico con la urea. Su acción farmacológica, se puede definir como hipnótico y sedante.

De acuerdo con la rapidez y persistencia de su acción, se clasifican en:

- 1) de duración prolongada. Ejemplo: luminal
- 2) de duración intermedia. Ejemplo: nembutal
- 3) de duración corta. Ejemplo: seconal
- 4) de duración ultracorta. Ejemplo: pentotal

Se trata de productos muy comunes en terapéutica para producir sedación en sujetos excitados; como hipnóticos en el tratamiento del insomnio; como antiepilépticos y anticonvulsivantes; como preanestésicos y anestésicos endovenosos, y en el narcoanálisis.

Está probado que su uso crónico produce tolerancia y dependencia psíquica y física. Los de acción corta e intermedia son frecuentemente objeto de abuso, debido al inmediato inicio de su efecto, y a la intensidad del mismo.

Los barbitúricos tienden a ser reemplazados por ciertos represores del sistema nervioso central, a los cuales se conoce con el nombre genérico de ansiolíticos, entre los cuales se encuentran especialmente las benzodicepinas (clordiazepóxido, diazepán, oxacepán, etc.), de amplio uso terapéutico y extraterapéutico. Ya en 1962 la Organización Mundial de la Salud llamó la atención sobre el peligro del uso indiscriminado de este amplio grupo de “píldoras de la felicidad”. En mayor escala, todos ellos crean hábito y dependencia.

Es de hacer notar que en nuestro país ni los barbitúricos ni las benzodicepinas están incluidos en los listados correspondientes, como estupefacientes. Lo están sí en el listado de la ley 19.303, sobre drogas psicotrópicas (lista III y IV, respectivamente), debiendo ser despachadas bajo receta archivada, manuscrita, fechada y firmada por el médico.

La metacualona, hipnótico no barbitúrico que adquirió natable difusión en el ambiente de la drogadicción hace algunos años, fue incorporada al listado de la ley 20.771 por resolución ministerial del 17 de junio de 1981.

- e) *Dependencia anfetamínica.*- el término de aminas simpécomiméticas se emplea para calificar las sustancias cuyos efectos resultan muy similares a los que se producen por la estimulación de las fibras adrenérgicas posganglionares. Su uso produce incremento de la actividad neuromuscular, con la exaltación de la presión arterial y de la amplitud respiratoria, con suspensión del sueño, experimentando el sujeto sensación de energía forzada, e incremento de la capacidad de trabajo.

Las anfetaminas se usan masivamente para adelgazar, debido a que produce eliminación del apetito (anorexia). Es también frecuente su uso por parte de deportistas, a fin de aumentar el rendimiento físico, y postergar, en las competencias, la aparición de la fatiga.

Los individuos que utilizan anfetaminas, sea para aumentar su rendimiento psíquico (estudiantes, profesionales, políticos) o físico (deportistas trabajadores), caen fácilmente en una verdadera toxicomanía, con tolerancia al aumento de las dosis y estado de necesidad. Se observa en ellos una sintomatología característica, consiente en anorexia, adelgazamiento, insomnio, excitación psicomotriz, con confusiones y delirio alucinatorio.

- f) *Dependencia alucinógena.*- Los alucinógenos o psicodislépticos "... son sustancias que perturban la actividad mental, y engendran una desviación delirante del juicio, con distorsión en la apreciación de los valores reales. Además estas drogas son generadoras de ilusiones, alucinaciones, estados oníricos y oniroides, estados de confusión y de despersonalización" (J. Delay).

La mescalina, alcaloide del peyotl, cactus mexicano, y la psilocibina, existente en ciertos hongos también mexicanos, son conocidas desde hace siglos, y consumidas por los indígenas de dicho origen. El cactus, cortado en rodajas, y los hongos, crudos o desecados, son ingeridos directamente, experimentándose profundas perturbaciones mentales unos treinta minutos después de la ingesta.

A estas sustancias naturales se suma una sustancia semisintética, el LSD 25, producido a partir del ácido lisérgico obtenido del *claviceps purpurea*, hongo que parasita el centeno y otras especies vegetales.

El LSD 25 es la dietil amida de ese ácido; el número 25 corresponde a una serie de modificaciones químicas experimentales efectuadas sobre la molécula del ácido lisérgico obtenido del cornezuelo del centeno, por Hoffmann, descubridor de este alucinógeno.

Todas las sustancias producen una fase de excitación psíquica, acompañada de alteraciones del sistema nervioso autónomo (midriasis, taquicardia y salivación), alucinaciones visuales ricas en contenido, y con sensación de movimiento, un estado placentero y eufórico que, al desaparecer, desencadena frecuentemente un cuadro de ansiedad y angustia. Luego de las alucinaciones aparece un trastorno de la personalidad, conocido con el nombre de "despersonalización", que provoca el singular hecho de que el sujeto, aunque conciente, se siente ajeno a sí mismo.

Los alucinógenos han sido utilizados en psicoterapia, y en el tratamiento del alcoholismo crónico. Hoy se los ha abandonado dada su peligrosidad y potencial de adicción psíquica.

Agravan aún más el problema, las dosis extremadamente bajas que se requieren para arribar a los efectos alucinatorios. Bastará mencionar al respecto que la dosis de LSD 25 oscila alrededor de los cien microgramos, por vía oral. Vale decir que con un gramo se podrían drogar diez mil personas.

- g) *Dependencia alcohólica.*- El etanol, o alcohol etílico, es el componente común a todas las bebidas alcohólicas, sean destiladas o sencillamente fermentadas. Se denomina “grado alcohólico” a la cantidad de mililitros de alcohol contenidos en cien mililitros de un líquido. Las bebidas más comunes, presentan el grado alcohólico que se consignan a continuación

Cerveza:	del 5 al 9	%	CH
Sidra:	del 4 al 6	%	: 3
Vino:	del 11 al 13	%	CH OH
Aperitivos:	del 25 al 40	%	<i>Alcohol etílico</i>
Aguardientes y licores	del 40 al 50	%	<i>(etanol)</i>

El etílico constituye una sustancia tóxica. Su dosis mortal oscila alrededor de los seis gramos (7.5 mililitros) por kilogramo de peso del sujeto, en una ingesta. Vale decir que, para una persona de 70 kilogramos de peso, la dosis letal estaría contenida en medio litro de alcohol, o sea, alrededor de un litro de whisky.

La ingesta de alcohol, repetida en forma más o menos continua, conduce a la dependencia: el tóxico pasa a ser permanente compañía del sujeto, al que condiciona con todas las características de la toxicomanías, y con una serie de perturbaciones concomitantes: gastritis, cirrosis, problemas en las glándulas endocrinas, impotencia sexual, disturbios intestinales, discromatopsia, perturbaciones en la coordinación de los movimientos, etcétera.

- h) *Inhalación de solventes.*- la inhalación de solventes, con el propósito de alterar un estado de ánimo y evadir la realidad, se conoce desde hace mucho tiempo. Las primeras observaciones sobre inhalación voluntaria de solventes datan de un trabajo publicado en EE. UU. En 1951 (*Psychiatris Quaterly*). Los productos químicos utilizados para llevar a cabo esta deleznable práctica presentan variada composición química: se trata, en general, de gases o líquidos volátiles: hidrocarburos aromáticos (benceno, tolueno, xilenos), freones, ésteres (acetato de etilio, acetato de amilo), cetona, solventes halogenados, etc. La diversidad química de estos productos hace difícil su clasificación farmacológica. Sus propiedades para inducir un estado de confusión hacen que, en oportunidades, se los defina como “delirantes”. Son, casi todos ellos, depresores del sistema nervioso central, por lo cual se los ha incluido también entre los “sedantes”. Tal vez, lo más lógico, sería clasificarlos como al alcohol, al cual se asemejan en algunos aspectos, tales como los anestésicos.

En 1959 apareció en EE.UU. la práctica de la inhalación de los adhesivos utilizados en aeromodelismo. Éstos consistían en soluciones de poliestireno en tolueno. La práctica se extendió rápidamente con el nombre de “*glue sniffing*”, favorecida por la inadecuada difusión periodística. Actualmente los productos más utilizados son los adhesivos de neoprene (Suprabond, Poxirrán, etc.). El

solvente de ellos es mezcla de tolueno y hexano, a los cuales se debe, exclusivamente, el efecto embriagante, en especial al primero de los nombrados.

Los adictos –generalmente niños o adolescentes- realizan la inhalación mediante técnicas variadas, siempre tendientes a lograr una alta concentración del solvente.

La forma más común es la de colocar el cemento en una bolsa de plástico, que se sostiene contra la boca, incluyendo a veces la nariz, e inhalando los vapores hasta obtener el efecto deseado. Al cabo de unos minutos comienza la sensación de euforia buscada, y luego se continúa inhalando más lentamente, para mantener ese estado, hasta que se agota el vapor del solvente.

Son consecuencia de las drogas alucinógenas: confusión, embriaguez, lenguaje farfullante, secreción nasal, cefaléas, sensación de entumecimiento, etcétera.

Cuando la dosis se incrementa, los efectos sedantes son más marcados, y pueden sobrevenir somnolencia, estupor y depresión respiratoria e inconciencia (Interin Report of the Comisión 5 – The non medical use of drugs information – Ottawa, Canadá – 1973).

En resumen, a pesar de la apariencia inocua en este tipo de sustancia, existe, en su inhalación, un serio riesgo de muerte.

Obvia, pero lamentablemente, estos productos son de fácil obtención y su expendio no está sujeto a restricción alguna; todos ellos son de uso común en diversas actividades y oficios.

Como sintomatología del presunto adicto se ha mencionado el olor característico en su ropas y aliento, secreción nasal excesiva, ocasional lagrimeo, incoordinación muscular, astenia, distarria, estado confusional o excitación y diseña.

Si bien no se ha descripto un síndrome de abstinencia, la dependencia psíquica es evidente; en todos los inhaladores se desarrolla rápidamente tolerancia. No hay evidencia, en cambio, de dependencia física; algunos experimentan leves temblores, irritabilidad, ansiedad e insomnio al dejar de inhalar, sintomatología considerada más de origen psíquico que físico.

¿Cuáles son las causas de esta drogadicción, en niños y adolescentes? Muchos de ellos alucen el deseo de evadirse de todos los problemas, o un esfuerzo para superar el sentimiento de timidez o de inferioridad, o por desorganización familiar masiva, padres hostiles y poco cariñosos, alcohólicos o drogadictos.

Otras consideraciones:

La cocaína.

Las sensaciones.

La cocaína produce una sensación física que se puede describir como un incremento intenso y súbito de energía y vigor, como el inducido por la adrenalina, y puede producir sensaciones de energía psíquica, confianza o impulsos sexuales intensos. Se dice que produce una sensación de fuerza y resistencia.

Esos efectos generalmente duran unos 30 minutos, y después el usuario debe aspirar cocaína en cantidad creciente para mantener las sensaciones mencionadas. Este fenómeno se denomina “tolerancia”. De esa manera, esta droga se convierte en una sustancia peligrosa.

La peligrosidad de la droga.

Los efectos estimulantes de la cocaína, que parecen placenteros, se traducen en excitabilidad, ansiedad, locuacidad, dificultad para enfocar los ojos, aceleración del ritmo cardíaco y del pulso, aumento de la presión sanguínea, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, aumento de la temperatura corporal y alucinaciones (especialmente un hormigueo subcutáneo).

Además, la cocaína afecta a los pulmones y causa problemas respiratorios, confusión mental, daños irreversibles en el cerebro y, posiblemente, defectos congénitos en el feto si se usa durante los primeros meses de embarazo. Su uso continuo resulta en aumento de los accidentes automovilísticos, depresión, el suicidio y la muerte.

Envenenamiento y muerte.

El sudor frío, las convulsiones, los desmayos y la interrupción de la respiración son síntomas del envenenamiento por cocaína, que lleva a la MUERTE.

La inyección de cocaína con instrumentos no esterilizados puede causar hepatitis y, en el caso de intercambio de agujas entre adictos, el contagio del virus del SIDA. Además, la preparación de base pura requiere el uso de solventes volátiles, que pueden causar incendios o explosiones, resultando en traumatismos graves o la muerte. Muy pocas personas se dan cuenta de que la muerte por sobredosis puede sobrevenir tanto al inyectarse cocaína como al fumarla o aspirarla por la nariz. La muerte es causada por convulsiones múltiples, seguidas de paro respiratorio y cardíaco.

Base pura.

Desde 1979, el hábito de fumar base pura de cocaína ha aumentado a un ritmo alarmante. Se le llama base pura porque la cocaína que se vende en la calle es sometida a un proceso mediante el cual la droga activa se separa de la base salina. Cuando la base salina se disuelve, quedan granitos de cocaína pura. Un gramo de cocaína “comprada en la calle” contiene aproximadamente un cuarto de gramo de “base pura”. Los granitos se fuman en una pipa, generalmente de vidrio, llena de agua o ron. El interior de la tabaquera se recubre para que no se pierda nada de cocaína pura.

El vapor se inhala y pasa directamente a los pulmones, produciéndose un “high” (estado de intoxicación) drástico e inmediato. El “high” dura poco (unos 10 minutos), y se debe consumir más droga para mantener la sensación. El uso de la droga en grandes cantidades puede causar un síndrome paranoide extremo y diversos trastornos mentales.

El uso de base pura adquiere tanta importancia en la vida de un adicto que excluye todo lo demás; el hábito es muy costoso, porque el usuario comienza a fumar más y con mayor frecuencia.

Las embarazadas.

Debido a la disponibilidad de drogas tales como el “crack” y la cocaína, y a la disminución considerable del precio, es posible que muchos niños de las próximas

generaciones sean afectados por estas drogas. Para la mujer embarazada no debe existir tal cosa como el uso de drogas con fines de recreación, y menos aún la cocaína.

Se calcula que quince millones de personas usan cocaína regularmente, de manera que no causa sorpresa ver niños con diversas anomalías y trastornos. Muchos de esos niños pasan sus primeros días de vida en un estado angustioso causado por la abstinencia, que puede durar hasta tres semanas, o sea, más que el síndrome de abstinencia de la heroína. Las mujeres embarazadas que usan cocaína están más expuestas al riesgo de abortos espontáneos o partos prematuros. Los hijos de usuarios de drogas sufren defectos físicos o trastornos mentales, tales como problemas de la vista, impedimentos graves del aprendizaje o retraso mental, deformidades, problemas motores graves, insuficiencia renal, parálisis o problemas respiratorios.

Los médicos están comenzando a notar y comprender los efectos de la cocaína en el feto. Sólo mediante estudios a largo plazo se podrán determinar los daños ocasionados por la droga y la manera en que afectará a las generaciones futuras.

Fumando pipa.

El uso de la cocaína se ha convertido en una verdadera epidemia en muchos países del mundo. Como tal, no sólo la enfermedad, sino también los efectos secundarios pueden ser devastadores.

La droga que más se usa actualmente es una nueva forma de cocaína conocida como “crack”. La venta de “crack” ha aumentado de manera alarmante. En cuestión de dos años, se ha convertido en “la droga”. Ha salido de los barrios bajos de las grandes ciudades y se ha infiltrado en las clases media y alta, propagándose como una epidemia en los pueblos más pequeños de muchos países.

El “crack” es una forma más pura de cocaína, que causa más adicción que la cocaína común. No se aspira por la nariz, sino que se fuma. En sólo dos semanas un usuario puede adquirir el hábito. Es menos costosa: 300 miligramos de crack procesado y listo para fumar, que alcanza para una o dos inhalaciones breves, cuestan entre U\$S 5 y U\$S 10.

Es fácil de usar, y no requiere de utensilios especiales, a diferencia de la base libre. Lo único que se precisa es una pipa común.

El “high” dura entre 5 y 10 minutos, y la cocaína llega al cerebro en diez segundos o menos. La sensación de euforia dura de 5 a 20 minutos, seguida de una depresión igualmente devastadora, que crea la necesidad de fumar nuevamente a fin de volver a experimentar la sensación de euforia y bienestar. Este ciclo de “high” y depresiones contribuye a la adicción y la refuerza. Debido a la corta duración del “high”, el usuario debe fumar “crack” con frecuencia.

El “crack” es un estimulante, y con frecuencia los usuarios realizan una actividad intensa, mostrando a menudo signos paranoides.

La preocupación creciente de contraer el SIDA, debido al uso de agujas contaminadas, ha disminuido la popularidad de la heroína entre los usuarios más frecuentes y ha aumentado el uso del “crack”. La baja inversión inicial, el “high” sumamente potente, la gran disponibilidad, y el hecho de que no se requiere de utensilios ni una preparación especial, contribuyen a la popularidad de esta droga ilícita.

CRACK: es una forma de cocaína, que se vende en la forma de escamas pequeñas que parecen jabón o astilla de porcelana, generalmente en frascos de plástico pequeño.

Expresiones de la jerga: Se le conoce también como “rock”, y en algunos países como “basuco” (Colombia y Caribe).

La marihuana.

Droga Peligrosa.

La ingestión de marihuana produce diversos efectos, que varían de una persona a otra. El “high” dura de dos a cuatro horas. Algunas personas experimentan mareos y aturdimiento, mientras que otras sufren depresión y tristeza. Esta droga modifica la percepción del tiempo y la profundidad. Puede inducir un comportamiento descuidado o errático, así como risa incontrolable y un apetito voraz. Los usuarios generalmente caminan, hablan y se sientan de una manera peculiar o desacostumbrada. La marihuana reduce la habilidad motora necesaria para conducir sin peligros.

¿Qué es la marihuana?

La marihuana solía considerarse como una droga que no causaba adicción. Sin embargo, las investigaciones recientes indican que la marihuana es activa. Se han realizado también numerosos estudios sobre los efectos físicos y psicológicos de la marihuana a largo plazo. En ninguno de ellos se ha llegado a la conclusión de que la marihuana es inocua. Según los estudios, el organismo tiende a adquirir una tolerancia de la droga, de manera que se necesitan dosis mayores para obtener el mismo efecto. Esta droga parece llevar al uso de drogas más potentes. Los usuarios son menos productivos y no pueden terminar ninguna tarea.

Hachís: Es una forma concentrada de cannabis. Con la resina de la planta se hacen panes, generalmente oscuros, que se cortan en trozos irregulares y se venden por peso. El hachís es cinco veces más potente que la marihuana.

La potencia química de la marihuana depende del lugar de origen y del método del cultivo, preparación y almacenamiento. La mayor parte de la cannabis que crece en estado silvestre en los Estados Unidos se considera de calidad inferior, ya que la concentración de THC es baja (0.5% o menos).

Las variedades de Jamaica, Colombia y México presentan una concentración de THC del 0.5 al 4 %.

Se considera que la sin semilla es de potencia superior. Esta variedad de marihuana se obtiene con una cannabis hembra sin polinizar, y en algunas muestras se han encontrado concentraciones de THC de hasta el 6 %. Las “varillas tailandesas” del Sudeste Asiático consisten en brotes de marihuana, los usuarios exigentes insisten en obtener la inflorescencia, que es muy potente, y por lo cual pagan un precio elevado.

La planta de marihuana se seca, obteniéndose un producto similar al tabaco.

A fin de transportarla y venderla en grandes cantidades, se la comprime en bloques, o “ladrillos de un kilo”, que miden 5x2 1/2x12 pulgadas. Después, el kilo se fracciona y se empaqueta para la venta, generalmente en envases pequeños. El envase generalmente consiste en una bolsa de plástico, pero a veces se usan cajas, botellas u otros recipientes. La marihuana lista para usar se parece mucho las hojas de orégano o de té.

A fin de comprender los efectos de la marihuana, es necesario conocer sus componentes químicos y su solubilidad.

La química de la marihuana.

La marihuana contiene más de 421 componentes químicos, que se transforman en más de 2.000 al fumarla. Más de 61 de esa 421 sustancias químicas se llaman canabinoides, y no se encuentran en ninguna otra planta.

Todos los canabinoides probados hasta la fecha son biológicamente activos. Eso significa que alteran alguna función normal de los organismos vivos. Esas alteraciones quizá sean imperceptibles, ya que se producen en las células, pero se pueden documentar en los laboratorios de investigación.

Uno de esos canabinoides es el delta-9-tetrahydrocannabinol. Ese es el canabinoide psicoactivo que produce el conocido “high” o estado de intoxicación atribuido a la marihuana.

La abreviatura THC se refiere a las distintas sustancias químicas de la clase de los tetrahydrocannabinol, que han sido objeto de numerosos estudios.

La potencia de la marihuana depende de la concentración de THC. Cuanto mayor sea esa concentración, mayores serán su potencia y sus efectos nocivos. La marihuana que se cultiva actualmente es hasta diez veces más potente que la que se usaba antes de 1970.

Todos los canabinoides tienen un factor importante en común: reaccionan en todos los tipos de células vivas, reduciendo su capacidad para producir moléculas eje.

Las moléculas eje contienen sustancias necesarias para la división celular, que es fundamental para el mantenimiento de las funciones fisiológicas.

Quizás haya escuchado hablar muchas veces de estas sustancias: el DNA, el RNA y las proteínas. El DNA es la sustancia química básica contenida en el núcleo de todas las células, que transmite el código genético de la herencia.

La intoxicación.

El estado de intoxicación causado por la marihuana es bastante breve, y los efectos perceptibles durante ese lapso son considerables. El período de vida media del THC y de otros canabinoides en el organismo humano, después de fumar un cigarrillo de marihuana, es de 72 horas como promedio. El período de vida media es el tiempo que tarda el organismo en descomponer o eliminar la mitad de la droga introducida en el cuerpo.

La mitad del THC, almacenadas en las células del hígado, los pulmones, el cerebro, el bazo, los tejidos linfoides y los órganos sexuales, se elimina en el plazo de 3 días. La otra mitad se libera en el torrente sanguíneo lentamente durante los 18 días siguientes. Al cabo de ese período, en el organismo queda menos del 1 % de la sustancia. Ese es el resultado de fumar un solo cigarrillo de marihuana.

Sin embargo, si se fuma marihuana regularmente (2 cigarrillos a la semana durante 6 meses), los tejidos adiposos del organismo se saturan completamente de sustancias químicas solubles en la grasa. Al cabo de varios meses, es posible encontrar vestigios de THC en el organismo.

Los daños en las células.

Se ha comprobado que la marihuana produce daños celulares, y el uso de esta droga durante el período prolongado disminuye la inmunidad celular y aumenta el riesgo de contraer SIDA.

El sistema inmunológico es un sistema de defensa complejo. Los glóbulos blancos se especializan en luchar contra las infecciones y destruir las sustancias extrañas, tales como las células cancerosas y los tejidos transplantados. Las drogas, la nutrición

inadecuada, el exceso de ciertas sustancias nutritivas y las tensiones emocionales debilitan el sistema inmunológico.

Un grupo de científicos de la Universidad de Columbia examinó las respuestas inmunitarias de 51 fumadores de marihuana de 16 a 35 años de edad, que habían fumado 3 cigarrillos de marihuana a la semana, como promedio, durante 4 años, y no habían usado ninguna otra droga, a excepción de tabaco y bebidas alcohólicas. Los resultados observados en esas personas se compararon con los de un grupo control, integrado por personas que no fumaban marihuana pero que usaban tabaco y bebidas alcohólicas. La respuesta inmunitaria de los fumadores de marihuana fue inferior en un 40% a la de las personas que no fumaban marihuana.

Cabe preguntarse porque el consumo semanal de solo tres o cuatro cigarrillos de marihuana que contienen de 15 a 20 mm. de THC puede producir daños celulares de tal magnitud. La razón es que el THC permanece en los tejidos adiposos durante períodos prolongados. La mayoría de las otras drogas son solubles en el agua, y se eliminan rápidamente, lo cual no ocurre en el caso de la marihuana.

Signos para detectar el uso de marihuana

- Olor dulzón, similar a la de una soga quemada, en el cuarto, la ropa, etc.
- “Roach” o “Pituca”: Colilla de un cigarrillo de un marihuana.
- “Joint”: Parece un cigarrillo enrollado a mano, con los extremos generalmente retorcidos o doblados.
- “Roach Clips”: Utensilios para sostener el “roach”. Pueden ser artículos comunes (como presillas, horquillas o hemóstatos) o con distintas formas y camuflajes.
- Papel para cigarrillos o pipas, generalmente escondidos.
- Gotas oftálmicas, para disimular el enrojecimiento de los ojos.
- Uso excesivo de inciensos, desodorantes de ambientes o enjuagues bucales.
- Recipientes tales como cajas y latas, o recipientes camuflados, tales como una lata de bebida gaseosa con una tapa de rosca.
- Apetito voraz (posterior al uso de marihuana o durante su influencia); golosinas.
- Aspecto de embriaguez sin olor a alcohol.
- Risa excesiva e inmotivada.
- Manchas amarillas en las yemas de los dedos, que se forman al sostener los cigarrillos.

La disminución de la fertilidad en el hombre

Los investigadores de la Universidad de Columbia han demostrado que el uso moderado o intensivo de marihuana disminuye el número y la movilidad de los espermatozoides y produce una cantidad considerable de espermatozoides deformados. Los cannabinoides perturban el desarrollo de los espermatozoides en los testículos y afectan al hipotálamo (glándula cerebral que controla ese proceso)

El fumador de marihuana perjudica no solo su salud física y mental, sino que también arriesga las cualidades genéticas de sus futuros hijos.

La disminución de la fertilidad en la mujer

El efecto de la marihuana en la mujer probablemente sea duradero. Las mujeres nacen con un número limitado de óvulos. Si esos óvulos sufren daño, no se los puede reemplazar.

Las mujeres que usan marihuana experimentan un cambio en el ciclo menstrual, debido al efecto del THC en el hipotálamo, que regula la liberación de hormonas de la glándula pituitaria.

Se ha observado relación entre el uso de marihuana antes de la concepción y durante el embarazo, y la alta incidencia del efecto tóxico fetal y de las defunciones neonatales. Los hijos de mujeres que fuman marihuana pesan menos al nacer (medio kilogramo menos), y tienen la cabeza mas pequeña. Su comportamiento es diferente. Parecen menos atentos al jugar y menos cariñosos con la gente.

Es imprescindible saber en que medida el uso frecuente de marihuana afecta al equilibrio genético de las células sexuales. Las características hereditarias de las generaciones futuras quizá dependen de ese futuro.

Los Psicofármacos

La estimulación del psicofármaco

Los estimulantes tienen propiedades químicas que aceleran la actividad del sistema nervioso central. Los estimulantes se recetan para el tratamiento de la depresión, la obesidad, la narcolepsia (ataques súbitos de sueño) y la hipercinesia de la niñez. Según un estudio realizado, alrededor del 20% de los medicamentos recetados que alteran el ánimo son estimulantes.

La industria farmacéutica produce suficientes estimulantes para suministrar a cada ciudadano una cantidad para crear adicción. Según un estudio realizado casi la mitad se utiliza ilegalmente. Además muchos estimulantes se preparan en laboratorios improvisados.

Las anfetaminas, llamadas comúnmente “pep pills”, son los estimulantes mas ampliamente conocidos y mas frecuentemente abusados. Tienen distintas formas y tamaños. Incrementan la actividad, el estado de alerta y la excitación. Por consiguiente, su abuso es muy peligroso. Los efectos de la droga ocultan la fatiga, y las personas que la usan indebidamente exceden los límites de su resistencia física sin darse cuenta. Los conductores toman anfetaminas para permanecer despiertos en los viajes largos, los estudiantes las usan mientras se preparan para los exámenes; muchos delincuentes las usan para no acobardarse al cometer un crimen. Dado su efecto anorexígeno en muchos casos la adicción se contrae a través de tratamientos o curas de adelgazamientos.

La metanfetamina es otro estimulante poderoso y muy utilizado. Sus efectos psicológicos son mas fuertes que los de las anfetaminas, y generalmente se inyecta.

Expresiones de la jerga: “pep pills”, “meth”, “speed”, “bennies”, “uppers”, “co-pilots”, “paches”, “hearts”, “wake-ups”, “sky-rockets”, “cart-wheels”, “bomido” (inyectable).

Uso indebido: Los estimulantes generalmente vienen en formas de píldoras y cápsulas, pero también como líquido inyectable en forma de sal soluble.

Efectos: El consumo de estimulantes produce una sensación temporaria de exaltación del ánimo, hiperactividad, pérdida del apetito, insomnio, vigor intenso y locuacidad. Dilatación de las pupilas, sudor excesivo, temblores, mal aliento, mareos, sequedad de la boca y de los labios, y picazón en la nariz. Otros efectos del uso indebido de estimulantes son irritabilidad, ansiedad, comportamiento agresivo, pánico y alucinaciones.

Pueden causar también una sensación que los usuarios llaman “rush”. Sin embargo, cuando los efectos desaparecen, sigue un período desagradable de depresión, llamado “crashing”. Todos esos efectos se intensifican considerablemente cuando los estimulantes se inyectan por vía intravenosa. Las personas que usan grandes cantidades de estimulantes se llaman “speed freaks”.

Otros peligros: Debido a los efectos acumulativos de los estimulantes, los usuarios crónicos tienden a tomar estimulantes por la mañana, a fin de despertarse, y depresores por la noche, para poder relajarse y dormir. Este hábito interfiere en la fisiología normal del organismo y causa enfermedades físicas y mentales. El organismo se acostumbra rápidamente, y se necesitan dosis mayores para lograr los efectos de euforia y supresión del apetito, creándose así una dependencia de la droga. En la jerga de los adictos, “speed kills” (los estimulantes matan).

Éxtasis (X.T.C.)

Una de las drogas mas nuevas es el éxtasis o “MDMA”, también llamada “XTC” y “Adam”, de la familia de las anfetaminas y la mescalina. Algunos psicólogos, psiquiatras y terapeutas solían usarla alegando que tiene usos terapéuticos.

Sin embargo, la mayoría de los profesionales de todo el mundo no esta de acuerdo. El 1ro. de Julio de 1985, el éxtasis (MDMA) fue declarado sustancia de uso controlado del grupo 1, por constituir una amenaza para la salud pública. El éxtasis se elaboró por primera vez en 1914, y algunos psiquiatras lo usaron con fines terapéuticos. Su reciente difusión callejera ha causado gran alarma. Todos los meses se venden en EEUU miles de comprimidos de MDMA a un precio de U\$S 15 a U\$S 20 la dosis de 100 miligramos. La mayoría de las personas que la usan con fines de recreación la comparten con amigos, y dicen que elimina las inhibiciones y mejora la comunicación. Esta droga también tiene muchos efectos secundarios perjudiciales. Al igual que las anfetaminas, el éxtasis es nocivo para las personas que tienen problemas circulatorios o cardíacos. Las reacciones son: Transpiración, apretar los dientes involuntariamente, morderse el interior de las mejillas, visión borrosa, fluctuación de la presión sanguínea. Entre los usuarios del MDMA se han producido casos de psicosis, daños cerebrales y muerte.

Drogas modificadas

Las drogas modificadas se descubrieron en 1979 en California, tras la muerte de dos adictos a la heroína.

Cerca de ellos se encontraron paquetes con un polvo parecido a esa droga. Se produjeron 13 muertes adicionales antes de que se pudiera identificar la sustancia.

Se llegó a la conclusión de que se trataba de una versión modificada de un anestésico llamado “fentanyl” que se usaba ampliamente en cirugía. Las drogas modificadas se usan principalmente como sustitutos de la heroína, pero son mucho mas poderosas y de efecto mas prolongado.

Las drogas modificadas se preparan en laboratorios clandestinos. Su elaboración no es costosa, pero son muy potentes. Los químicos de los laboratorios clandestinos alteran la estructura molecular de drogas ilícitas, a fin de obtener una droga que no esté prohibida explícitamente por las leyes.

Estas drogas modificadas tienen otros efectos extraños: En California una de sus variantes la MPTP, ha producido síntomas de la enfermedad de parkinson en mas de 70

personas de 20 a 24 años, que ahora están rígidas e inmóviles, como estatuas, y cuyas posibilidades de recuperación son remotas.

Síndrome tóxico – Síntomas de sobredosis.

El organismo se acostumbra rápidamente a los efectos de euforia y supresión del apetito. Una dosis suficiente para superar la insensibilidad resultante pueden causar diversas aberraciones mentales, cuyos primeros signos incluyen hacer reclinarse los dientes, tocarse y pellizcarse la cara y las extremidades, y realizar una acción una y otra vez, así como la preocupación por los propios pensamientos, sospecha y sensación de ser observado. El síndrome tóxico resultante de la ingestión continua de dosis elevadas se caracteriza por un estado de paranoia, con alucinaciones auditivas y visuales. Los síntomas de una dosis subletal son mareos, temblores, agitación, hostilidad, pánico, dolor de cabeza, enrojecimiento, dolor torácico, combinado con palpitaciones, sudor excesivo, vómitos, dolores abdominales.

Si no se recibe atención médica, se producen convulsiones y colapso cardiovascular, seguidos de la muerte. Además, el esfuerzo físico aumenta los peligros del uso de estimulantes, y la muerte se debe a los efectos en los síntomas cardiovascular y regulador de la temperatura corporal. Se han producido casos fatales entre atletas que habían tomado una cantidad moderada de estimulantes, al realizar esfuerzos extremos.

La supresión de los estimulantes ocasiona, en los usuarios crónicos que toman dosis elevadas, una profunda depresión, apatía, fatiga y trastornos del sueño (“Hang over”). El síndrome de abstinencia inmediato puede durar varios días.

Además, varias semanas o meses persiste un estado de ansiedad, tensión abrumadora, y tendencias suicidas.

Síntomas del abuso: pérdida del apetito, excitabilidad e hiperactividad, locuacidad, temblores en las manos, dilatación de las pupilas, sudor excesivo, comportamiento compulsivo y reacciones exageradas, psicosis paranoide, sequedad de las membranas mucosas, insomnio.

Drogas depresoras.

Los depresores disminuyen la actividad funcional. Con fines médicos, se usan como sedantes, a fin de inducir el sueño, y también como tranquilizantes, en dosis pequeñas, para calmar al paciente. Con el debido control médico, los barbitúricos son depresores eficaces para combatir el insomnio y la ansiedad. Sin embargo, tomados en cantidades excesivas, los depresores producen un estado similar a la embriaguez y pueden resultar en adicción, sobredosis y accidentes.

Entre los depresores se encuentra una alta gama de medicamentos de uso médico, tales como Nembutal, Seconal y Anytal, que son barbitúricos fuertes. Los tranquilizantes menores, tales como Librium, Valium, Equanil, etc., que se usan para combatir la ansiedad, también pueden ser peligrosos y hasta fatales si se los usa indebidamente. Combinados con el alcohol, los depresores aumentan la probabilidad de que se produzcan problemas serios, y la sobredosis ocasiona la pérdida del conocimiento y la muerte.

Expresiones de la jerga: Downers, red birds pines, goofballs, red devils, barbs, candy, peanuts, yellow jackets, yellows.

Los depresores vienen en cápsulas y comprimidos. Pueden ser de efecto breve, intermedio o prolongado, y algunos son de efecto gradual. También se pueden obtener en la forma de líquido inyetable.

Efectos: los síntomas del abuso de depresión, apatía, dislalia, confusión mental y pérdida de la coordinación motora. La desorientación concomitante contribuye a la incidencia elevada de accidentes en las carreteras o en los hogares entre los usuarios de depresores. Los efectos son similares a los de la embriaguez: somnolencia, confusión, temblores, contracción de las pupilas, disminución de la presión sanguínea y de la respiración. El organismo se acostumbra rápidamente a los depresores, y las personas que abusan de ellos aumentan las dosis sin darse cuenta del peligro.

A menudo, los adictos usan depresores para disminuir los síntomas de abstinencia de la heroína, aliviar la ansiedad de los “lashbacks” (imágenes retrospectivas) resultantes del uso de alucinógenos y calmar los nervios después de ingerir estimulantes. El peligro del uso indebido de depresores aumenta cuando se los combina con el alcohol u otras drogas.

El principal problema del abuso de depresores y estimulantes es su amplia disponibilidad y la facilidad con que se puede obtener una receta. Muchos adultos los compran para curarse de una dolencia verdadera, pero continúan usándolos no para reducir un dolor real, sino por hábito.

Este tipo de abuso puede causar perjuicios emocionales y físicos. Los depresores realmente causan depresión.

Otros peligros: Los depresores, conocidos también como “Downers”, causan adicción. El síndrome de abstinencia se caracteriza por delirio y convulsiones, y es sumamente peligroso. Los signos del uso excesivo de depresores son: frío, piel húmeda y fría, pulso débil y rápido, respiración lenta y poco profunda, coma y la muerte.

Síntomas de abuso: Somnolencia o letargo, dislalia y movimientos lentos, enajenación propia de un estado de trance, paso inseguro; aspecto de embriaguez (pero sin olor a alcohol en el aliento); tambaleo o pérdida del equilibrio, irritabilidad y ánimo pendenciero, confusión mental, depresión.

Los estimulantes:

Sustancias alucinógenas.

Los alucinógenos son sustancias químicas extraídas de plantas o sintetizadas en laboratorios. La mayoría de los alucinógenos se elaboran en laboratorios clandestinos.

Aunque los alucinógenos se promuevan de manera abierta e irresponsable como medio para extraer los límites de la conciencia, no se ha comprobado que tengan usos médicos. Por consiguiente, no existen ni dosis normalizadas ni marcas que permitan identificar lo visual. Los laboratorios clandestinos producen alucinógenos en forma de cápsulas, comprimidos, polvo o líquido.

Los vendedores y usuarios utilizan distintos métodos para transportar u ocultar las drogas. Por ejemplo, se ha encontrado LSD en terrones de azúcar, caramelos, papel, aspirinas, joyas, licores, ropa, calcomanías, en el reverso de estampillas, y hasta en figuritas adhesivas para niños.

Efectos: Los efectos que se experimentan al ingerir alucinógenos no están relacionados solamente con la droga, sino que en ellos influyen el estado de ánimo, la actitud mental y el medio social del usuario. Generalmente, los alucinógenos distorsionan o intensifican la percepción y disminuyen la capacidad para distinguir entre realidad y fantasía. El usuario dice que ve sonidos y escucha colores.

Su sentido de la dirección y la distancia, así como su objetividad se ven afectados. Experimenta dilatación de las pupilas y sensibilidad extrema a la luz.

La droga causa inquietud e insomnio hasta que sus efectos desaparecen. Los efectos mentales no se pueden predecir, y varían cada vez que se ingieren drogas, incluyendo ilusiones, exaltación del ánimo, abstracción de la realidad, movimientos violentos o auto destructivos y pánico. El hecho de que los efectos de los alucinógenos no se puedan predecir constituyen el mayor peligro para los usuarios. Al igual que los estimulantes y los depresores, los alucinógenos pueden causar dependencia psicológica.

PCP: En la década de 1950 se estudió el uso de la feneciclidina como anestésico humano. Debido a los efectos secundarios adversos –principalmente confusión y delirio- se discontinuó su preparación para uso humano. La feneciclidina comenzó a venderse en la década de 1960 para uso veterinario, principalmente como tranquilizante para monos. Debido a sus efectos extraños, las sensaciones aplicables a la elaboración y posesión de PCP, con intención de distribuirlo, son más severas que para cualquier otra droga no narcótica. En 1978 se suspendió la producción, y prácticamente todo el PCP disponible actualmente se prepara en laboratorios clandestinos. Los efectos del PCP pueden ser alarmantes, especialmente si son inesperados. Eso ocurre con frecuencia, porque el PCP se vende como mescalina, LSD, THC, o mezclado con otras drogas tales como la marihuana. Los efectos son especialmente difíciles de tratar debido a la dificultad para determinar de qué droga se trata.

LSD-25 (Acido lisérgico): Esta droga se obtiene de un hongo que crece en algunas plantas, especialmente el centeno y el trigo. Una dosis de 50 a 200 microgramos (que cabe en la cabeza de un alfiler) produce un “viaje” que dura de 8 a 16 horas. Después del “viaje”, el usuario puede experimentar ansiedad aguda o depresión durante un cierto tiempo. Se han producido casos de alucinaciones recurrentes durante varios días o meses después de la última dosis. En algunos casos, el uso de LSD produce psicosis de corta y larga duración.

El Opio y los Narcóticos: En términos médicos los narcóticos son derivados el opio o sustancias sintéticas. Los narcóticos son los agentes mas eficaces conocidos para aliviar el dolor intenso e indispensables para la práctica de la medicina. Algunos narcóticos se usan como antidiarreicos y otros para problemas respiratorios.

La heroína, es el narcótico mas comúnmente abusado, debido a que produce una sensación de euforia duradera. La heroína se obtiene de la morfina, y es 10 veces mas potente. Es un polvo amargo de color blanco o marrón oscuro. La heroína pura raramente se vende en la calle, ya que los traficantes la fraccionan o la diluyen, y el producto que se vende contiene menos de un 5% de heroína.

El uso de narcóticos produce dependencia física, adicción y aumento de la tolerancia de la droga, hasta que finalmente se produce la muerte por sobredosis.

Se consideran narcóticos al opio, morfina, codeína, heroína, hidromorfina, diluadid, metadona, lomotil y percodan.

La heroína se inyecta generalmente por vía intravenosa (mainlining). También se puede colocar debajo de la piel o se puede aspirar por la nariz al igual que la cocaína. Algunos narcóticos vienen en comprimidos y en cápsulas.

Los efectos eufóricos de los narcóticos duran poco. Los efectos son: contracción de las pupilas, disminución de la visión, somnolencia, apatía, disminución de la actividad física, constipaciones, sueño, náuseas, vómitos y disminución de la respiración

Síndrome de abstinencia: El síndrome de abstinencia de narcóticos, comienza poco después de transcurrido el momento de la dosis siguiente programada. La intensidad de los

síntomas físicos guarda relación directa con la cantidad de droga consumida diariamente. Los síntomas físicos del síndrome de abstinencia de los adictos duran de 7 a 10 días y son: goteo de la nariz, ojos llorosos, transpiración, bostezos, inquietud, irritabilidad, pérdida del apetito, insomnio, temblores, náuseas, vómitos, dolores estomacales, diarrea, pánico, escalofríos, dolores y espasmos musculares.

Los adictos corren el riesgo de contraer hepatitis, SIDA, y otras infecciones causadas por el uso de agujas contaminadas.

Dado a que es difícil determinar su grado de pureza no se puede predecir su potencia. Por esa razón, son comunes las sobredosis fatales. La dependencia física de los narcóticos consiste en la necesidad de ingerir la droga regularmente a fin de evitar el síndrome de abstinencia.

El uso repetido de narcóticos aumenta su tolerancia y, por consiguiente, requiere el consumo de mayores cantidades para lograr el efecto deseado. Así se adquiere dependencia de la droga.

Síntomas del abuso: Cicatrices alargadas parecidas a tatuajes a lo largo de las venas causadas por el colapso de las venas debida a la inyección continua de narcóticos. Los tensillos que utilizan los drogodependientes son: Cuchara doblada para cocinar la sustancia hasta que adquiere la consistencia apropiada para inyectarla; jeringa y aguja; correa o cinturón para apretar las venas. Se observan las siguientes marcas en el cuerpo: Pinchazos (de las inyecciones), y magulladuras (causadas por el uso subcutáneo). Letargo e indiferencia.

Solventes / inhalantes:

Otra manera de drogarse es inhalar solventes. Es fácil porque los productos se pueden encontrar debajo de la piletta o en la caja de herramientas. En la década de 1960, algunas personas experimentaron por curiosidad, inhalando los vapores de la goma para armar aviones de juguetes. En la década de 1970 comenzaron a utilizarse otros productos como sustancias para enfriar el vidrio, aceite vegetal en aerosol, resinas epoxi, freon, desodorante, fijadores para el cabello en aerosol, barnices y pinturas de color bronce y dorado en aerosol.

Los inhalantes son populares entre los sectores marginales de todos los países de América y, debido a su amplia disponibilidad, pueden utilizarse en cualquier lugar. En la década de 1970 se produjeron alrededor de 700 defunciones en EEUU causadas por inhalar el freon de los envases de aceites vegetal en aerosol. Los principales usuarios son adolescentes, que generalmente inhalan estas sustancias para superar las tensiones. Los usuarios crónicos se muestran aburridos, deprimidos, agresivos y antisociales, y tienen antecedentes de delincuencia. Los compañeros influyen considerablemente en la adquisición del hábito.

Los inhalantes quizá es la primera sustancia que usan para drogarse los adolescentes que no tienen dinero para comprar otras drogas y diversos utensilios. Las pinturas se pueden comprar fácilmente; su uso es lícito, y se pueden encontrar en el hogar o en el lugar de trabajo. Los niños que inhalan estas sustancias experimentan náuseas, estornudos, hemorragias nasales, sensación y aspecto de cansancio, mal aliento, falta de coordinación y pérdida del apetito.

Los vapores inhalados llegan rápidamente al torrente sanguíneo, como si se los inyectara; el efecto varía según la persona, la sustancia química y la cantidad, pero la

mayoría de los inhalantes producen efecto similares a los de los anestésicos, que reducen la actividad funcional. Los efectos duran alrededor de 30 minutos.

La inhalación de vapores muy concentrados en aerosoles puede causar insuficiencia cardiaca y muerte súbita. Los inhalantes que no son en aerosol pueden ocasionar sofocación al impedir la llegada de oxígeno a los pulmones. Algunos inhalantes también producen sofocación al deprimir el sistema nervioso central hasta tal punto que la respiración disminuye y se interrumpe. El uso de una bolsa para inhalar aumenta el riesgo de sofocación.

El uso durante períodos prolongados produce un síndrome cerebral orgánico, que se caracteriza por la pérdida de la coordinación muscular, irritabilidad, confusión, desorientación, traumatismos de nervios y trastornos hepáticos y renales. Al cabo de algunos años el usuario puede contraer cáncer o sufrir cambios genéticos. Se ha comprobado que la exposición crónica a ciertos solventes y la gasolina produce leucemia y anemia grave. La goma y los adhesivos de contacto contienen N-Hexano, que daña el sistema nervioso central y causa aturdimiento, pérdida de la sensación en los pies y debilidad en las extremidades. Las acetonas contenidas en los adhesivos para productos de caucho, la tinta y la pintura, ocasionan daños similares. El cloruro de metileno, que se usa en las pinturas en aerosol, interfieren en la distribución de oxígeno y contaminan el organismo con monóxido de carbono.

Se ha comprobado que las personas que comienzan a drogarse con inhalantes y después usan otras drogas, no dejan de usar inhalantes, sino que los usan menos.

A medida que el organismo adquiere tolerancia a las sustancias químicas, se necesita más droga para obtener el mismo efecto. Si el uso de inhalantes se combina con otras drogas, ocasiona pérdida del conocimiento, coma o la muerte.

La drogadependencia y su relación con el delito:

La drogadependencia es un agente de incuestionable incidencia en la etiología. Cuando se habla de él es imposible dejar de hacer consideraciones acerca del rol que las drogas cumplen en su génesis y al tratar las toxicomanías no podemos omitir sus aspectos criminológicos.

Si la criminología, como señala Laplaza, tiene por objeto no sólo ni específicamente el estudio del delito, sino que lo trasciende, ocupándose de la conducta humana peligrosa como fenómeno individual y social, en su descripción, diferenciación, correlaciones y causalidad, surge con claridad que las drogas ostentan un lugar de privilegio dentro de las múltiples y complejas causas criminógenas.

La bibliografía se incrementa diariamente con aportes que no hacen sino reafirmar lo antes dicho, y la práctica profesional de todos aquellos que de alguna manera están relacionados con el tema lo ratifica.

Un drogadicto, por el solo hecho de serlo, no debe ser visto como un delincuente, pero no se puede negar que tal condición lo enfrentará con más posibilidad y frecuencia con las conductas peligrosas e ilícitas.

La acción negativa de la droga relaciona siempre, a quien está de cualquier forma vinculado con ella, con el delito, aunque no llegue a cometerlo. Si entendemos, con Grispigni, que “la peligrosidad criminal es la capacidad de una persona para convertirse con

probabilidad en autora del delito” el adicto, sin dudas, la tiene. Todos representan una peligrosidad “latente”, presta a materializarse ante circunstancias desencadenantes.

En una de las conclusiones resultantes de los coloquios celebrados en Madrid en 1972, la Real Academia Nacional de Medicina de España, refiriéndose a la dependencia a drogas, expresó que “es una enfermedad social que está afectando especialmente a la juventud en la que causa daños físicos, psíquicos y sociales llevándola a hacer caso omiso de deberes familiares, laborales y morales”. Este concepto, que debe ser plenamente compartido, sintetiza la incidencia de la droga en los dos factores del binomio “individuo – mundo circundante”, que siempre deben ser analizados al estudiar la etiología del delito.

No obstante lo expuesto, se leen y escuchan opiniones, no siempre cumplidas a nivel científico y muchas veces evidentemente tendenciosas y especulativas, que restan a determinadas drogas acción criminógena, siendo la marihuana la que por lo general se toma como ejemplo en la controversia. No nos debe extrañar esta actitud, ya que algunos inclusive, le adjudican a las drogas toxicomanígenas una “acción positiva atribuyéndole sus efectos negativos a la personalidad de quienes la usan y a la ineficacia de quienes deben ejercer el control del consumo.

Nosotros consideramos que el toxicómano es siempre proclive a cometer delitos y a ser víctima de ellos y que la droga tiene probada idoneidad para cumplir distintos roles en la criminogénesis. La cárcel es así, junto con el hospital, el manicomio y el cementerio, el epílogo frecuente de la vida de estas desgraciadas personas.

Sin embargo, la droga no es todo y debe considerarse un elemento más a tener en cuenta en el estudio criminológico.

Sus efectos varían en los diferentes individuos y por lo tanto no es posible la generalización.

Como en todos los aspectos, también en el que estamos ahora tratando es imprescindible estudiar la personalidad de base del adicto delincuente, que es la que “dará vida” a la droga.

La historia criminológica debe seguir en estos casos sus lineamientos generales, debiendo prestarse particular atención al examen somatopsíquico del interno y a los estudios complementarios para satisfacer de la mejor manera posible la exigencia expresada en el párrafo precedente.

Recordemos los principales capítulos con que ha de contar como mínimo, el estudio criminológico:

Antecedentes familiares;

Relaciones sociales (familiares y extrafamiliares);

Instrucción;

Vida laboral;

Antecedentes policiales y judiciales;

Delito actual: En este capítulo es aconsejable primero hacer una síntesis del delito de acuerdo a lo referido en el testimonio de sentencia y luego solicitar al procesado que exprese su versión del hecho, de ser posible por escrito;

Aspecto victimológico;

Examen somatopsíquico: Se complementará con todos los estudios que se consideren necesarios (electroencefalografía, psicodiagnóstico, análisis clínicos, etc.);

Información social.

Con todos estos antecedentes, aportados por los distintos integrantes del equipo criminológico, se elaborarán las conclusiones de la historia criminológica. Ellas son:

Diagnóstico de personalidad;

Génesis delictiva;

Clasificación;

Pronóstico;

Tratamiento a instituir en la base al estudio criminológico practicado.

Se ha señalado con acierto, refiriéndose al alcohol, “que en el fondo de una botella caben todos los delitos”. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que en el campo de las toxicomanías sucede lo mismo, pero a pesar de las copiosas citas bibliográficas careceremos de un sólido aval estadístico, debiendo señalar que esta falencia no se da sólo en nuestro medio, sino que se advierte en general, como lo destaca Pinatel.

Los delitos relacionados con las “drogas” pueden distinguirse en:

- 1) los que se cometen bajo la influencia de la droga;
- 2) los que responden a la “necesidad” de conseguirla, condicionada por la sujeción del individuo a la droga, es decir, por la dependencia;
- 3) los previstos en la ley 23.737.

Delitos cometidos bajo la influencia de la droga.

Las características modalidades guardan generalmente relación con el efecto que la acción tóxica de la droga produce en el sujeto.

Serán actos violentos, cargados de agresividad cuando se esté bajo la influencia de un estimulante, que se traducirán en homicidios, lesiones, desacatos, etc. en muchos casos la presencia de otros componentes, como la ansiedad, el temor, el pánico, etc., dan al delito peculiares características.

Bajo la acción de los depresores, es poco probable la comisión de delitos violentos, habida cuenta de la incidencia que tiene sobre la volición traducida en una merma de la actividad. Se encuentran aletargados, evadidos de la realidad, y en ese estado de ensoñación nada les importa que sea ajeno al “paraíso” en el que están inmersos; en cambio, los adictos a los opiáceos son muy peligrosos en la abstinencia.

Los barbitúricos, en su cuadro de intoxicación aguda, pueden generar automatismos que llevan por este mecanismo a la comisión de delitos y también a la propia muerte al seguir ingiriendo la droga automática e inconscientemente hasta llegar a la dosis letal no buscada voluntariamente (falsos suicidas).

Las perturbaciones perceptivas producidas por los alucinógenos ya sea por sí misma o generando delirios de distinto contenido son frecuentes causas de delito. Desde el conductor alucinado que produce un accidente fatal hasta el que mata ante visiones terroríficas y amenazantes, existe una gama de posibilidades.

Los estados delirantes motivados por las drogas participan en la psicogénesis delictiva de la misma manera que lo hacen cuando responden a otra etiología.

Las autoagresiones, que llegan al suicidio, son también frecuentes. La agresividad se dirige entonces hacia el mismo adicto, embargado en el trance generalmente por una gran ansiedad. Mientras un cocainómano, por ejemplo, preso de una alucinación visual enfrenta el “peligro” y no duda en atacarlo, otros “drogados” fugan aterrorizados frente a la amenaza y pueden arrojarse por la ventana.

Existen casos donde la muerte aparenta a un suicidio. Al sentirse omnipotentes por el efecto del tóxico, no vacilan en colocarse en situaciones inequívocamente suicidas; tal el caso de una adolescente que se detuvo en el medio de una avenida muy transitada con sus brazos en alto con la intención de detener el tráfico que circulaba por ambas direcciones. La

morgue judicial fue el lógico destino de la desgraciada niña, y la peritación toxicológica esclareció la real etiología del suceso.

Delitos por omisión también pueden ser originados por drogas, ya sea por el efecto propio de las depresoras o el “paradójico” de los estimulantes.

La asociación de drogas y de éstas con el alcohol potencializan el efecto criminógeno, pudiendo llegarse a niveles de extrema peligrosidad en psicópatas, epilépticos, postraumatizados cráneo-encefálicos, etc.

Merecen especial atención, por la importancia médico-legal y psiquiátrico-forense que tienen, los delitos que pueden ser cometidos durante el efecto *flash back*, o sea, la reaparición de los síntomas psíquicos, propios de la intoxicación aguda sin participación de la droga hasta varios meses después del último consumo. Se produce así una reviviscencia de la situación ocurrida tiempo atrás, con las mismas posibilidades en el campo criminólogo abocado al estudio de la génesis delictiva.

Sabemos que el organismo sufre las modificaciones específicas que la acción de las drogas le genera y en tal sentido se producen sus efectos, pero éstos pueden ser paradójicos y contrarios a los esperados, eventualidad que debe siempre considerarse para efectuar la correcta valoración de los hechos. Si una persona, por ejemplo, toma anfetaminas próximamente a la iniciación de un viaje, lo hará con el objeto de disminuir la sensación de fatiga y evitar dormirse en la ruta; sin embargo, podrá generar un desastre al perder el control del vehículo, como consecuencia de un resultado opuesto al buscado.

En los accidentes de circulación es necesario investigar la incidencia etiológica de las drogas. En muchos las modalidades del siniestro y las actitudes incongruentes de los conductores inducen a pensar en la participación tóxica, ratificación que se obtiene mediante las peritaciones pertinentes, debiendo procederse de igual manera con las víctimas, que pudieron serlo por la misma causa.

Delitos relacionados con la obtención de la droga.

El hábito, o sea, la adaptación del organismo a la droga y a la etapa subsiguiente de dependencia, es decir, cuando ya se está sujeto a ella, psíquica o psicofísicamente, hacen que el adicto trate de conseguirla a cualquier precio, sin medir las consecuencias. Cuando es presa del síndrome de abstinencia y padece la dramática sintomatología de la carencia, que puede ser suprimida sólo con la administración de una nueva dosis, el “hambre de droga” –la “necesidad”- lo enfrenta con una dramática situación que debe resolver sin demora, y el delito violento, caracterizado por su impulsividad y agresividad, puede ser la única alternativa para obtenerla.

Son frecuentes los robos, hurtos, fraudes, estafas, asaltos, falsificación de recetas, malversaciones, calumnias, chantajes, etc. Generalmente, intentan no ejercer violencia contra las personas, pero cuando la situación supera esa posibilidad, se cometen lesiones y homicidios.

La delincuencia en estas circunstancias pueden ser individual o asociada, siendo frecuente que se organicen grupos e integren bandas entre jóvenes adictos para conseguir la droga, ya sea robándola directamente de farmacias y droguerías, o logrando, mediante el delito, dinero para obtenerla, soliendo ser las primeras víctimas familiares y amigos.

El adicto, inmerso en una degradación física, psíquica y moral, acepta cualquier situación para lograr la droga, que llega a ser su única preocupación, resultando así víctima de delitos. Comete actos que resultan perjudiciales para su propio patrimonio, transformándose en presa fácil y codiciada de traficantes y usureros.

En oportunidades la sugestionabilidad y la abulia que ostentan, es aprovechada por delinquentes habituales, quienes los instigan a participar en delitos, mientras ellos se mantienen al margen del hecho, a la espera del botín.

La prostitución también guarda relación con la droga. La mujer adicta no vacila en vender su cuerpo para conseguirla, pero si bien el hecho individual tiene gran importancia criminológica, el uso que de las drogas hacen los tratantes para arrastrar a las mujeres a la prostitución lo es de manera superlativa. El gangsterismo, organizado para tales fines, recurre a las drogas para captar a muchachas, como paso previo a la prostitución, usando diferentes tácticas para alcanzar sus perversos objetivos. Una de ellas es a través de “jóvenes atractivos” que entablan relación con las candidatas y las inician en la droga, proveyéndoles en esta etapa de inducción todas las dosis requeridas. Cuando ya están habituadas y sometidas a la tiránica acción de la droga, se las priva bruscamente de ella aduciendo cualquier motivo, y es entonces cuando los rufianes han ganado la batalla, y las infelices mujeres, con el fin de obtenerla, no vacilan en ejercer la prostitución.

El empleo de las drogas es uno de los instrumentos que han facilitado el auge del proxenetismo y ha permitido abandonar, en muchos ámbitos, otros medios de sujeción que resultaban de mayor riesgo para los tratantes.

No obstante lo expuesto, las adictas están imposibilitadas para “trabajar en forma regular y eficiente”, llegando a ser rechazadas por los clientes y abandonadas por los mismos que las iniciaron en ambas esclavitudes.

En forma análoga a lo que sucede con las alcohólicas, muchas llegan a la prostitución por las drogas, y otras tantas han caído en la drogadicción por la prostitución.

Todos los delitos son posibles, y múltiples las modalidades para obtener la droga; por ello, luchar contra las toxicomanías es hacerlo contra la criminalidad en general.

Bibliografía:

Toxicomanías: Astolfi/Gotelli/Kiss/Lopez Bolado/Maccagno/Poggi
Pruebas Periciales: Machado/Schiaffino

Maximiliano González

Febrero de 2002

maximilianogonzalez3@yahoo.com.ar