

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y FORENSE

"ANÁLISIS DEL IMPACTO MUNDIAL DE LA DESOMORFINA COMO DROGA DE ABUSO DE
RECIENTE APARECIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN, RIESGOS PARA
GUATEMALA."
TESIS DE GRADO

JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO
CARNET 11544-05

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, MAYO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y FORENSE

"ANÁLISIS DEL IMPACTO MUNDIAL DE LA DESOMORFINA COMO DROGA DE ABUSO DE
RECIENTE APARECIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN, RIESGOS PARA
GUATEMALA."
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

POR
JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y FORENSE

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, MAYO DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

DECANO: DR. ROLANDO ESCOBAR MENALDO
SECRETARIO: MGTR. ALAN ALFREDO GONZÁLEZ DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN
LIC. MYRA ELIZABETH CUSTODIO CRUZ

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN
LIC. MIRIAM CAROLINA GUZMAN QUILO DE MELENDEZ

Guatemala, 02 diciembre del 2014

Señores
Honorables Miembros del Consejo
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Rafael Landívar

Estimados Miembros del Consejo:

Por este medio hago de su conocimiento que, de acuerdo con el nombramiento recaído sobre mi persona como revisora de tesis del trabajo titulado "ANÁLISIS DEL IMPACTO MUNDIAL DE LA DESOMORFINA COMO DROGA DE ABUSO DE RECIENTE APARECIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN, RIESGOS PARA GUATEMALA" presentado por la estudiante **JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO** con número de Carné **1154405**.

Respetuosamente manifiesto que, después de efectuada la revisión y solicitud de correcciones a la estudiante, las cuales fueron entregadas en tiempo establecido, se considera que el contenido de la tesis se encuentra estructurado conforme a los requerimientos y regulaciones descritos en el instructivo de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Rafael Landívar.

Por lo anteriormente expuesto emito **DICTAMEN FAVORABLE** sobre la petición de otorgar la **ORDEN DE IMPRESIÓN** al trabajo de la tesis en mención, a efecto que la estudiante **JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO** continúe con los procedimientos y requisitos establecidos por la Universidad Rafael Landívar.

Habiendo cumplido con la designación encomendada por esta Facultad, me suscribo.

Deferentemente,



Lic. M.A. Elizabeth Custodio

Guatemala, 22 de mayo del 2015

Lic. Enrique Fernando Sánchez Usera

Director de Área de Ejes Transversales
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Rafael Landívar

Lic. Sánchez Usera:

Por este medio hago de su conocimiento que, de acuerdo con el nombramiento recaído en mi persona como revisor de fondo del trabajo de tesis titulado "**ANÁLISIS DEL IMPACTO MUNDIAL DE LA DESOMORFINA COMO DROGA DE ABUSO DE RECIENTE APARECIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN, RIESGOS PARA GUATEMALA**" elaborado por la estudiante **JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO** con número de carné 1154405, después de efectuada la revisión y solicitud de correcciones a la estudiante, las cuales fueron entregadas en tiempo establecido, se considera que el contenido de la tesis se encuentra estructurada conforme a los requerimientos y regulaciones descritos en el instructivo de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Rafael Landívar.

Por lo anteriormente expuesto emito **DICTAMEN FAVORABLE** a efecto que la estudiante **JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO** continúe con los procedimientos y requisitos establecidos por la Universidad Rafael Landívar.

Habiendo cumplido con la designación encomendada por esta Facultad, me suscribo.

Atentamente,



Licda. Miriam Carolina Guzmán Quilo MSc
Profesora Toxicología Forense
Técnico en Investigación Criminal y Forense
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad Rafael Landívar



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante JENNIFER CARLOTA TENES HUERGO, Carnet 11544-05 en la carrera LICENCIATURA EN INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y FORENSE, del Campus Central, que consta en el Acta No. 07267-2015 de fecha 22 de mayo de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"ANÁLISIS DEL IMPACTO MUNDIAL DE LA DESOMORFINA COMO DROGA DE ABUSO DE RECIENTE APARECIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA DROGADICCIÓN, RIESGOS PARA GUATEMALA."

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADA EN INVESTIGACIÓN CRIMINAL Y FORENSE.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 25 días del mes de mayo del año 2015.


MGTR. ALAN ALFREDO GONZÁLEZ DE LEÓN, SECRETARIO
CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
Universidad Rafael Landívar



RESPONSABILIDAD:

***“EL AUTOR ES EL ÚNICO RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y CONCLUSIONES
DE LA TESIS”***

RESUMEN

La presente tesis “Análisis del impacto mundial de la Desomorfina como droga de abuso de reciente aparecimiento en el ámbito de la drogadicción, riesgo para Guatemala” está desarrollada en forma de monografía para informar sobre la historia, las características, síntomas, efectos y el impacto mundial de la droga Desomorfina, así como la forma en que se encuentra regulada la posesión para el consumo de drogas en el Estado de Guatemala, los cuales serán desarrollados en el transcurso de la presente investigación.

Esta investigación se divide en seis capítulos donde se desarrollan algunos aspectos relevantes vinculados a las drogas, así como generalidades de la drogadicción, especificaciones de los opiáceos y la descripción de la droga Desomorfina. A su vez se compara la legislación guatemalteca con la de otros países para hacer énfasis en las personas que sufren de drogadicción y las consecuencias de nuestra legislación sobre estas personas, enfatizando la importancia de una legislación apropiada para nuestro país.

Con el análisis de toda la información anterior se realizó una encuesta para poder concluir respecto a la opinión de la población guatemalteca, la actualidad de esta práctica y las recomendaciones aplicables a la legislación de Guatemala. Para la elaboración de dicha encuesta se eligió una muestra de la población integrada por diversos profesionales de las Ciencias Jurídicas y Sociales y de las Ciencias Médicas, quienes se desarrollan en diversas ramas de su profesión, y la intención y relevancia de dicha encuesta se debió al conocimiento más amplio que deberían tener por razón de su profesión sobre el tema de investigación y el aporte que podrían brindar.

Índice

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I - Las Drogas.....	9
1.1 Definición de droga.....	9
1.2 Clasificación de las drogas	10
1.3 Antecedentes históricos:	21
CAPÍTULO II - Drogadicción.....	24
2.1 Factores que conducen a la drogadicción.....	26
2.1.1 Factores sociales:	26
2.1.2 Procesos bioconductuales:	27
2.2 Consecuencias de la drogadicción	31
2.2.1 Consecuencias sociales:	31
2.2.2 Consecuencias sobre la conducta:	31
2.2.4 Drogadicción en jóvenes y adolescentes	33
CAPÍTULO III - Opiáceos y Opioides	35
3.1 Clasificación.....	39
3.1.1 Agonistas puros.....	39
3.1.2 Agonistas-antagonistas mixtos	41
3.1.3 Agonistas parciales.....	41
3.1.4 Antagonistas puros.	41
3.2 Mecanismo de acción de los opioides	41
3.3 Codeína	44
3.3.1 Historia.....	45

3.3.2 Uso prolongado de Codeína.....	45
3.3.3 Efectos.....	46
3.3.4 Sobredosis.....	46
3.3.5 Medicamentos que contienen Codeína en la República de Guatemala:.....	48
CAPÍTULO IV - Desomorfina.....	53
4.1 Antecedentes históricos	54
4.2 Características.....	55
4.3 Efectos.....	56
4.3.1 Daños localizados:.....	56
4.3.2 Daños sistémicos:.....	57
4.3.3 Daños neurológicos:.....	57
4.4 Expansión y popularidad	58
CAPÍTULO V - Prevención del uso y abuso de la Desomorfina en la población guatemalteca.	59
5.1 Enfoques Tradicionales	60
5.2 Enfoques Psicosociales.....	61
5.3 Enfoques dirigidos desde los medios de comunicación	62
5.4 Enfoques comunitarios:	63
5.7 Propuesta de campaña de información y prevención de la droga “krokodil”	63
5.7.1 Objetivos	65
5.7.2 Medios para realizar la campaña de información y prevención.....	66
5.7.3 Capacitación para personal de salud:	67
5.7.4 Capacitación a las autoridades de seguridad:.....	68
5.7.4 Ejemplos de campañas preventivas:.....	69
5.7.6 Centros de información:	71
5.8 Propuesta de modificación a la Ley Contra la Narcoactividad de la legislación guatemalteca	73

CAPITULO VI - Análisis, presentación y discusión de resultados	75
6.1. Investigación de Campo:.....	75
6.1. Presentación de entrevistas, gráficas y discusión de resultados de la investigación e interpretación de los mismos	82
1. Resultados de entrevistas a abogados:.....	82
2. Resultados de entrevistas a psicólogos:	89
3. Resultados de entrevistas a médicos:.....	98
CONCLUSIONES.....	107
RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS.....	110
Bibliográficas:.....	110
Normativas.....	111
Electrónicas	111
ANEXOS	114

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surgió a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Es necesario que el Estado de Guatemala y las instituciones encargadas tomen medidas de prevención para evitar la adicción a la droga Desomorfina en la población guatemalteca, debido a todos los factores de riesgo que existen en nuestro país? Lo cual dio lugar al análisis de la regulación y la situación en la que se encuentra en la actualidad esta materia.

Con base a lo anteriormente expuesto, se trazaron diversos objetivos para la presente investigación, como objetivo general se pretende determinar el impacto mundial de la expansión del consumo de la droga Desomorfina y los riesgos que implica para Guatemala. Como objetivos específicos se trazaron los siguientes:

1. Describir los elementos específicos que caracterizan a la droga Desomorfina, causantes del incremento en su consumo.
2. Identificar las tendencias de consumo de opiáceos en nuestro país para determinar si la droga Desomorfina representa una amenaza.
3. Localizar los diferentes puntos donde se evidencie el consumo y abuso de la droga Desomorfina para establecer el patrón de expansión de la misma.
4. Elaborar propuesta de prevención que informe y alerte a la población sobre la peligrosidad de la droga de abuso Desomorfina, enfatizando los efectos secundarios, el elevado nivel de adicción y la acelerada mortandad que provoca la misma.

Con el tema de la drogadicción, y en particular lo relacionado a la desomorfina, se debe tomar en cuenta que es muy sensitivo para algunas personas, en virtud de los

efectos que esta droga causa son visiblemente impresionantes y hasta mortales, por lo que se abordan aspectos relativos a la vida y a la muerte de las personas.

Uno de los límites de la presente investigación son, los principios morales a los que pueda estar íntimamente ligado el tema, existen otros tipos de principios tanto filosóficos, religiosos y éticos, como legales y científicos. Para la presente investigación en su mayoría se abarcan los principios científicos, legales y jurídicos

Se planeó dentro de los alcances de la presente investigación abordar temas como: el derecho a la vida, así como el derecho a la libertad, regulado en la legislación guatemalteca, y el cual debe ser uno de los ejes en torno al cual gire la drogadicción y el consumo de sustancias ilícitas ya que lo que se busca con los mismos es proteger la vida, no vulnerarla bajo ningún punto de vista.

El principio de igualdad, cuando en términos jurídicos se habla de igualdad, se refiere a que la ley no establece distinciones individuales respecto a las demás personas, ya que a todos se les reconocen los mismos derechos, y, es aplicable este principio al tema de la drogadicción y a las personas que la sufren porque todos las personas tienen derecho a recibir un trato similar, sin discriminaciones.

Todas las personas tienen derecho de informarse sobre el riesgo al que incurren cuando se ingieren estas sustancias, los efectos que producen y la rehabilitación para mejorar su calidad de vida y ampliar su esperanza de vida; al mismo tiempo, sin distinción de credo, raza, ideas políticas o posición económica.

Es muy importante la seguridad jurídica "condición esencial para la vida y el desenvolvimiento de las naciones y de los individuos que las integran. Representa la garantía de la aplicación objetiva de la ley, de tal modo que los individuos saben en cada momento cuáles son sus derechos y sus obligaciones, sin que el capricho, la torpeza o la mala voluntad de los gobernantes pueda causarles perjuicio, y en un

asunto de tanta importancia como la drogadicción y la posesión de sustancias ilícitas, es necesario que exista una regulación coherente.”

Otro límite de la investigación es la falta de actualización de la legislación guatemalteca en esta materia, ya que las leyes que la regulan datan de hace más de 25 años y en la actualidad el tema de la drogadicción ha venido aumentado en cantidades exorbitantes, así como el narcotráfico en nuestro país.

Se sancionan severamente a las personas que padecen de adicciones y a las que se les encuentra en posesión de sustancias para el consumo, en lugar de procurar su rehabilitación. Por otro lado, las personas que trafican, venden y distribuyen las mismas, poseen cada vez más poder e influencias dentro del país.

Existen también diversos instrumentos internacionales que pueden ser utilizados como base para formular normas que permitan regular correctamente la posesión para el consumo, en las cuales es permitido, o existen sanciones de multa y no de prisión, con lo que se podrían realizar cambios realmente positivos y de cambio para erradicar este problema, o al menos minimizarlo en una cantidad considerable.

Por último se hace del conocimiento del lector que las unidades de análisis para la presente investigación fueron leyes vigentes guatemaltecas e internacionales y como instrumentos se realizaron diversas entrevistas a profesionales expertos en la materia.

CAPÍTULO I - Las Drogas

Es necesario familiarizarse con ciertos conceptos e ideas que a simple vista podrían no tener relación con las ciencias jurídicas, sin embargo más adelante a lo largo de la presente investigación podrá entenderse el por qué de la necesidad de conocer previamente estas definiciones, que serán explicadas desde un punto de vista más jurídico que científico y en concordancia con la legislación guatemalteca.

1.1 Definición de droga

El diccionario de la Real Academia Española define a la Droga como “Cualquier sustancia mineral, vegetal o animal medicamentosa de efecto estimulante, deprimente o narcótico.”¹ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse pueda alterar la actividad mental y física de las personas debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central, se denomina droga. La Ley de Narcoactividad de Guatemala Decreto 48-92 define la palabra drogas de la siguiente manera: “Toda sustancia o agente farmacológico que, introducido el organismo de una persona viva modifique sus funciones fisiológicas y transforma los estados de conciencia; También se consideran drogas las semillas, florescencias, plantas o parte de ellas y cualquier otra sustancia de donde puedan ser extraídas aquellas. A las bebidas alcohólicas y el tabaco, y no le son aplicables las disposiciones de esta ley.”²

Una droga, es una sustancia química que tiene efectos biológicos. Es todo fármaco o principio activo de un medicamento, elemento de origen biológico natural o producto obtenido de él por diversos métodos, también es una sustancia producida artificialmente que produce efectos en el sistema nervioso central. Es toda sustancia

¹ Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://lema.rae.es/drae/?val=Sustancia>

² La Ley Contra la Narcoactividad de Guatemala Decreto 48-92 Guatemala

que sea utilizada sin fines terapéuticos y que alteran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales; la mayoría de veces son auto administradas y pueden inducir estados biológicos adaptativos en sus usuarios.

1.2 Clasificación de las drogas

Según su legalidad e ilegalidad las drogas se clasifican en: la mayor parte de los países occidentales según la normativa legal, del siguiente modo:

Drogas Legales: tabaco, alcohol, medicamentos con prescripción médica y algunos pegamentos y solventes de uso doméstico.

Drogas Ilegales: el resto de sustancias, como cocaína, cannabis, etc.

División farmacológica: Pueden ser clasificadas atendiendo a sus efectos sobre el sistema nervioso central y el cerebro.

Drogas depresoras: son aquellas que ralentizan o inhiben las funciones o la actividad de alguna región del cerebro. Tienen la capacidad de dificultar la memoria, disminuir la presión sanguínea, producir analgesia y somnolencia; ralentizar el pulso cardíaco, actuar como anticonvulsivo, producir depresión respiratoria, coma, o la muerte. Este grupo se subdivide a su vez en varios grupos: antihistamínicos, antipsicóticos, disociativos, GABA nérgicos, glicinérgicos, narcóticos y simpatológicos.³

³ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. "Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas". Panamá, 2005. Pp. 75

depresores:

Antihistamínicos	<p>H₁-H₂ antagonistas y agonistas</p> <p>H₁-antagonistas: azelastina, cetirizina, ciclizina, clorfenamina, clemastina, doxilamina, hidroxicina, difenhidramina, prometacina ... H₂-antagonistas: cimetidina, famotidina, lafutidina, nizatidina, ... H₁-agonistas: betahistina, histamina, HTMT, UR-AK49, piridiletilamina H₂-agonistas: amtamina, dimaprit, histamina, HTMT, UR-AK49</p>
	<p>H₃-antagonistas / H₃-agonistas / H₄-antagonistas / H₄-agonistas</p>
Antipsicóticos	<p>Comunes</p> <p>Benzamidas: levosulpirida, nemonaprida, sulpirida, sultoprida... Butirofenonas: droperidol, haloperidol, pimpamperona, spiperona, trifluoperidol... Difenilbutilpiperidinas: clopimozida, fluspirilena, penfluridol, pimozida fenotiazinas: clorpromazina, fluphenazina, levomepromazina, promazina... Tioxantenas: clopentixol, flupentixol, tiotixena... Tricíclicos: amoxapina, butaclamol, fluotraceno, loxapina, trimipramina</p>
Bloqueantes de canal	<p>Bloqueantes del canal de calcio</p> <p>Bloqueantes del canal de potasio</p> <p>Bloqueadores del canal de sodio</p>
Disociativos	<p>Arilciclohexilaminas y Morfinanos</p> <p>Arilciclohexilaminas: eticiclidina, ketamina, fenciclidina, tiletamina... Morfinanos: dextrometorfano, metorfán, dextrorfán, morfanol</p>
	<p>Otros</p> <p>dizocilpina, óxido de nitrógeno (I), xenón...</p>
GABAnérgicos	<p>Barbitúricos y Benzodiacepinas</p> <p>Barbitúricos: amobarbital, pentobarbital, fenobarbital, secobarbital... Benzodiacepinas: alprazolam, clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, lorazepam...</p> <p>Carbamatos y similares al GABA</p> <p>Carbamatos: carisoprodol, felbamate, meprobamate Similares al GABA: ácido γ-aminobutírico, ácido γ-hidroxitbutírico, ácido valérico, ácido valproico, vigabatrina...</p>

	<p>Esteroides neuroactivos y benzodiacepinas</p> <p>Esteroides neuroactivos: alfaxalona, alopregnanolona, ganaxolona... Nobenzodiazepinas: eszopiclona, zaleplon, zolpidem, zopiclona...</p>
	<p>piperidinedionas, propifenoles y quinazolinonas</p> <p>Piperidinedionas: glutetimida... Propifenoles: Fospropofol, propofol, timol... Quinazolinonas: metacualona...</p>
	<p>Otros</p> <p>éter etílico, etanol (alcohol), muscimol, teanina, <i>Piper methysticum</i>, ácido valerénico (valeriana)...</p>
Glicinérgicos	<p>Comunes</p> <p>glicina, hipotaurina, sarcosina, serina, taurina, betaína...</p>
Narcóticos	<p>Opiáceos y opioides</p> <p>Opiáceos: codeína, morfina, oripavina, tebaína Opioides: buprenorfina, heroína, hidrocodona, metadona, oxicodona, remifentanilo, tramadol...</p>
Simpaticolíticos	<p>Alfabloqueantes, betabloqueantes y otros</p> <p>Alfa-Bloqueantes: doxazosin, fentolamina, prazosin, tamsulosin... Beta-bloqueantes: propranolol Otros: clonidina</p>
Otros	<p>cloroformo, ciclobenzaprina, trazodona...</p>

Drogas Estimulantes: Aquellas que producen mejoras temporales de la actividad neurológica o física. Pueden producir además síntomas adicionales como incremento de la alerta, productividad, incremento de la presión sanguínea, aceleración del pulso sanguíneo, mejora del equilibrio, hiperalgesia, euforia, disminución del apetito o el sueño, convulsiones, manía o la muerte. Este grupo se subdivide a su vez en subgrupos: adamantanos, alquilaminas, arilciclohexilaminas, benzodiazepinas, colinérgicos, convulsivos, eugeroicos, oxazolinas, feniletilaminas, piperazinas, piperidinas, pirrolidinas y tropanos.

Drogas estimulantes	
Adamantanos	<p>Generales</p> <p>amantadina, adenosina, bromantano, memantina...</p>
Antagonistas de la adenosina P_{1A1}-Antagonista	<p>Generales</p> <p>aminofilina, cafeína (café), paraxantina, teobromina (chocolate), teofilina</p>
Alquilaminas psicotrópicas	<p>Generales</p> <p>heptaminol, metilhexanamina, octodrina, propilhexedrina...</p>
Arilciclohexilaminas	<p>Generales</p> <p>eticiclidina, ketamina, fenciclidina, tiletamina...</p>
Benzodiazepinas	<p>Generales</p> <p>6-Br-APB, 6-Br-APB, SKF-81297, SKF-82958...</p>
Colinérgicos	<p>Generales</p> <p>anabasina, arecolina, cotinina, citisina, epibatidina, epiboxidina, nicotina (tabaco), tebaniciclina, vareniclina...</p>
Convulsivos	<p>Generales</p> <p>anatoxina, flurotil, gabazina, pentilenotetrazol, picrotoxina, estricnina, tujona...</p>
Eugeroicos	<p>Generales</p> <p>adrafinil, armodafinilo, modafinilo...</p>

Oxazolinas	<p>Generales</p> <p>aminorex, clominorex, ciclazodona, fenozolona, fluminorex, pemolina...</p>
Feniletilaminas	<p>anfetaminas, fenterminas, catinonos y catecolaminas</p> <p>Anfetaminas: alfetamina, amfecloral, anfetamina, anfetaminil, benfluorex, dimetilanfetamina, efedrina, fencamina, fenetilina, fenproporex, furfenorex, lefetamina, mefenorex, metanfetamina, metoxifenamina, 3-metoxi-4-metilanfetamina (MMA), norfenfluramina, oxilofrina, ortetamina, parabromoanfetamina (PBA), paracloroanfetamina, paraiodoanfetamina (PIA), parametoxianfetamina (PMA), parametoxietilanfetamina (PMEA), parametoximetanfetamina (PMMA), fenilpropanolamina, propilanfetamina, pseudoefedrina, sibutramina, tiflorex, tranilcipromina, xilopropamina, zilofuramina</p> <p>Fenterminas: clorfentermina, cloforex, clortermina, etolorex, mefentermina, pentorex</p> <p>Catinonos: anfepramono, brefedrona, bufedrona, bupropion, catinono, dimetilcatinono (dimepropion), etcatinono (etilpropion), fiefedrona, metcatinona, miefedrona, metedrona</p> <p>Catecolaminas: adrenocromo, dopamina, epinefrina (adrenalina), levodopa (L-dopa), fenilalanina, tirosina, metanefrina, alfametilodopa, noradrenalina (norepinefrina), normetanefrina, paraoctopamina, paratiramina</p>
Piperazinas	<p>Otros</p> <p>En desarrollo</p> <p>4-Bromo-2,5-dimetoxi-1-benzilpiperacina (2C-B-BZP), benzilpiperacina, parametoxifenilpiperacina, metilbencilpiperacina, vanoxerina</p>
Piperidinas	<p>Comunes</p> <p>1-Benzo-4-(2-(difenilmetoxi)etilo)piperidina, 2-benzilpiperidina, 3,4-diclorometilfenidato, 4-benzilpiperidina, 4-metilmetilfedinato, desoxipipradrol, difemetorex, difenilpiralina, etilfenidato, metilnaftidato (HDMP-28), metilfenidato (Ritalin), 3α-carbometoxi-4β-(4-clorofenil)-N-metilpiperidina (Nocaína), levofacetoperano, pipradrol</p>
Pirrolidinas	<p>Comunes</p> <p>2-difenilmetilpirrolidina, alfa-pirrolidinopropiofenona, alfa-pirrolidinobutiofenona, alfa-pirrolidinopentiofenona, Difenilprolinol, 3',4'-Metilenedioxi-α-pirrolidinopropiofenona, 3',4'-Metilenedioxi-α-pirrolidinobutiofenona, Metilenedioxipirovalerona, 4'-Metil-α-pirrolidinopropiofenona, 4'-Metoxi-α-pirrolidinopropiofenona, Napirona, Feniletilpirrolidina, Prolintano (Catovit), Pirovalerona</p>
Tropanos	<p>Comunes</p> <p>3-Pseudotropil-4-fluorobenzoato, 4'-Fluorococaína, Altropano, Brasofensina, cocaetileno, cocaína, Difluoropina, Feniltropano,</p>

Otros	Salicilmetilecgonina, Tesofensina, Troparil, Tropoxan
	Anoréxicos / Anti-obésicos
	Antidepresivos
	Nootrópicos

Drogas sedante-hipnóticas: También conocidas como soporíficas. Son aquellas cuya primera función es la inducción al sueño. Pueden producir: insomnio, ansiedad, confusión, desorientación, depresión respiratoria, pérdida de equilibrio, disminución del juicio o muerte. Este grupo se subdivide a su vez en subgrupos: GABA-agonistas, H1 agonistas-inversos, α 1 adrenérgicos antagonistas, α 2 adrenérgicos antagonistas, agonistas melatonínicos y antagonistas orexinínicos.

Drogas alucinógenas: Son aquellas que producen cambios en la percepción, consciencia, emoción o ambos. Este grupo se divide a su vez en tres grupos: psicodélicos, disociativos y delirantes.

Psicodélicos: Producen una alteración en la cognición y la percepción. Suelen agruparse en lisergamidas (destaca el LSD), feniletilaminas, piperazina, triptaminas y otros.

Disociativos: Producen un bloqueo de las señales de la mente consciente hacia otras partes del cerebro produciendo alucinaciones, privación sensorial, disociación y trance. Pueden producir también sedación, depresión respiratoria, analgesia, anestesia o ataxia, así como pérdida de las facultades mentales y la memoria. Se dividen en adamantanos, arilciclohexilaminas y morfinaos.

Delirantes: Producen delirios, a diferencia de los alucinógenos psicodélicos y disociativos en el que se mantiene cierto estado de consciencia. Se dividen en anticolinérgicos, antihistamínicos y GABA-agonistas.

Drogas antidepressivas: Aquellas que producen un alivio en los síntomas de la depresión, la distimia, ansiedad; y en general todos los trastornos del estado de ánimo y la fobia social. Este grupo se subdivide en: Inhibidores de la recaptación selectiva, potenciadores de la recaptación selectiva, agentes de la liberación selectiva, antagonistas de los receptores, inhibidores de la recaptación, antidepressivos bicíclicos, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos tetracíclicos, antidepressivos heterocíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, agonistas de los receptores 5-HT_{1A}.

Drogas anestésicas: Aquellas que producen anestesia generalizada o local. Puede producir además molestias de garganta, náuseas o vómitos, mareos, cefaleas o muerte. Este grupo se divide en subgrupos: etéreos, haloalcanos, opioides y esteroides neuroactivos; inyectables o inhalables.

Drogas antipsicóticas: Aquellas que producen un alivio en los síntomas de la psicosis. Pueden producir ganancia de peso, agranulocitosis, discinesia, acatisia, distonía, párkinson, hipotensión, taquicardia, letargia, pesadillas, hiperprolactinemia o disfunción eréctil. Este grupo se divide en subgrupos: benzamidas, butirofenonas, difenilbutilpiperidinas, fenotiazinas, tioxantinas, tricíclicos, benzamidas, piperidinas de benzisoxazola, piperazinas de benzotiazoles y otros menos comunes.

Drogas euforizantes: Aquellas que inducen a sentimientos de euforia. Los efectos pueden incluir relajación, control del estrés, felicidad o placer; ya que pueden actuar sobre los centros de placer del cerebro. Existen dos tipos de euforizantes: estimulantes, opioides, depresores y alucinógenos. El ámbito de acción de estas drogas es generalizado encontrándose en varios tipos de drogas psicotrópicas.

Drogas ansiolíticas: Aquellas utilizadas para el tratamiento de la ansiedad y sus desórdenes. Son considerados tranquilizantes menores. Pueden producir taquicardia, pesadillas o pérdida de la consciencia. Este grupo se divide en: receptores GABA_A, agonistas de los receptores 5-HT_{1A}, antagonistas de la histamina (antihistamínico),

antagonistas de la liberación de la corticotropina, antagonistas de la taquicinina, antagonistas de la melanina, etc.

Drogas nootrópicas: Aquellas que incrementan las funciones mentales, como la cognición, la memoria, la atención, o aumentan la motivación o la concentración. Son referidos generalmente como psicoestimulantes. Este grupo incluye los simpaticomiméticos, las xantinas, los eugeroicos, los antagonistas de la H3, los agonistas inversos de GABAA, los agonistas de la dopamina D1, los agonistas de la nicotina $\alpha 7$, los inhibidores de la prolil endopeptidasa, los agonistas α -adrenérgicos y los antioxidantes, entre otros.

Drogas antiparkinsonianas: Aquellas que tratan los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Producen efectos adversos como hipotensión, arritmias, náuseas, pérdida del cabello, ansiedad, alucinaciones, somnolencia, problemas respiratorios, desorientación, confusión y psicosis. Estas drogas se dividen en dos grupos: dopaminérgicos y anticolinérgicos.

Drogas anoréxicas: Aquellas que suprimen o reducen el apetito. Suelen utilizarse para reducir peso. Este tipo de drogas se dividen en estimulantes y anticannabinoides. La mayoría de estimulantes suprimen el apetito, y de hecho, la droga más consumida del mundo,⁴ el café es un potente supresor del hambre. Los cannabinoides tienen la capacidad de estimular los receptores cannabinoides CB1 y CB2, que incrementan el apetito. Aquellas sustancias antagonistas y agonistas inversas de estos receptores producirían el efecto contrario, esto es, la disminución o la supresión el apetito, como sucede con el Rimonabant o el Surinabant. No obstante, el consumo excesivo de THC produce el efecto contrario al de un consumo moderado, ya que en un consumo normal la activación de los receptores cannabinoides CB1 se produce a nivel de las neuronas excitadoras glutamatérgicas mientras que un consumo mayor produciría la estimulación

⁴ Romanillos, Teresa. Eroski Consumer. *Adictos al Café*. España, 2006. Consultado en http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2006/11/24/157598.php

de los receptores cannabinoides CB1 en las neuronas inhibitoras GABAérgicas del estriado ventral.⁵

Drogas analgésicas: Aquellas drogas que reducen o inhiben el dolor. Los analgésicos se dividen en: opioides, pirazolonas, cannabinoides, anilinas y antiinflamatorios no esteroideos. Los analgésicos utilizados para tratar el dolor dependerán de la intensidad y características propias del dolor. No obstante, este tipo de sustancias tienen un techo analgésico bajo, el cual no puede ser traspasado ni en mayores dosis ni en combinación con otras drogas del mismo tipo. No tienen un potencial de dependencia física elevado, por lo que su venta es libre en la mayoría de países. Para el alivio de dolores de intensidad moderada se utilizan opioides débiles, de distribución no libre, como el tramadol, la codeína o la hidrocodona. Para dolores de intensidad fuerte se utilizan opioides fuertes como la morfina, la hidromorfona, la metadona, el fentanilo, etc. Estas sustancias no tienen techo analgésico, existiendo solamente un techo toxicológico.

⁵ La Vanguardia. Sección Vida. *Un estudio desvela por qué el estudio del cannabis aumenta el apetito*. España, 2010. Consultado en <http://www.lavanguardia.com/vida/20100527/53935126875/un-estudio-desvela-por-que-el-consumo-de-cannabis-aumenta-el-apetito.html>

Según su daño físico:

Según un estudio realizado por medio de evaluaciones con principios délficos se muestra la siguiente tabla:

Droga	Daño físico				Dependencia				Daño social			
	Media	Agudo	Crónico	Intoxicación	Media	Placer	Psicológica	Física	Media	Intoxicación	Daño social	Costos de salud
Heroína	2.78	2.8	2.5	3	3	3	3	3	2.54	1.6	3	3
Cocaína	2.33	2	2	3	2.39	3	2.8	1.3	2.17	1.8	2.5	2.3
Barbitúricos	2.23	2.3	1.9	2.5	2.01	2	2.2	1.8	2	2.4	1.9	1.7
Metadona	1.86	2.5	1.7	1.4	2.08	1.8	2.3	2.3	1.87	1.6	1.9	2
Alcohol	1.4	1.9	2.4	NA	1.93	2.3	1.9	1.6	2.21	2.2	2.4	2.1
Ketamina	2	2.1	1.7	2.1	1.54	1.9	1.7	1	1.69	2	1.5	1.5
Benzodiacepinas	1.63	1.5	1.7	1.8	1.83	1.7	2.1	1.8	1.65	2	1.5	1.5
Anfetaminas	1.81	1.3	1.8	2.4	1.67	2	1.9	1.1	1.5	1.4	1.5	1.6
Tabaco	1.24	0.9	2.9	0	2.21	2.3	2.6	1.8	1.42	0.8	1.1	2.4
Buprenorfina	1.6	1.2	1.3	2.3	1.64	2	1.5	1.5	1.49	1.6	1.5	1.4
Marihuana	0.99	0.9	2.1	0	1.51	1.9	1.7	0.8	1.5	1.7	1.3	1.5
Solventes	1.28	2.1	1.7	0	1.01	1.7	1.2	0.1	1.52	1.9	1.5	1.2
4-MTA	1.44	2.2	2.1	0	1.3	1	1.7	0.8	1.06	1.2	1	1
LSD	1.13	1.7	1.4	0.3	1.23	2.2	1.1	0.3	1.32	1.6	1.3	1.1
Metifenidato	1.32	1.2	1.3	1.6	1.25	1.4	1.3	1	0.97	1.1	0.8	1.1
Esteroides anabólicos	1.45	0.8	2	1.7	0.88	1.1	0.8	0.8	1.13	1.3	0.8	1.3
GHB	0.86	1.4	1.2	0	1.19	1.4	1.1	1.1	1.3	1.4	1.3	1.2
Éxtasis	1.05	1.6	1.6	0	1.13	1.5	1.2	0.7	1.09	1.2	1	1.1
Alquilnitritos	0.93	1.6	0.9	0.3	0.87	1.6	0.7	0.3	0.97	0.8	0.7	1.4
Khat	0.5	0.3	1.2	0	1.04	1.6	1.2	0.3	0.85	0.2	1.1	0.8

La Tabla muestra los resultados del grupo independiente para cada una de las tres subcategorías de daño. Muchas de las drogas fueron consistentes en su ranking en las tres categorías. La heroína, la cocaína, los barbitúricos y la metadona callejera quedaron en los cinco primeros lugares para todas las categorías de daño, en tanto que el khat, los alquilnitritos y el éxtasis quedaron en los cinco lugares más bajos. Algunas sustancias difirieron significativamente en sus calificaciones de riesgo en las tres categorías. Por ejemplo, la marihuana quedó abajo en daño físico, pero algo más arriba en dependencia y daño a la familia y la comunidad. Los esteroides anabólicos quedaron arriba en daño físico, pero abajo en dependencia. El tabaco quedó arriba en dependencia pero marcadamente abajo en daños sociales porque tuvo una calificación baja en intoxicación. La calificación media del tabaco para daño físico también fue modesta, porque las calificaciones para daño agudo y potencial de uso intravenoso fueron bajas, aunque el valor para daño crónico fue, como era de esperarse, alto.

Las drogas que pueden ser administradas por vía intravenosa tuvieron por lo general un ranking alto, y no sólo porque se les asignaron calificaciones excepcionalmente altas para los parámetros tres (propensión para uso intravenoso) y nueve (costos de atención a la salud). Incluso si se excluyen del análisis las calificaciones para estos dos parámetros, los altos rankings de esas drogas persisten; las drogas que pueden ser administradas por vía intravenosa fueron consideradas como muy dañinas en muchos otros aspectos.⁶

Según su nivel de adicción:⁷

N.º	Droga	Potencial de adicción
1	Nicotina	100/100
2	Metanfetamina fumada	98.53/100
3	Crack	97.66/100
4	Metanfetamina inyectada	94.09/100
5	Valium (Diazepam)	85.68/100
6	Metacualona	83.38/100
7	Secobarbital	82.11/100
8	Alcohol	81.85/100
9	Heroína	81.80/100
10	Anfetamina vía oral	81.09/100
11	Cocaína	73.13/100
12	Cafeína	72.01/100
13	PCP (fenciclidina)	55.69/100
14	Marihuana	21.16/100
15	Éxtasis	20.14/100
16	Setas alucinógenas	17.13/100
17	LSD	16.72/100
18	Mescalina	16.72/100

⁶ Silva, Moisés. Tedium Vitae. Ejemplar No. 6. *Desarrollo a escala para evaluar el daño de las drogas*. España, 2015.

⁷ In Health Magazine. Top 18 most addictive drugs on earth. Estados Unidos, 2015. Consultado en <http://web.archive.org/web/20080327022057/http://www.stopdepressiontoday.com/top-18-most-addictive-drugs.html>

Otra clasificación:

Drogas duras y blandas: Las drogas duras causan adicción o dependencia tanto física como psíquica, mientras que las blandas causan adicción o dependencia a nivel solo físico, o solo psíquico.

Drogas duras: la cocaína, los opioides (morfina, heroína, etc.), el alcohol, o las amfetaminas son comúnmente descritas como drogas duras.

Drogas blandas: el término es aplicado generalmente a los derivados del cannabis (marihuana, hachís, etc.), a la cafeína, etc. Por lo general el término se aplica a sustancias cuyo consumo no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos.

1.3 Antecedentes históricos:

Existen pruebas de que el hombre, ya antes de que existieran las primeras civilizaciones, conocía los efectos de ciertas plantas como la adormidera del opio y las usaba. Al parecer, desde la edad de piedra, ya se cultivaba la adormidera en Europa, y en Suiza se han encontrado fósiles de semilla de adormidera, perteneciente al cuarto milenio antes de Cristo. En el año 600 los árabes propagaron las virtudes terapéuticas de la adormidera, revelando a los chinos la propiedad estupefaciente del opio. El consumo de la droga se expandió rápidamente por toda China y se desarrolló el contrabando de opio a gran escala.

El alcohol está entre las primeras, ya que es probable que cuando se almacenaba la miel y esta fermentaba se obtuvo el primer vino en Egipto. Desde entonces, las bebidas fermentadas han sido consumidas a lo largo de la historia, por lo que se convirtieron en un importante comercio colonial. Un ejemplo de prohibicionismo es la conocida Ley seca, mediante la cual se llegó a prohibir el alcohol en los Estados Unidos. El experimento de la prohibición fracasó y fue el origen del poder de ciertos

grupos mafiosos que comenzaron traficando con esta droga, y cuando fue legalizada, cambiaron a otras que seguían prohibidas.

En 1874 se creó el primer opiáceo semisintético, la heroína, que fue comercializada por una química alemana como sustitutivo del opio y la morfina en los tratamientos de deshabituación. Su alta adicción hizo que en EE. UU. y en Inglaterra generara un fuerte consumo que se extendió por el resto del mundo.

La marihuana es originaria de Asia Central. Según registros arqueológicos, ya era empleada como fuente de fibras textiles en el año 4000 a.C. Actualmente la marihuana es una de las drogas más consumidas en todo el mundo, tanto en forma de hachís y aceite de hachís.

En América, el uso de la hoja coca como estimulante comenzó en el año 5000 a.C. La planta de coca crecía de manera silvestre hasta que en el siglo X comenzó a ser cultivada por indígenas de Colombia, que la difundieron hacia el sur. En la cultura inca era usada como planta sagrada en rituales. Además, la hoja de coca era mascada por los trabajadores para mitigar los efectos derivados de la altitud, el hambre o la fatiga, y como medicina para las molestias gastrointestinales, catarrros o contusiones.

En el caso del tabaco, las primeras pruebas de su existencia datan de la cultura maya en el año 2000 A.C. aproximadamente.

Pero la droga con más adicción en el mundo es la cafeína. Aunque la planta existía hace miles de años en Etiopía, su difusión empezó en Arabia en el siglo X.⁸

A pesar de ser las dos sustancias que más muertes provocan en las sociedades modernas, alcohol y tabaco no tienen el mismo estigma que las demás drogas, ya que son legales y su uso está aceptado socialmente y regulado por la administración pública.

⁸Sanchinelli, Hugo. Prensa Libre. Artículo: Historia de las Drogas. Guatemala, 23 de junio de 2013. Consultado en http://www.prensalibre.com/internacional/Historia_0_943105692.html

Se cree que los ingresos totales que producen las ventas de estupefacientes tan solo en Estados Unidos ascienden a entre 60.000 millones y 120.000 millones de dólares. Si restamos unos 20.000 millones de dólares para gastos, eso deja un beneficio neto de entre 40.000 millones y 100.000 millones de dólares. “El tráfico de drogas, que mueve unos 300.000 millones de dólares al año, es el mayor negocio del mundo”, dice la revista World Press Review.

La legislación contemporánea, en el contexto de una guerra contra la droga creada y pujada por los Estados Unidos, considera ilícito el uso y el comercio extra terapéutico de psicofármacos que alteren la conciencia. Su uso está en auge, y numerosos son los países que tratan de afrontarlo mediante diferentes vías (campañas y operativos antidrogas y su tráfico, etc.). Cada país establece algunas excepciones a esta regla. Por ejemplo, es habitual en Occidente que el uso y comercio del alcohol, el tabaco y los estimulantes cafeínicos sean legales fuera del ámbito de la medicina. En otros países, como Holanda, se tolera el uso recreacional de la marihuana, los derivados del cáñamo y, antes, los hongos psicotrópicos. En Estados Unidos, en 2014 los estados de Colorado y Washington comenzaron la venta legal de derivados del cáñamo, y en Uruguay se ha aprobado una legalización que todavía no se ha hecho efectiva. En amplios sectores de la sociedad existe la opinión de que el uso extra medicinal de psicofármacos es dañino. Sin embargo, en otros entornos se defiende que en ciertos casos los supuestos daños han sido muy exagerados, y en todo caso ha de ser el individuo, no el Estado, quien regule su conducta. Ambas posiciones son las que han venido enfrentándose, tradicionalmente, en el debate acerca de la legalización de las drogas.⁹

⁹ López, Brian. Blog spot. Las Drogas. Consultado en: http://brianlopezdrogas.blogspot.com/2014/10/debate-acerca-de-la-legalizacionilegali_2.html.

CAPÍTULO II - Drogadicción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como droga cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse pueda alterar la actividad mental y física de una persona, debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central.

La OMS define como adicción el consumo repetido de varias sustancias, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia o sustancias, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de dicha sustancia y se muestra decidido a obtener las sustancias por cualquier medio.

La adicción a la drogas causa que la vida de la persona adicta este dominada por el deseo de consumo de la sustancia, hasta muchas veces llegar al punto en el que todas las demás actividades y responsabilidades quedan relegadas a un segundo plano. Es inevitable asociar que el término “adicción” con un cierto efecto perjudicial para la sociedad, tanto como para la persona.

La adicción se caracteriza por diversos síntomas, entre los cuales se pueden incluir factores tanto biológicos, como genéticos, psicológicos y sociales. Se considera como algo progresivo y que puede llegar a ser fatal. Entre los síntomas se pueden mencionar episodios de descontrol, diversas distorsiones del pensamiento e incluso negación de la enfermedad.¹⁰

Se considera que para poder hablar el término dependencia a sustancia, la persona tiene que mostrar al menos tres de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses.

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia.
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.

¹⁰ World Health Organization. Ministerio de Sanidad y Consumo. “Glosario de Términos de Alcohol y Drogas”. España, 2008.

- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Existen diferentes niveles de adicción, entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

1. Experimentación: Cuando la persona, guiada por la curiosidad, prueba una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.
2. Uso: El compromiso con la droga es bajo. Se consume en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones.
3. Abuso: El uso se hace regular y hay episodios de intoxicación. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante
4. Adicción: Las relaciones sociales y familiares se rompen, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilísticos.

La OMS calcula que a nivel mundial hay alrededor de 16 millones de personas que se inyectan drogas. Eso se asocia también con la propagación del VIH, pues se calcula que de esa cantidad hay 3 millones de personas que están infectadas con ese virus. En promedio, una de cada diez infecciones nuevas por VIH es causada por el consumo de drogas inyectables, pero en algunos países de Europa oriental y Asia central más del 80% de las infecciones por VIH están relacionadas con el consumo de drogas.

La drogadicción está asociada a varios factores de impacto social como la salud y problemas sociales de violencia.¹¹

2.1 Factores que conducen a la drogadicción

Existen muchos factores que conducen a la drogadicción, Vamos a tratar los principales factores que conducen a una persona a generar dependencia por estas sustancias.

2.1.1 Factores sociales:

Existen muchos factores sociales que conducen a la drogadicción, y estos pueden variar dependiendo de la ubicación y los niveles sociales.

Curiosidad: según varios estudios, la curiosidad es uno de los principales motivadores para empezar a consumir drogas. En la mayoría de los casos, las personas empiezan por drogas de las que conocen o las que han escuchado, mayormente entre adolescentes. La ingesta de estas sustancias empieza como recreacional o esporádica, pero va creciendo hasta convertirse en una adicción real.

Drogas prescritas: las drogas que son recetadas por médicos y compradas en farmacias pueden provocar también adicciones. Estos casos los vemos mayormente con antidepresivos, estimulantes o calmantes. La adicción a estos medicamentos causa que las personas los consuman con mayor frecuencia o en mayores dosis.

Presiones: la necesidad de adaptación o la presión de grupo es también uno de las principales causas. Podemos incluir también los problemas familiares, problemas en la escuela y problemas en las relaciones familiares. Las drogas se han convertido en el principal “escape” para las personas que tienen problemas. El objetivo es reemplazar

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. “”. Panamá, 2005. Pp. 5

los problemas por las sensaciones de relajación y bienestar que proporcionan las drogas.

Mejorar el desempeño físico y/o mental: los principales casos para este tipo de escenarios son los ejecutivos de empresas o los atletas y deportistas de alto desempeño. Existen drogas que sirven como suplementos alimenticios y se especializan en mejorar el desempeño, el principal ejemplo de estos son los esteroides.

Exposición a un drogadicto: esto aplica a las personas que están expuestas a algún familiar, amigo o compañero de trabajo que es adicta a las drogas. La familia es un factor muy crítico de influencias, especialmente en niños que están creciendo.

Acceso fácil: el tener un acceso fácil para comprar y consumir drogas es un gran motivador para probarlas y llegar a generar una adicción a las mismas.

También se recurre a las drogas cuando se presentan demasiados problemas en el entorno, el no ser aceptados por los amigos o por cierto grupo social o el que el consumo sea una condición para ser aceptados en estos. También los problemas emocionales pueden causar que las personas sean vulnerables a hacer uso de sustancias ilegales.

2.1.2 Procesos bioconductuales:

Como seres humanos, somos susceptibles al condicionamiento operante o instrumental, en donde la conducta del organismo produce el estímulo, es decir, la conducta ocurre por las consecuencias que produce. Aquí podemos mencionar tres tipos de reforzamiento: positivo, negativo y castigo. En el reforzamiento positivo, una conducta puede llegar a producir un estímulo que resulta positivo para la persona, que refuerza la repetición de dicha conducta. En el reforzamiento negativo, una conducta elimina o impide un estímulo adverso, lo que permite que la conducta vuelva

a ocurrir puesto que se ve reforzada. Y por último, en el castigo, la conducta produce un estímulo adverso.

El condicionamiento operante tiene importancia dentro del uso y la dependencia de drogas, puesto que la persona tiene una respuesta cuando elige adquirir y consumir sustancias para experimentar sus efectos.

Analicemos lo siguiente: El reforzamiento es el estímulo que refuerza las respuestas que se consiguen con el comportamiento. Como por ejemplo cuando insertamos una moneda en una máquina expendedora de bebidas, la bebida actúa como reforzamiento para la conducta de insertar una moneda en la máquina.

- La recompensa al utilizarla en el campo de la drogadicción se refiere a los efectos placenteros o agradables de una droga. Las recompensas son los estímulos que proporcionan una motivación positiva para la conducta.
- El incentivo es la capacidad de ciertos estímulos para provocar respuestas específicas a dichos estímulos.
- Motivación consiste en asignar recursos para promover o generar alguna reacción.
- Motivación por incentivo es responder con base en la motivación provocada por un estímulo externo.

Es importante entender que la recompensa de las drogas no explica por sí misma las dependencias a fármacos. Los efectos y las sensaciones que provocan las drogas no son necesariamente alucinar o experimentar cosas nuevas, muchas veces también pueden provocar alivio de la tensión, la reducción de la sensación de fatiga o incluso un mejor rendimiento. Estas sensaciones positivas podrían llegar a explicar el uso de las drogas, pero no justifican el porqué de la conducta que se genera con la dependencia.

La recompensa de una droga no puede explicar por sí misma la dependencia a la misma.

Se debe considerar que aunque existen ciertos patrones generales para la creación de dependencia a sustancias, los antecedentes genéticos también juegan un papel importante, así como el entorno de cada individuo sobre cómo se comportarán ante la influencia de las drogas.

Los efectos que producen las drogas y sus sensaciones gratificantes son necesarios para generar dependencia a las mismas. Si se considera estas sensaciones como un incentivo, pueden llegar a convertirse en una motivación para la auto administración de estas sustancias.

Se puede decir entonces que las drogas tienen fuertes propiedades de reforzamiento, el ser humano responde muchas veces a estos estímulos, generando dependencia por motivación o por reforzamientos.

La dependencia a las drogas puede ser también una respuesta a la abstinencia, por las consecuencias físicas contrarias al no consumir dichas sustancias, lo cual se puede convertir en el principal factor motivacional del consumo sostenido de drogas mediante mecanismos de reforzamiento negativo.

Además, las drogas adictivas pueden ser usadas como sustitutas de los reforzadores más convencionales, como por ejemplo la comida, el agua, el sexo, el reconocimiento, entre otros. Los reforzadores tienen similitudes conductuales similares y neuroquímicos, por lo que las drogas pueden llegar a sustituir esos efectos provocados por los demás reforzadores.

Es importante considerar la tolerancia a dichas sustancias, que es el hecho de que una droga produce un efecto que va decreciendo al haber una dosificación

repetida, por lo que hay que incrementar las dosis cada vez más para poder producir el mismo efecto.

Se puede decir entonces que la dependencia hacia las drogas tiene origen en muchos factores neurológicos. En las primeras etapas el uso de dichas sustancias es mayormente como consecuencia de factores como la curiosidad, la presión social, la exposición y las características de la personalidad de cada individuo. Las propiedades de reforzamiento de la droga, junto con otros factores como la composición biológica de la persona y los antecedentes del individuo pueden llevarlo a crear una dependencia hacia las drogas después de ya haber probado éstas. Con el uso repetido y constante de las drogas, existe una asociación con la recompensa de éstas y los estímulos provocados con estas.

La dependencia está definida clínicamente, cuando hay al menos tres de los siguientes criterios:

- Existe un deseo intenso de ingerir la sustancia.
- Existen evidencias de tolerancia.
- El individuo tiene problemas para controlar su comportamiento de compulsión
- Hay ya un estado fisiológico de abstinencia.
- Hay un abandono progresivo de placeres e intereses.
- El uso de las sustancias es persistente a pesar de evidencias de consecuencias dañinas.

2.2 Consecuencias de la drogadicción

Es importante considerar que las consecuencias de la drogadicción van desde sociales y económicas hasta físicas.

2.2.1 Consecuencias sociales:

El costo social del abuso en el consumo de drogas no está únicamente vinculado a los costos de rehabilitación para las personas adictas, sino que también está asociado a otros factores como la violencia doméstica, la delincuencia causada por el efecto y sobre todo por la necesidad de ingerir estas sustancias por parte de las personas adictas.

Es necesario tomar en cuenta que las consecuencias de una dependencia a las drogas impacta también el ámbito laboral y el desempleo, así como el ámbito familiar.

Los efectos principales de una adicción se vinculan con todos los problemas relacionados con el comportamiento anormal de la persona, lo que genera accidentes, riñas, daños materiales, violencia, abuso sexual, negligencia, entre otros.

2.2.2 Consecuencias sobre la conducta:

Sedantes e hipnóticos: los efectos de este tipo de sustancias incluyen la sedación leve hasta la anestesia. En caso de una sobredosis severa incluso hasta puede ser letal. Este tipo de sustancia también genera hábito y la tolerancia se genera fácilmente. La persona que ha ingerido este tipo de sustancias puede mostrar somnolencia, descoordinación motora de leve y moderada y obstrucción e las funciones mentales. Cuando las dosis son mayores, los efectos empiezan a ser más fuertes y pueden causar daños generales de la función motora, incremento del tiempo de reacción y daños en la memoria.

Opioides: estas drogas son compuestas por la semilla de la amapola y sus extractos. Cuando esta sustancia es inyectada de forma intravenosa, produce sensaciones como “éxtasis”, y también tiene efectos analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio. Con la administración repetida de esta sustancia, los mecanismos adaptativos cambian el funcionamiento de las neuronas y las redes neuronales. Se puede llegar a desarrollar tolerancia, por lo que son necesarias dosis cada vez más elevadas para obtener los efectos deseados. La abstinencia de esta sustancia puede incluir lagrimación, catarro, bostezos, sudoración, irritabilidad, temblor, náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos, dolores musculares y cólicos.

Cocaína: Es un poderoso estimulante del sistema nervioso que puede aspirarse por la nariz, inyectarse o fumarse. Esta sustancia incrementa la lucidez, sensación de bienestar y euforia, también incrementa la energía y actividad motora, da sensación de vigor y capacidad sexual. Entre sus efectos también se puede mencionar la ansiedad, paranoia e inquietud. Durante una sobredosis puede dar temblores, convulsiones, incremento en la temperatura corporal, taquicardia e hipertensión. Conforme disminuyen los efectos de la droga, la persona se siente cansado, irritable o deprimido, lo que puede causar la reincidencia en la droga.

Anfetaminas: existen muchos tipos de anfetaminas. La anfetamina ha sido utilizada como agente para mejorar el rendimiento, tanto físico como intelectual, suprime el apetito, incrementa la actividad motora, reduce el cansancio. La dispensación indiscriminada del producto, unida al desconocimiento público respecto de sus peligros potenciales y a la ausencia de un sistema idóneo de farmacovigilancia, desencadenó fenómenos de abuso y adicción. En 1971, la anfetamina fue sometida a control internacional en el marco de la Convención Internacional de Psicotrópicos.¹²

¹² Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia. Aspectos Farmacológicos de las anfetaminas, Universidad de Granada. España, 2000. Pp. 70

Entre sus síntomas se menciona la lucidez, excitación, energía y mayor confianza en uno mismo. Los efectos en a corto plazo incluye inquietud, mareo, taquicardia, dificultad en la micción, insomnio, euforia, confusión leve, temblores y pueden incluir también episodios de pánico. Puede llegar también a observarse pensamientos paranoides, confusiones e incluso alucinaciones. Con dosis muy grandes puede llegar a producir fiebre, convulsiones, hemorragia cerebral y la muerte.

Éxtasis: es una anfetamina sintética. Es un psico estimulante y es parecido a la cocaína y las anfetaminas aunque también pueden llegar a generar alucinaciones si se utiliza en dosis elevadas. Sus efectos son sensación de éxtasis, euforia, confianza en sí mismo, empatía y sensación de proximidad e intimidad con otras personas.

Alucinógenos: se caracterizan por su capacidad de producir distorsiones en las sensaciones y alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamientos. Estas drogas producen un incremento en el ritmo cardiaco y la presión sanguínea, y además elevan la temperatura corporal. Pueden llegar a producir reducción del apetito, náusea, vómitos y descoordinación motora.

2.2.4 Drogadicción en jóvenes y adolescentes

Algunos datos importantes proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, revelan que:

- Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles.
- Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.

- En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.
- Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco.
- Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal.¹³

La droga no legalizada más frecuentemente utilizada y más común es la marihuana. Esta es una droga que se utiliza desde hace mucho tiempo entre los jóvenes y que actualmente sigue siendo la principal droga por su bajo costo y por su accesibilidad.

Hace algunos años la cocaína era una droga considerada para gente con altos ingresos económicos, por su precio tan elevado. Actualmente su costo ha disminuido considerablemente volviéndose también más accesible para una mayor cantidad de gente, principalmente para los jóvenes y adolescentes.

En gran cantidad de países, la drogadicción ha pasado de ser un problema exclusivamente social a un problema de salud pública y de seguridad. En Estados Unidos, ya se declaró el uso de sustancias entre adolescentes como el problema número uno de salud pública en ese país, y lo mismo está empezando a ser para muchos países. El consumo de alcohol, tabaco, marihuana y el abuso de medicamentos de prescripción, está en aumento entre los adolescentes. Los estudios han revelado que 9 de cada 10 adultos adictos comenzaron a consumir antes de la edad de 18 años. Cerca del 25% de adolescentes entre 12 y 15 años han consumido drogas como marihuana, cocaína y estimulantes, y cerca del 75% de los estudiantes de nivel medio superior han experimentado el uso de sustancias adictivas, y aun peor es que uno de cada cinco de ellos cumple con los criterios médicos de adicción.¹⁴

¹³ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. “”. Panamá, 2005. Pp. 149

¹⁴ Ibid. Pp. 152

Según investigaciones médicas, el cerebro de una adolescente esta aun en desarrollo en la áreas que conducen a la toma de decisiones y el control de impulsos.

Se puede responsabilizar a los medios de comunicación, al gobierno como a muchas instituciones que no han querido regular la publicidad de alcohol, tabaco y muchos medicamentos de prescripción. Incluso los padres de familia tienen cierta culpa por no controlar la experimentación de sus hijos con sustancias adictivas o pensar que es únicamente una etapa por la que se tiene que pasar.

CAPÍTULO III - Opiáceos y Opioides

Los opiáceos son conocidos como sustancias naturales que se encuentran en el zumo de las semillas de la adormidera. El zumo seco y fermentado se denomina opio y contiene una mezcla de alcaloides opiáceos.

El químico alemán Fiedrich Sertuner, en 1806, consiguió aislar el primer elemento del opio en su forma pura y la llamo morfina. Tras mínimas alteraciones químicas se pudieron obtener opiáceos semi-sintéticos.¹⁵

A menudo se utiliza el término opiáceo en vez de opioide. Sin embargo, en sentido estricto, opiáceo se refiere específicamente a los productos obtenidos del jugo de la adormidera del opio, y por extensión a los productos químicamente derivados de la morfina, mientras que opioide abarca al conjunto de cualquier sustancia endógena o exógena que, por tener afinidad hacia el receptor específico, interactúa con él de manera estero específica y desplazable por el fármaco antagonista naloxona. No todos los opioides son opiáceos, no todos lo opiáceos son opioides.

¹⁵ Flórez J. Fármacos analgésicos opioides. Editorial: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana. 4ª ed. Barcelona, 2003.p. 461.

Los analgésicos opioides constituyen un grupo de fármacos que se caracterizan por poseer afinidad selectiva por los receptores opioides. Como consecuencia de la activación de estos receptores, se causa analgesia de elevada intensidad, producida principalmente en el sistema nervioso central, así como otros efectos subjetivos que tienden a favorecer la instauración de una conducta de auto administración denominada farmacodependencia.

Hughes describió en 1975 los péptidos del cuerpo humano que tenían efectos similares a la morfina. Los opioides actúan como éstos péptidos endógenos denominados endorfinas. Los péptidos opioides endógenos y las moléculas opioides, reaccionan en la misma posición receptora específica en la superficie de las células nerviosas y de las células del músculo liso del intestino. Los ligandos de receptores opioides son sustancias que se unen específicamente a los receptores opioides. Una vez unidos al receptor desarrollan un efecto que se denomina actividad intrínseca, y por esta razón son sustancias denominadas agonistas. Los ligandos de receptores opioides que se unen al receptor, pero no desarrollan ningún efecto y carecen de actividad intrínseca, se denominan antagonistas opioides.¹⁶

Los opioides naturales y sintéticos, así como los péptidos opioides endógenos, se unen específicamente y con gran afinidad a los receptores opioides, lo que quiere decir que estas sustancias se acoplan perfectamente con los receptores opioides. Los receptores opioides se localizan frecuentemente en la porción final del axón presináptico de la célula nerviosa y modulan la liberación de los neurotransmisores al inhibir la entrada en funcionamiento del potencial de acción, con lo que disminuye la cantidad de sustancia transmisora liberada. El efecto de este receptor opioide es muy marcado en las células nerviosas que transmiten el dolor, donde la liberación de la sustancia transmisora del dolor se inhibe, lo que explica el efecto analgésico sobre los transmisores receptores opioides. Los diferentes opioides se unen con más o menos fuerza a los diferentes de receptores de opioides: *mu*, *delta* y *kappa*. Los opioides

¹⁶ Ibíd. Pág. 466.

preferidos por los adictos y con un mayor efecto analgésico son los que actúan particularmente en los receptores *mu*.

La actividad intrínseca relativa se define como la capacidad de los ligandos para producir un efecto determinado en un receptor. La morfina y la metadona tienen la misma especificidad por el receptor opioide y como antagonistas puros tienen el valor máximo de actividad intrínseca relativa. En principio producen el mismo efecto, las diferencias subjetivas en lo que se refiere a su eficacia, se explican a través del comportamiento farmacocinético, en la capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica, en la distribución por los diferentes compartimientos (sangre, tejido cerebral, órganos) y finalmente en el metabolismo y la excreción. Cuando se habla de farmacocinética, se refiere al transcurso de la concentración, es decir, variaciones de las concentraciones plasmáticas en función del tiempo, en el lugar del efecto. El curso temporal de la concentración depende de la absorción de la sustancia, la distribución en el organismo, el metabolismo y la eliminación. La absorción y la distribución determinan la presencia del fármaco en el lugar del efecto. El abandono del fármaco del lugar de acción está determinado por el metabolismo y la eliminación.

Un aspecto importante es la absorción de la droga, la biodisponibilidad, es decir, la entrada en el torrente sanguíneo, lo cual varía según la vía de administración. Esto es así principalmente para sustancias con un alto efecto de first pass, es decir, el conjunto de modificaciones que sufre la sustancia administrada antes de llegar al torrente circulatorio. Los opioides utilizados por los pacientes producen efectos similares, aunque diferente farmacocinética. Las diferencias percibidas subjetivas y objetivas, se basan en un flooding desigual, es decir, diferencias en la concentración plasmática en función del tiempo. Este efecto, depende de las formas de consumo, donde el consumo intravenoso tiene un efecto a los pocos segundos y el oral aproximadamente media hora.

Para comprender los diferentes transcurso de los efectos de los opioides es importante comprender los términos vida media y acumulación.

La vida media de eliminación es el tiempo necesario para que una determinada concentración de un fármaco se reduzca a la mitad, tras un proceso de excreción. El tiempo de vida medio efectivo es el tiempo en el que la dosis de un fármaco conserva sólo la mitad de su efecto.

Cuando una sustancia se consume reiteradamente y el intervalo de administración que no es el adecuado, la sustancia sufre acumulación en el organismo, se incrementan sus efectos y su toxicidad. Las sustancias de acción rápida acceden al lugar de acción rápidamente y cuando los opioides alcanzan rápidamente y a altas concentraciones dicha localización, los adictos sienten con respecto a otras drogas presentes en su organismo un gran placer, llamado el efecto flash. Este no es un efecto absoluto, sino que depende de la percepción del cambio relativo del efecto. Con las inyecciones intravenosas y ciertas técnicas de inhalación es posible conseguir este efecto.

El inicio del efecto de un opioide depende en gran medida de cómo es consumido. Por el contrario, la duración del efecto, es principalmente una propiedad de la sustancia. Se podría decir que la atracción de consumo de un opioide para un adicto, reside prácticamente en la velocidad del “*flooding*” y en la vida media de estos.

3.1 Clasificación

		Tipo	Características
Opiáceos		Morfina	Analgésico. Duración del efecto: 4-6 horas. Vida media: 3 horas
		Codeína	Suprime la tos. Duración del efecto: 4-6 horas. Vida media: 3-4 horas
		Tebaína	Sustancia a partir de la cual se sintetizan la naloxona, naltrexona y buprenorfina.
		Papaverina	Espasmolítico.
		Noscapina	Suprime la tos sin adicción potencial.
Opiodes	Semi-sintéticos	Heroína(3,6 diacetylmorfina, diamorfina DAM)	Analgésico obtenido de la morfina. Duración del efecto: 4-5 horas. Vida media: media hora.
		Buprenorfina	Analgésico. Inhibidor de la abstinencia a opiáceos a dosis altas. Duración del efecto: 6-8 horas. Vida media: 5 horas.
	Sintéticos	Metadona	Analgésico. Inhibidor de la abstinencia a opiáceos a dosis altas. Duración del efecto: 8-48 horas. Vida media: 15-22 horas.

17

3.1.1 Agonistas puros

Son los opiáceos que se comportan como agonistas muy preferentes, y en ocasiones, selectivos sobre receptores *mu*, mostrando la máxima actividad intrínseca. Pertenecen a este grupo: morfina, heroína, petidina, metadona, fentanilo, y sufentanilo.

Heroína: Derivado diacetilado de la morfina, tienen mayor liposolubilidad que ésta, por lo que llega antes al cerebro y alcanza allí mayores concentraciones. Es un poderoso

¹⁷ Seidenberg, A., & Honegger, U. Metadona, Heroína y otros opioides. Granada: Ediciones de Díaz de Santos. España, 2000.

analgésico que puede emplearse por vía oral y parenteral, pero no está admitido en la mayoría de los países por temor a su poderosa adictogénesis.

Codeína y dihidrocodeína: Son los derivados metilado de dihidrogenado de la morfina, respectivamente. Ambas presentan mucha menor afinidad por los receptores *mu*, por lo que su potencia y eficacia analgésica son inferiores a las de la morfina. Igualmente deprimen menos el sistema nervioso central y no ocasionan farmacodependencia. Presentan, además, acción antitusígena y capacidad de provocar estreñimiento. Su analgesia es muy útil en dolores de tipo medio o moderadamente intensos. Pueden provocar náuseas y vómitos, mareo e inestabilidad.

Petidina: Es diez veces menos potente que la morfina, pero posee igual actividad como agonista para producir analgesia, depresión respiratoria y farmacodependencia.

Metadona: Es ligeramente más potente que la morfina, con la que comparte todas sus propiedades farmacológicas. No hay un buen paralelismo entre su actividad analgésica, depresión respiratoria y niveles plasmáticos, por lo que dosis sucesivas administradas con el ritmo impuesto por la reaparición del dolor llegan a producir acumulación e intensa depresión respiratoria.¹⁸

Fentanilo y derivados: Es de cincuenta a ciento cincuenta veces más potente que la morfina. Se caracteriza por tener una liposolubilidad muy elevada, que condiciona su cinética y utilización, y muy escasa cardiotoxicidad. La gran potencia y baja toxicidad lo dotan de un índice terapéutico muy favorable, por lo que es el fármaco de elección para las modernas técnicas de anestesia en cirugía cardiovascular y en las unidades de vigilancia intensiva.

Tramadol: Presenta similitud con la codeína, y como ésta tiene una moderada afinidad por los receptores opioides, mas por los *mu* que por los *kappa*, y por ello, su acción analgésica es moderada.

¹⁸ Ibid. Pág. 150.

3.1.2 Agonistas-antagonistas mixtos

Son los opioides capaces de actuar sobre más de un tipo de receptor opioide, concretamente el mu y el kappa, pero sobre el kappa se comportan como agonistas parciales o incluso como antagonistas. El primer fármaco representativo de este grupo fue la nalorfina, que durante muchos años sirvió como antagonista en casos de sobredosificación de opiáceos. En la actualidad son analgésicos de este grupo la pentazocina, el butorfanol y la nalbufina.

3.1.3 Agonistas parciales

Son los opiáceos que actúan sobre receptores mu con actividad intrínseca inferior a la de los agonistas puros, de ahí que, en presencia de un agonista puro, puedan comportarse también como antagonistas. El fármaco más característico de este grupo es la buprenorfina.

3.1.4 Antagonistas puros.

Son opiáceos que tienen afinidad por los receptores opioides, pero carecen de actividad intrínseca. Su afinidad se extiende a los tres principales tipos de receptores opioides, mayormente en mu que en kappa y delta.

3. 2 Mecanismo de acción de los opioides

Los receptores de los opioides están localizados en las terminales del sistema nervioso central, es decir en el cerebro y en las áreas medulares.

La forma de actuar de los opioides depende en gran parte de su actividad y eficacia. Los agonistas por ejemplo reconocen un determinado receptor y provocan un efecto farmacológico. Los opioides agonistas parciales también reconocen el receptor, pero la respuesta o el efecto es inferior al máximo. Luego están los opioides antagonistas, que lo que hacen es activar parcial o totalmente unos receptores y a la vez bloquean otros.

En el ser humano se reconocen por lo menos tres distintos tipos de receptores: mu, kappa y delta. Un opioide puede actuar con distinta eficacia sobre dichos receptores.

En una persona propensa a ser dependiente a los opioides, los antagonistas y los agonistas parciales pueden provocar abstinencia.

El peligro que podría llegar a ser letal en los opioides se debe a su efecto directo sobre el centro respiratorio, lo que puede llegar a provocar una depresión respiratoria.¹⁹

Morfina → Agonista puro

Metadona → Agonista puro

Fentanilo → Agonista puro

Pentazocina → Agonista / Antagonista

Buprenorfina → Agonista parcial

Algunos otros agonistas puros son: heroína, petidina, oxicodona, oximorfoma, tramadol, codeína y levorfanol.

Otros agonistas / antagonistas son: nalbufina, butorfanol y decozina.

Antagonistas: naloxona y naltrexona

¹⁹ Ibíd. Pág. 154.

Los mecanismos de acción de los analgésicos opioides son generalmente:

- Elevan la percepción dolorosa, modificando el umbral de dolor
- Modifican la reacción al dolor dado a que generan euforia
- Generan sensación de euforia, lo que se traduce en alegría y bienestar
- Provocan una sensación nebulosa, de relajación
- Contribuyen a la actividad analgésica al ayudar a disminuir la ansiedad y el estrés asociado al dolor.

Algunos de los usos más comunes son los siguientes:

- Dolor agudo y severo: opioide de acción corta y potente (por ejemplo morfina)
- Dolor agudo de menor intensidad: buprenorfina o morfina oral.
- Dolor de intensidad moderada o crónico: opioides menores como codeína u oxycodona
- Dolor crónico estable: agonistas puros de efecto prolongado como fentanilo o buprenorfina.

Efectos no deseables:

- Deterioro de las funciones cognitivas
- Depresión respiratoria
- Farmacodependencia
- Estreñimiento
- Efectos cardiovasculares
- Efectos neuroendocrinos
- Depresión del sistema inmune

3.3 Codeína

La codeína es un alcaloide que se encuentra de forma natural en el opio, y es utilizado generalmente con fines médicos como analgésicos, sedantes y antitusígenos. La codeína también es considerada como un narcótico, y puede presentarse en forma de cristales incoloros o bien como un polvo cristalino blanco.

La codeína está considerado entre los analgésico narcóticos o opiáceos, los cuales son usados para el dolor intenso y que no se alivia fácilmente con otro tipo de medicamentos. Este tipo de medicamentos funcionan al fijarse a receptores en el cerebro, bloqueando así la sensación de dolor.²⁰

Estos fármacos pueden llegar a provocar adicción y pueden llegar hasta provocar sobredosis en los pacientes que los ingieren en exceso. En pocas semanas, el cuerpo humano desarrolla tolerancia a la droga, por lo que se empieza a necesitar de más dosis de este medicamento para poder bloquear los receptores del dolor.

La codeína se obtiene en su mayor parte de la morfina, y puede ingerirse o inyectarse. Como medicamento, se emplea extensamente en los jarabes y medicamentos para la tos, por lo que es accesible y relativamente económica.

En agosto de 2012, la Administración Federal de Drogas en los Estados Unidos emitió una alerta acerca de la muerte de pacientes menores de 6 años después de ingerir dosis estipuladas como normales de acetaminofén con codeína. Algunos pacientes son convertidores muy eficaces de la codeína en su forma activa, lo que resulta en niveles sanguíneos letales.

²⁰ Medline Plus. Artículo: analgésicos narcóticos. Consultado en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007489.htm>

3.3.1 Historia

La codeína proviene de la palabra griega *kodeia* que significa “cabeza de adormidera” puesto que se encuentra en la adormidera, la cual es una planta parecida a la amapola común, que puede llegar a crecer un metro y medio. Destacan sus flores blancas, violetas o fucsias. La adormidera es una planta que se ha cultivado y utilizado a lo largo de la historia humana para fines medicinales, cuyos componentes incluyen la morfina, la codeína y la papaverina.

Hasta comienzos del siglo 19, el opio en bruto se usó para varias preparaciones que eran populares en Inglaterra. Los avances progresivos de varios de los componentes abrió el camino para mejorar las fórmulas.

La morfina fue aislada en Alemania en 1804, y la codeína se aisló por primera vez en 1932 en Francia. La codeína es un analgésico opioide administrado por vía oral, por lo que es muy eficaz. Mientras la codeína se puede extraer directamente del opio, la mayoría se sintetiza a partir de la morfina.

3.3.2 Uso prolongado de Codeína

El uso prolongado de la codeína puede llevar a dependencia y a adicción a la misma, generando una serie de consecuencias sociales y físicas. Dado a que el cuerpo desarrolla tolerancia, se necesitan dosis más altas para obtener los mismos efectos, por lo que la persona empieza a invertir más tiempo y dinero en conseguir el medicamento, hasta llegar incluso a una obsesión.

3.3.3 Efectos

El uso excesivo de la codeína puede generar efectos como: fatiga, náuseas, confusión, sedación, delirio o depresión respiratoria.

Cuando una persona deja de utilizar el medicamento puede experimentar calambres en el estómago, agitación, sudoración, dolor muscular e irritación.

Al igual que la mayoría de los opiáceos, los efectos a largo plazo pueden variar, pero en su mayoría pueden incluir la disminución de la libido, la apatía y la pérdida de memoria, así como en algunos casos inflamación de la piel y erupciones cutáneas cuando la persona presenta alguna alergia al medicamento.

3.3.4 Sobredosis

La sobredosis con codeína ocurre cuando una persona ingiere de forma accidental o intencional una dosis mayor a la recomendada de este medicamento. Se le conoce también como sobredosis de metilmorfina y actúa con la codeína como elemento tóxico.

Algunos de los síntomas que se presentan cuando hay una sobredosis de codeína son los siguientes:

- Color azulado de uñas y labios
- Respiración superficial
- Respiración lenta y forzada
- Paro respiratorio
- Sudor frío
- Coma
- Estreñimiento
- Mareo
- Somnolencia

- Presión arterial baja
- Espasticidad muscular
- Espasmos musculares
- Náuseas y vómitos
- Pupilas puntiformes
- Convulsiones
- Prurito cutáneo
- Espasmos estomacales
- Pulso débil

La codeína generalmente se encuentra en combinación con otro tipo de sustancias como el paracetamol. Una persona con sobredosis de codeína puede presentar shock, daño cerebral y puede causar hasta la muerte.²¹

²¹ E-Centro. Artículo. Codeína. Consultado en http://centrodeartigo.com/articulos-de-todos-los-temas/article_34320.html

3.3.5 Medicamentos que contienen Codeína en la República de Guatemala:

Registro	Producto	Principio Activo	Titular	Pais de Origen	Forma Farmaceutica	Presentacion
Pf-23364	Coderpina ® 10 Mg Tabletas.	Codeina	Alfa Farmaceutica	Guatemala	Tabletas	Caja Con 200 Y 500 Tabletas En Blister PvcAl
Pf-30779	Coderpina L® Jarabe	Fosfato De Codeina, Sulfaguayacolato De Potasio	Alfa Farmaceutica	Guatemala	Jarabe	Caja Con Frasco Plastico con 60 Y 120 Ml.
Pf-51117	Coderpina Forte® 20 Mg Tabletas	Codeina	Alfa Farmaceutica	Guatemala	Tabletas	Frasco De Vidrio Ambar 30 Tabletas
Pf-24547	Dolviran® Tabletas.	Acido Acetilsalicilico, Cafeina, Codeina	Bayer S.A.	El Salvador	Tabletas	Caja Con 100 Tabletas Blister.
Pf-41651	Paracetamol Codeina Denk®100060 Mg Supositorios	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Denk Pharma GmbH & Co. Kg	Alemania	Supositorios	Caja Con 10 Supositorios
Pf-41442	Paracetamol Codeina Denk® 50030Mg Tabletas	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Denk Pharma GmbH & Co. Kg	Alemania	Tabletas	Caja Con 20 Tabletas En Blister Aluminiopvcblanco Opaco.
Pf-31273	Broncurol® Tabletas	Clorhidrato De Pseudoefedrina, Fosfato De Codeina, Maleato De Clorfeniramina	Bonin	Guatemala	Tabletas	Caja Dispensadora De Carton Con 500 Tabletas Blister
Pf-6893	Broncurol® Tabletas	Balsamo De Tolu, Codeina, Terpinol	Bonin	Guatemala	Tabletas	Caja Con 100 Tabletas Blister Y Dispensador Con 500 Tabletas Blister.
Pf-41254	Broncuro® Tabletas	Clorhidrato De Fenilefrina, Fosfato De Codeina, Maleato De Clorfeniramina	Bonin	Guatemala	Tabletas	Caja dispensadora con 500 Tabletas

22

²² Ministerio de Salud Pública. Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y afines. Guatemala, 2015. Consultado en <http://www.medicamentos.com.gt/index.php/consultas/registros-vigentes>.

Registro	Producto	Principio Activo	Titular	Pais de Origen	Forma Farmaceutica	Presentacion
Pf-42359	Trompou® Jarabe	Clorhidrato De Fenilefrina, Fosfato De Codeina, Guaifenesina, Maleato De Clorfeniramina, Paracetamol	Atlantis Farmaceutica Lac	Costa Rica	Jarabe	Caja Con Frasco Vidrio Ambar Con 120 Ml.
Pf-46878	Ainekod Plus® Tabletas Recubiertas	Diclofenaco Potasico, Fosfato De Codeina	Chemilco Internacional, S.A.Cheminter	Guatemala	Tabletas Recubiertas Simples	Caja Con 15, 20, 30 Y 50 Tabletas.
Pf-47633	Kodipront® Tabletas	Acetaminofen Micronizado, Fosfato De Codeina	Chemilco Internacional, S.A.Cheminter	Guatemala	Tabletas	Caja Con Blister Alualu Con 2, 5, 10, 15, 20, 30, 40, 50 Y 100 Tabletas.
Pf-24109	Dolviran N® Tabletas	Acido Acetilsalicilico, Cafeina, Codeina Fosfato Emiidrato	Bayer S.A.	El Salvador	Tabletas	Caja Con 100 Tabletas Blister
Pf-37627	Kraldol Forte® Tabletas Recubiertas Simples	Diclofenaco Potasico, Fosfato De Codeina	Donovan Werke A.G.,S.A.	Guatemala	Tabletas Recubiertas Simples	Caja Con 10, 14, 15, 16, 20, 25, 28, 30, 48, 50, 60, 80, 100, 120 Y 125 Tabletas
Pf-34285	Oxa Forte® Tabletas	Diclofenaco Potasico, Fosfato De Codeina	Panalab S.A.	Guatemala	Tabletas	Caja Con 10, 20, 30, 50 Y 100 Tabletas Blister Pvc-aluminio. Muestra Medica De 2 Tabletas.
Pf-36678	Oxa Forte® Tabletas	Diclofenaco Potasico, Fosfato De Codeina	Rodaco, S.A.	Guatemala	Tabletas	Estuches Con 10, 20, 30, 50 Y 100 Tabletas Blister
Pf-27028	Lertus Forte® Comprimidos Recubiertos	Diclofenaco Sodico, Fosfato De Codeina	Farmaceutica Paraguaya S.A.	Paraguay	Comprimido Recubierto Simple	Caja De Carton Con: 2, 10, 20, 30 Y 60 Comprimidos
Pf-28876	Gammatos® Antitusivo Jarabe	Bromfeniramina, Codeina, Fenilefrina, Guaifenesina	Gamma Laboratories S.A. De C.V.	El Salvador	Jarabe	Caja Con Frasco Con 50 Ml Mm Y 120 Ml.

23

Registro	Producto	Principio Activo	Titular	Pais de Origen	Forma Farmaceutica	Presentacion
Pf-31645	Actifed® Antitusivo Jarabe	Clorhidrato De Pseudoefedrina, Clorhidrato De Triprolidina, Codeina Fosfato Emiidrato	Glaxo Wellcome Gmbh & Co.	Alemania	Jarabe	Caja Carton Con Frasco Vidrio Con 100 Ml Prospecto
Pf-40928	Acetaminofen Fosfato De Codeina® Global Farma 500:30 Mg Tabletas	Codeina Fosfato Hemidrato, Paracetamol	Global Farma	Guatemala	Tabletas	Caja con de 10, 20, 30, 50,100 Y 1000 Tabletas
Pf-34465	Codebronc® Capsulas	Feniltoloxamina, Fosfato De Codeina	Inprofar	Guatemala	Capsulas	Cajas Por 60 Y 20 Capsulas
Pf-25313	Codebronc® Jarabe	Feniltoloxamina, Fosfato De Codeina	Inprofar	Guatemala	Jarabe	Frasco Pet, Con Tapa De Rosca De 120 Ml.
Pf-11650	Codenol Elixir®	Codeina, Paracetamol	Inprofar	Guatemala	Elixir	Caja Con Frasco Con 60 Ml
Pf-11651	Codenol® Capsulas	Codeina, Paracetamol	Inprofar	Guatemala	Capsulas	Caja Con 20 Y 100 Capsulas Tiras
Pf-41431	Codenol® Capsula	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Inprofar	Guatemala	Capsulas	Caja Con 20 Y 60 Capsulas En Tiras De Papel Impreso En Estuche.
Pf-43229	Codenol Elixir®	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Inprofar	Guatemala	Elixir	Frasco Pet Ambar Con Tapa De Rosca De 120 Y 60 Ml.
Pf-30649	Acetaminofen 325Mgfosfato De Codeina® 15Mg Global Farma Tableta	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Global Farma, S.A.	Guatemala	Tabletas	Caja Con 10, 20, 30 50, 60, 100 Y 1000 Tabletas Blister
Pf-19822	Tylex Cd® 50030 Mg Capsulas	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Janssencilag S.A. De C.V.	Mexico	Capsulas	Caja Con Frasco Polietileno De Alta Densidad Con 20 Y 30 Capsulas E Inserto

²³ Ibíd.

Registro	Producto	Principio Activo	Titular	Pais de Origen	Forma Farmaceutica	Presentacion
Pf-24666	Codetol Pm® Jarabe Infantil	Codeina, Extracto De Eucalipto, Extracto De Palto, Maleato De Clorfeniramina, Pseudoefedrina	Laboratorio Chile S.A.	Chile	Jarabe	Caja Con Frasco Con 120 Ml.
Pf-35293	Histaverin® 10 Mg5Ml Jarabe	Codeina Fosfato Emiidrato	Laboratorio Estedi S.L.	Espana	Jarabe	Caja Carton Con Frasco Ambar De 100 Ml
Pf-50689	Abl Deinasol® 60 Mgml Solucion Oral Gotas	Codeina Fosfato Hemidrato	Laboratorios Master Care S.A.	Chile	Solucion Oral	Frasco De Vidrio Tipo Iii Con 60 Ml De Solucion Jeringa Dosificadora.
Pf-27806	Acetaminofen Con Codeina Lacofa® Tabletas.	Codeina, Paracetamol	Laboratorios Compania Farmaceutica L.C.S.A.	Costa Rica	Tabletas	Caja De Carton Con 100 Tabletas Blister Pvcalu Por 10 Tabletas.
Pf-24521	Ibucoden® 300Mg20Mg. Tabletas Recubiertas.	Codeina, Ibuprofeno	Laboratorios Farma S.A.	Venezuela	Tabletas Recubiertas Simples	Caja Con 6,10,30,60 Y 100 Tabletas Blister.
Pf-43470	Oxa Forte® Comprimido Recubierto Simple	Diclofenaco Potasico, Fosfato De Codeina	Panalab	Republica Dominicana	Comprimido Recubierto Simple	Estuche Con 10, 20, 50 Y 100 Comprimidos
Pf-43914	Nirapel Forte® Comprimidos Recubiertos	Diclofenaco Potasico, Fosfato De Codeina	Roemmers De Centroamerica, S.A.	Republica Dominicana	Comprimido Recubierto	Caja Con 2 Mm, 1, 2, 4, 10, 20, 30, 50 Y 100 Comprimidos En Blister Alpvdcpvc
Pf-34227	Acetaminofen 500 Mg Codeina Fosfato 30 Mg Stein® Tabletas	Codeina, Paracetamol	Laboratorios Stein S.A.,	Costa Rica	Tabletas	Caja Con 20,100,500 Y 1000 Tabletas En Blister Alpvc Claro
Pf-31376	Diclofenaco Potasico 50 Mg Codeina 50 Mg Intercare® Tableta Recubiert	Codeina Fosfato Emiidrato, Diclofenaco	Intercare S.A.	Guatemala	Tabletas Recubiertas Simples	Caja De 20, 60, 100, 1000 Tabletas, M. M. Reducida Blister De 10 Tabletas.
Pf-18929	Acetaminofen Codeina Trinomed® Tabletas	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Escriba Martinez	Guatemala	Tabletas	Caja Con 100 Y 1000 Tabletas

Registro	Producto	Principio Activo	Titular	Pais de Origen	Forma Farmaceutica	Presentacion
Pf-24992	Acetaminofen Fosfato De Dodeina Global Farma®	Codeina, Paracetamol	Global Farma, S.A.	Guatemala	Tabletas	Caja Con 10, 20, 30, 50, 100 Y 1000 Tabletas Blister
Pf-2109	Rinofed® Antitusivo Jarabe	Clorhidrato De Pseudoefedrina, Codeina, Maleato De Clorfenamina	Laprin S.A.	Guatemala	Jarabe	Caja Con Frasco Vidrio Ambar Con 30, 50, 60, 100 Y 120 Ml. Caja Con Frasco Pet Ambar Con 30, 50, 60, 100 Y 120 Ml.
Pf-2905	Cetamin Cc® Comprimidos	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Laprin, S.A.	Guatemala	Comprimido	Caja Con 10, 20, 30, 50, 100, 500, 1000, 2000 Y 3000 Comprimidos
Pf-42317	Rinofed® Antitusivo Nf Jarabe	Clorhidrato De Fenilefrina, Fosfato De Codeina, Maleato De Clorfeniramina	Laprin, S.A.	Guatemala	Jarabe	Caja Con Frasco con 15 Y 30 Mm, 50, 60, 100 Y 120 Ml.
Pf-17326	Codipront N® 11 Mg5 Ml Jarabe	Codeina, Feniltoloxamina	Mack	Alemania	Jarabe	Caja Con Frasco Ambar Con 90Ml.
Pf-828	Codipront® Capsulas	Codeina, Feniltoloxamina	Mack	Alemania	Capsulas	Caja Con 10 Capsulas Blister.
Pf-977	Codipront® Jarabe	Codeina, Feniltoloxamina	Mack	Alemania	Jarabe	Caja Con Frasco Ambar Con 90Ml.
Pf-35364	Codeinaacetaminofen Mallinckrodt®, 30300 Mg Tabletas	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Mallinckrodt Inc.	Estados Unidos De America	Tabletas	Frasco De 100 Taletas, Caja De 100 Tabletas En Blister Pack
Pf-21088	Voltaren Forte® Comprimidos Recubiertos	Diclofenaco Sodico, Fosfato De Codeina	Novartis Biociencias, S.A.	Brasil	Comprimido Recubierto Simple	Caja Con 10 Y 20 Comprimidos En Blister Aluminiovpc
Pf-26463	Codipront N Retard® 26.4 Mgml. Suspension Oral.	Codeina	Pfizer Manufacturing Deutschland Gmbh	Alemania	Suspension Oral	Caja Con 1 Frasco Vidrio Ambar Con 14 Ml.
Pf-26480	Codipront Ex® Capsulas.	Codeina, Feniltoloxamina, Guaifenesina	Tecnadina	Ecuador	Capsulas	Caja Con 10 Capulas Blister.

Registro	Producto	Principio Activo	Titular	Pais de Origen	Forma Farmaceutica	Presentacion
Pf-26479	Codipront Ex® Suspension Oral.	Codeina, Feniltoloxamina	Tecnadina	Ecuador	Suspension Oral	Caja Con 1 Frasco Vidrio Ambar Con 60 Ml.
Pf-14797	Eferalgan Codeina® Comprimidos Efervescentes	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Alfredo Garcia	Francia	Tabletas Efervescentes	Caja Carton Con Frasco Plastico Con 16 Comprimidos Inserto.
Pf-39083	Synron® Comprimidos	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Vizcaino S.A.	Guatemala	Comprimido	Caja Con 2, 10, 20, 30, 50, 100 Y 1000 Comprimidos Blister Pvdaluminio.
Pf-39103	Acetaminofen 500 Mg Fosfato De Codeina Vizcaino® De 30 Mg Comprimidos	Fosfato De Codeina, Paracetamol	Vizcaino S.A.	Guatemala	Comprimido	Caja Con 2, 10, 20, 30, 50, 100 Y 1000 Comprimidos Blister Pvcpcristalaluminio.

24

CAPÍTULO IV - Desomorfina

La desomorfina, también conocida como dihidrodesoximorfina o como su antiguo nombre comercial Pernoid® es una droga de reciente proliferación, la cual tiene efectos sedantes y analgésicos y es entre 8 y 10 veces más potente que la morfina. Tiene su origen en 1932 en los Estados Unidos pero su utilización comercial se dio en Suiza bajo el mismo nombre, siendo descrita como una droga de rápida actuación y sus efectos de corta duración.

Actualmente, la desomorfina o “krokodil” se utiliza como una droga alternativa a la heroína, ya que sus precursores son relativamente fáciles de conseguir, por ejemplo las tabletas de codeína pueden comprarse sin prescripción; su síntesis resulta sencilla

²⁴ Ibíd.

y gracias a esto, una dosis de krokodil cuesta entre tres y cinco veces menos que una dosis de heroína.

En el informe sobre las drogas de la Organización Mundial de la Salud del año 2012, se informa sobre el “krokodil” como una nueva sustancia psicoactiva, y lo define como un preparado bruto a base de desomorfina, fabricado a partir de la codeína con sustancias químicas ampliamente disponibles como el ácido clorhídrico, yodo y fosforo rojo.²⁵

4.1 Antecedentes históricos

En años recientes, la desomorfina resurgió y se convirtió en tema de las noticias en Rusia en el año 2010 dado a que empezó a notarse un incremento en la producción clandestina de esta droga, lo que causó también un incremento en el uso de la misma, dado a que es sintetizada de forma sencilla a partir de la codeína.

Durante este resurgimiento, la droga empezó a ser llamada clandestinamente en Rusia como “krokodil” o “cocodrilo”. El nombre se debe al aspecto escamoso en la piel que produce muchas veces.

Originalmente, se detectaron los abusos de la desomorfina en Siberia Central y del Este a mediados del año 2002, y desde ese año hasta el 2010 se extendió por toda Rusia y los lugares aledaños. A finales del año 2011 se encontraron indicios de la droga “krokodil” en Alemania y a inicios del año 2013 se encontraron rastros de esta droga en Argentina y partes de Latinoamérica.

En diciembre del año 2013, la revista estadounidense Time publicó un documental sobre esta droga, a cargo del foto periodista Emanuele Satolli, en el cual se escuchan frases como “Primero que todo, tu memoria desaparece al instante. Tus

²⁵ La red 21. Artículo: Krokodil, la terrorífica droga que amenaza con convertirse en epidemia mundial. Consultado en: <http://www.lr21.com.uy/salud/1147475-krokodil-terrorifica-droga-amenaza-epidemia-mundial>

dientes se caen y el hígado te duele” y “Esto es más que una droga para mí; es un estilo de vida”.²⁶

Uno de los protagonistas de este documental explica que mientras más se usa la droga, se logra una mayor tolerancia al dolor, y que se llega hasta perder el miedo a la muerte.

Este documental llamado “Dentro de una cocina de krokodil” muestra como las personas adictas a esta droga preparan y consumen dicha sustancia y los efectos que esta tiene en las personas.²⁷

4.2 Características

De acuerdo con la U.S. National Library of Medicine, biblioteca especializada en información de toxicología, salud, medicamentos y productos para el hogar, el krokodil es una mezcla de sustancias tóxicas y corrosivas en su mayoría: codeína, yodo, gasolina, ácido clorhídrico, líquido de encendedor y fósforo.

La droga puede ser fácilmente elaborada a partir de medicamentos que contengan codeína tales como algunos jarabes para la tos o tabletas, yodo y fósforo rojo, en un proceso que resulta similar a la síntesis de metanfetamina a partir de la pseudoefedrina, sin embargo la desomorfinina sintetizada de esta forma es altamente impura y se encuentra contaminada con varios subproductos orgánicos tóxicos y corrosivos.²⁸

²⁶ Satolli, Emanuele. Time Magazine. *The World's Deathliest Drug: Inside a Krokodile Cookhouse*. Estados Unidos, 2013. Consultado en <http://time.com/3398086/#1>.

²⁷ Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y Delito. “Informe Mundial Sobre las Drogas”. España, 2014. Pp. 34

²⁸ Savchuk, S. A.; Barsegyan, S. S.; Barsegyan, I. B.; Kolesov, G. M. *Chromatographic study of expert and biological samples containing desomorphine*. Journal of Analytical Chemistry. Pp 63.

4.3 Efectos

Dado a que la mezcla de esta droga se inyecta de forma periódica sin ningún proceso de purificación, la desomorfina ha ganado una gran parte de la responsabilidad de daños altamente severos en los tejidos, flebitis y hasta gangrena, provocando en muchos casos la amputación de miembros que han utilizado la droga por larga duración. El grado de daños en los tejidos de las personas adictas es tan grande, que la expectativa de vida de estas personas es entre dos y tres años.

Cuando la droga es utilizada en exceso, la piel se empieza a poner gris y áspera, y posteriormente empieza a desprenderse dejando los huesos al descubierto. Ya en Rusia existen casos en donde se han tenido que hacer amputaciones de miembros, dado a la seriedad de las heridas causadas por esta droga.²⁹

Algunos de los efectos de esta droga son los siguientes:

4.3.1 Daños localizados:

- Trombosis y hemorragias.
- Grandes úlceras en la piel, flebitis y gangrena en la zona donde se inyectó la droga.
- Infecciones de la piel que llegan hasta los huesos.
- Pérdida de miembros, como dedos, piernas, brazos.
- Desprendimiento de la piel en zonas de tejido muerto.
- Ulceración de las venas, lo que provoca que éstas sean removidas incluso con músculo y tejidos

²⁹ Teinteresa.es. Sección Mundo. *La heroína caníbal o desomorfina, la nueva droga que pudre la piel*. México, 2015. Consultada en http://www.teinteresa.es/mundo/heroína-canibal-nueva-droga-pudre_0_1169283290.html

4.3.2 Daños sistémicos:

- Neumonía
- Septicemia
- Estallamiento de las arterias
- Meningitis
- Pérdida de dientes
- Infección de los huesos, incluyendo los faciales
- Úlceras en la cabeza y cara
- Gangrena en varias partes del cuerpo
- Estallamiento de oídos, nariz y labios.
- Fallo renal y hepático

4.3.3 Daños neurológicos:

- Problemas al hablar
- Problemas con la coordinación motora
- Fallos en la concentración y memoria
- Cambios de personalidad

Una de las personas adictas a esta droga, explica en el documental hecho por Time que le es muy difícil encontrar trabajo, puesto que no puede conseguir un trabajo que requiera esfuerzo físico por el dolor y por la fatiga causada por la droga y que en un trabajo donde se requiera esfuerzo mental le es muy difícil concentrarse. La dependencia a la droga es total, no se puede dejar de consumir, explica.³⁰

Dicha persona también relata en el documental que todas las personas con las que empezó a consumir la droga han muerto, que ella ha podido sobrevivir dado a que ha encontrado la forma de preparar la droga sin tantas impurezas, y que por eso se dedica ahora a fabricar y distribuir la droga, para poder subsistir.

³⁰ Satolli, Emanuele. Time Magazine. The World's Deathliest Drug: Inside a Krokodile Cookhouse. Estados Unidos, 2013. Consultado en <http://time.com/3398086/#1>.

4.4 Expansión y popularidad

Su expansión y popularidad se debe mayormente a dos razones: a la facilidad de producción y fabricación de esta droga y porque se utiliza mayormente como una sustancia alternativa a la heroína, puesto que resulta mucho más barata para el consumidor, y porque las tabletas de codeína pueden conseguirse aún sin prescripción.

La droga puede encontrarse a precios hasta 20 veces más bajos que la heroína.

El origen de su expansión se debe a la baja producción de opio en Afganistán, razón que provocó una escasez de heroína en Rusia, lo que a su vez provocó buscar alternativas entre los adictos, quienes recurrieron a la desomorfina.

Para el año 2011, la agencia anti narcóticos rusa había confiscado cerca de 65 millones de dosis de “krokodil” sólo en ese país, y se estima que el total de adictos a la droga en ese país alcanzaba el millón de personas. La principal razón por la cual esta droga está en potencia a convertirse en ser consumida a nivel mundial es por su elaboración tan sencilla y económica, puesto que es a base de codeína y otra sustancia de fácil acceso. El principal problema es que la codeína es una sustancia que puede conseguirse sin necesidad de una prescripción médica, y se puede encontrar en muchos medicamentos que son altamente comerciales, como los jarabes para la tos.

Desde el año 2013, las autoridades rusas empezaron a prohibir la libre comercialización de los medicamentos que contengan codeína, para empezar a controlar la proliferación de esta droga. Aunque la heroína sigue siendo el principal opioide consumido en Europa, empiezan a haber informes de opioides sintéticos que empiezan a ser consumidos en algunos países como Estonia o Finlandia.

El día 4 de octubre del año 2014, el Rumbo Nuevo de México publicó una noticia de un decomiso de un cargamento de “krokodil” proveniente de Guatemala con rumbo a Estados Unidos. El cargamento era de tres kilos y 500 gramos de dicha droga. Esta

noticia pone en alerta a las autoridades por la confirmación de que esta droga empieza a circular en Centro América y en la frontera de México con Estados Unidos, lugar de alto impacto para la comercialización de este tipo de drogas de bajo costo de fabricación y de precio bajo para la compra y consumo.³¹

CAPÍTULO V - Prevención del uso y abuso de la Desomorfina en la población guatemalteca.

El concepto de prevención en el campo de las drogo dependencias hace referencia a toda medida o actuación que tiende a reducir o evitar el consumo excesivo de una determinada sustancia y los problemas derivados de su uso.

Se distinguen tres niveles de actuación ante un fenómeno, dependiendo la etapa en la que se encuentre:

La prevención primaria, es la que se realiza antes que se produzca la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma.

La prevención secundaria, son intervenciones realizadas después de que se ha identificado la presencia de los primeros estados de la enfermedad.

La prevención terciaria, son acciones dirigidas a detener la propagación y evolución de la enfermedad.³²

Desde cualquier perspectiva teórica, se ha considerado la prevención primaria como la más deseable, ya que tiene como objetivo retrasar o evitar el inicio en el consumo cuando este todavía no se ha establecido. Este tipo de prevención es la que se propone realizar en la población guatemalteca en la presente investigación.

³¹ *Ibíd.* Pág. 45

³² García Moreno, María del Rosario (Junio 2003). Tesis: Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. España, Pág. 257.

Después de varias décadas de investigación, se han planteado los siguientes principios básicos en los que deben basarse los programas de prevención de drogo dependencias:

- a. Deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
- b. Deben contener exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
- c. Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo ser considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

El campo de la prevención de drogo dependencias se ha centrado en la elaboración, desarrollo e implementación de programas específicos que, desde distintas perspectivas y postulados teóricos, pretenden la reducción y prevención del consumo de drogas. Así mismo, estos enfoques se han llevado a cabo en distintos ámbitos o áreas de aplicación. En el siguiente apartado se analizarán las características de estos enfoques.

5.1 Enfoques Tradicionales

Tradicionalmente, los programas de prevención de abuso de drogas se han basado en una educación informativa centrada en presentar los peligros y riesgos asociadas al abuso y uso de estas sustancias. Así mismo se ha llevado a cabo una educación afectiva, buscando reforzar la autoestima, de fomentar la toma de decisiones responsables y el enriquecimiento personal y social. Por último, se han desarrollado intervenciones dirigidas a enseñar actividades alternativas al uso de drogas que puedan reportar las mismas consecuencias gratificantes que aporta el consumo de drogas.³³

³³ *Ibíd.* Pp. 259.

El análisis de los resultados de estos programas ha mostrado que son raros los casos que tienen un verdadero impacto sobre la conducta del consumo, y que de hecho los resultados pueden ser contrarios a los deseados, debido a la curiosidad que despiertan los placenteros efectos de las drogas, especialmente en la población más joven, ya que los adolescentes suelen revelarse contra todos aquellos comportamientos y actitudes de los mayores. Así se puede concluir que la aplicación de programas basados exclusivamente en el aumento de los conocimientos sobre las drogas es ineficaz.

5.2 Enfoques Psicosociales

Son más complejos que los tradicionales y dirigen sus actuaciones a los factores psicológicos y sociales que median en el uso de las drogas. Sus estrategias van encaminadas al entrenamiento de las habilidades de afrontamiento con el fin de poder resistir a las influencias y presiones sociales hacia el uso de drogas. Dentro de este enfoque se distinguen dos tipos de problemas: aquellos que tienen como objetivo el fomento de habilidades de afrontamiento específicas para el consumo y aquellos que llevan a cabo un entrenamiento en habilidades generales de manejo cotidiano.

Los enfoques psicosociales tienen una serie de diferencias con respecto a los tradicionales: primero, se basan en una comprensión más amplia y completa de las causas del abuso de sustancias. Segundo, se sustentan en teorías reconocidas sobre la conducta humana. Tercero, utilizan técnicas cuya eficacia ha sido probada empíricamente. Cuarto, los estudios de evaluación muestran un mayor rigor metodológico y se utilizan diseños de investigación más útiles. Por todo ello, este tipo de enfoque supone un gran avance hacia una prevención eficaz al superar muchos de los condicionantes de los planteamientos anteriores.³⁴

³⁴ *Ibíd.* Pp. 261.

5.3 Enfoques dirigidos desde los medios de comunicación

Para estos programas, se utiliza el gran alcance y la influencia que tienen todos los medios de comunicación para desarrollar actitudes, creencias y conductas en la población. Para esto se utilizan campañas publicitarias y diferentes anuncios y mensajes. En estos podemos mencionar anuncios de televisión, anuncios en prensa o revistas, películas y anuncios en radio. Es importante mencionar la restricción que existe ahora para anuncios y mensajes publicitarios. Aun así, los jóvenes y adolescentes siguen expuestos a gran cantidad de publicidad y anuncios en los que se promueve el uso de drogas comercializadas, alcohol y tabaco.

En los últimos años se han empezado a notar en diferentes medios campañas que promueven la prevención del consumo de sustancias dañinas.

Los resultados de estos programas no son constantes y son muchas veces contradictorios, puesto que algunos estudios revelan que al dar a conocer más sobre las drogas, ayuda al conocimiento de las mismas así como sus consecuencias, lo que puede llegar a producir cambios en las conductas o a la abstención del consumo, pero algunos otros estudios revelan que estas campañas son muchas veces inefectivas y que incluso pueden llegar a despertar la curiosidad en las personas del consumo de las sustancias. Otro de los problemas es que la publicidad no está dirigida al público objetivo, por lo que el mensaje no llega a quien se quiere llegar. Se proponen ciertos cambios en estos programas para mejorar su efectividad, como por ejemplo: Enfocarlos a eventos o celebraciones específicas, enfocarse en el cambio de conducta positivo, no tanto en las consecuencias, mencionar las posibles recompensas obtenidas con el cambio de conducta, establecer centros de atención para dar seguimiento, mejorar el marketing de las campañas, incluir temas de relevancia para el público objetivo.

5.4 Enfoques comunitarios:

Es importante considerar que el problema de la adicción a sustancias es progresivo; es útil enfocarse en cada una de las etapas y tratarlas de forma individual. Si además se considera que existen muchas causas y factores que afectan a las personas para llevarlas al consumo sostenido de sustancias, se determina que una forma de atacar el problema es seccionarlo y adaptar el programa según cada causa.³⁵

Este enfoque se basa en crear redes de apoyo social y cambiar el entorno social. Se puede llevar a cabo a través de mediadores o agentes sociales que se encuentren cercanos a las personas objetivo, entre los cuales se pueden mencionar: padres, educadores, personal sanitario, trabajadores o líderes sociales.

Es importante tomar en cuenta las barreras que se encuentran para tener un programa comunitario efectivo. Cuando se tienen muchos agentes involucrados, se hace más difícil la formación de los mismos así como la medición del progreso y de los resultados. La forma específica y peculiar en la que cada comunidad funciona y la forma de adaptarse a estos programas también representa un desafío, puesto que los hace ser a su vez programas individuales y difíciles de compararse o medirse unos con otros. Otra de las posibles dificultades, es que cada persona involucrada puede variar el programa, afectando así los resultados esperados.³⁶

5.7 Propuesta de campaña de información y prevención de la droga “krokodil”

Dado a que la drogadicción es un problema que afecta en varios aspectos: seguridad, salud y social, es necesario desarrollar una campaña de prevención que ayude a informar a las personas sobre la droga “krokodil”, y las consecuencias que puede provocar su abuso.

³⁵ *Ibíd.* Pp. 262.

³⁶ *Ibíd.* Pp. 264.

Es importante considerar que una correcta campaña informativa puede ayudar a prevenir el uso de esta sustancia y que empiece a ser común su consumo. La incidencia en el uso temprano de las drogas y la delincuencia que éstas provocan puede reducirse a través de propagar información clara y apropiada que permita a la gente conocer de dónde proviene esta droga, cuáles son sus efectos y sus consecuencias.

Para lograr un resultado positivo con esta campaña de información y prevención, tenemos que enfocarla a todos los círculos que se ven afectados por el posible uso de esta sustancia.

Los sectores que serían incluidos en esta campaña de información serían los siguientes:

Salud: Los centros de salud, clínicas y hospitales tienen que recibir una capacitación sobre el uso de esta droga y los daños que provocan para proporcionar un tratamiento que sea apropiado y que suministre a los pacientes una solución a los problemas de salud que puedan tener por el uso de esta droga.

Seguridad: Las autoridades de salud deben estar al tanto de la posible introducción de esta nueva sustancia, así como de su procedencia y las posibles formas de propagación o distribución. Conocer los círculos sociales en los que esta droga puede ser introducida y consumida permitirá a las autoridades de seguridad planificar mejor para su erradicación.

Educación: Es importante empezar a educar sobre esta droga. Mientras más se conozca sobre los daños destructivos que tiene esta sustancia, más fácil será hacer consciencia en los jóvenes y adolescentes de las diferentes consecuencias que puede tener la adicción a esta sustancia ilegal.

Población en general: Es necesario crear consciencia en toda la población los daños potenciales que puede tener el consumo de esta droga, los efectos que ha tenido en otras sociedades (muchas poblaciones rurales en Rusia y en los países de la ex Unión Soviética) y cómo tenemos que estar todos alertas.³⁷

La campaña será específica para cada uno de estos sectores, enfocada a las áreas de interés de cada uno de ellos, dando información clara y concisa acerca del impacto que puede tener esta nueva droga dentro de la sociedad guatemalteca.

5.7.1 Objetivos

Los objetivos para la campaña de información y prevención son los siguientes:

- Proporcionar a los adolescentes las habilidades necesarias para enfrentarse a las presiones sociales que los incitan al consumo de drogas.
- Proporcionar la información necesaria de los ingredientes, la preparación y la salubridad de los medios de producción de esta droga para tener una mejor perspectiva de los daños que pueden causar en una persona, así como los tratamientos necesarios para restablecer la salud en las personas afectadas.
- Informar a las autoridades sobre los orígenes de esta droga, y cómo por su bajo costo de producción representa una amenaza para las áreas marginales de nuestro país.
- Proporcionar información a la población con reportajes, documentos de prensa, boletines informativos con toda la información acerca de esta droga, su identificación y efectos.

³⁷ Ibíd. Pág. 257

- Crear mesas de discusión entre las instituciones y organizaciones responsables acerca de cómo prevenir el consumo de esta y otras drogas desde un punto de vista de salud y social, no solamente como un problema de seguridad.

5.7.2 Medios para realizar la campaña de información y prevención

Fondos económicos para la campaña:

Existen tres posibilidades para obtener los fondos económicos para la realización de la campaña de información y prevención:

- Fondos de estado: Concretar políticas de prevención con las entidades responsables para poder destinar una cantidad del presupuesto para subvencionar la campaña. Las instituciones involucradas serían: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Economía, Ministerio de Gobernación y el Gobierno Central (para la campaña dirigida a la población). Y el Ministerio de Educación.
- Organizaciones no gubernamentales: Concretar políticas con organizaciones no gubernamentales que busquen la prevención del consumo de drogas o que promuevan un mejor tipo de vida, libre de consumo de sustancias y de violencia.
- Gobiernos del extranjero: Se puede considerar también la opción de solicitar los fondos a gobiernos del extranjero que están invirtiendo en la prevención de las drogas o en la erradicación del narcotráfico, como es el caso del Gobierno de los Estados Unidos.
- Medios de comunicación: Involucrar a los medios de comunicación masiva: televisión, radio y prensa para que destinaran espacios en sus medios para la comunicación de información sobre esta nueva droga.

- Prensa: Realizar reportajes especiales sobre el surgimiento de esta droga, la forma de producción y de distribución y los diversos daños que causa ésta.
- Radio: Realizar pequeños reportajes que entrevisten a médicos, autoridades de seguridad y educadores para poder tener varios puntos de vista acerca de la prevención y los riesgos que conllevan que esta nueva droga sea introducida a nuestro país.
- Televisión: Realizar reportajes en los principales noticieros, en donde de la misma forma se pueda exponer toda la información para que la población los pueda conocer. Proponer que se haga un documental en donde se trate más a profundidad el tema, y donde se puedan involucrar a todas las partes responsables, para poder crear una propuesta real de prevención y como ponerla en práctica

5.7.3 Capacitación para personal de salud:

Se buscará capacitar a un número específico de personal de cada uno de los principales centros de salud, clínicas privadas y hospitales. Se contactará a un grupo médico especializado del extranjero (en Rusia gran parte del equipo médico está enterado sobre esta droga y cómo tratarla), para que ellos puedan proporcionar la capacitación y recomendar el equipo o medicamento necesario para tratar a los pacientes que sufren del daño causado por esta sustancia.

A parte se buscará algún material informativo para colocar en las salas de espera y cafeterías de los hospitales y centros de salud, instando a las personas a asistir a algún centro de asistencia en caso de estar consumiendo esta droga o si conocen a alguien que la consuma.

Ejemplo de los afiches que se pueden colocar en los hospitales y centros de salud.



5.7.4 Capacitación a las autoridades de seguridad:

Es importante que las autoridades de seguridad conozcan sobre esta droga para poder reconocer los materiales y químicos para su elaboración, los riesgos y las consecuencias de la misma.

Se dará capacitación sobre los ingredientes y cómo pueden obtenerlos, así como en el proceso de producción y de distribución. Se tendrá que capacitar también en reconocer la droga y cómo es empacada para su distribución.

Las autoridades de seguridad determinarán a qué personas se capacitará y hasta qué niveles se llevará a cabo la misma, para que la información pueda ser distribuida a través de las diferentes dependencias de seguridad.

Es importante incluir en esta capacitación a personal de aduanas y de fronteras, puesto que son los puntos débiles para la distribución, así como a todas las dependencias que tengan secciones de combate al narcotráfico.

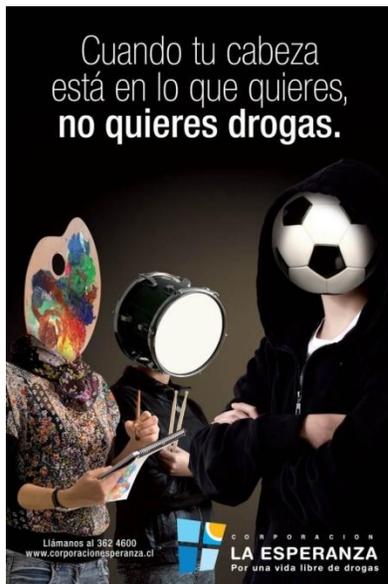
Para esto, se puede elaborar un manual en donde se explique de forma clara y concisa los efectos, daños y riesgos, así como todo el proceso de producción y distribución y también fotos de la droga y sus distintas formas de empaque para que sea fácil de reconocer.

5.7.4 Ejemplos de campañas preventivas:

Chile:³⁸



³⁸ Periódico Emol-Chile. Artículo: Gobierno presenta nueva campaña para prevenir el consumo de drogas en el país. Consultado en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/07/05/549200/hinzpeter-presenta-nueva-campana-para-prevenir-el-consumo-de-drogas-en-el-pais.html>

Perú:³⁹México:⁴⁰

³⁹ Universidad Tecnológica del Perú, AREQUIPA. Campaña de Prevención del Consumo de Drogas. Consultado en: <http://www.utpaqp.edu.pe/main/utpinforma/?p=7064>.

⁴⁰ Corporación La Esperanza. Departamento de Prevención de Drogas. Consultado en: <http://www.illac.com.mx/profiles/blogs/polvo-blanco-en-un-libro>

España.⁴¹



5.7.6 Centros de información:

Como seguimiento a la campaña de prevención, se recomienda establecer centros de información que sean accesibles a diferentes personas, según el objetivo de los mismos.

Se establecerían dos tipos de centros de información:

- Información general para toda la población
- Información específica para personas que han consumido o consumen drogas.

Centros de información general: El objetivo de estos centros es proporcionar información preventiva en diferentes puntos, los cuales hagan que la información esté al alcance de todas las personas posibles. Entre los lugares a considerar están:

- Centros Comerciales
- Universidades
- Centros deportivos

⁴¹ Portal de Noticias. Adicciones XXI. Plan Nacional sobre Drogas y el Movimiento por la Paz. Consultado en: <http://www.adiccionesxxi.info/2013/07/el-plan-nacional-sobre-drogas-y-el.html>

En dichos centros de información se proporcionará lo siguiente:

- Información general sobre las drogas
- Consecuencias y daños a la salud, a la familia y a la sociedad
- Como identificar y ayudar a personas que sufren de adicción a estas sustancias

Los materiales que se pueden utilizar son los siguientes:

- Folletos información
- Videos y documentales
- Bibliografía recomendada
- Material publicitario y promocional
- Afiches

Centros de información específica: Estos centros están dispersos por diferentes zonas, buscando enfocarse en las zonas sensibles. El objetivo de estos centros es contar con personal capacitado para ayudar a personas que sufren de dependencia a las drogas. Lo ideal sería contar con personal experto que pueda brindar consejería y ayuda psicológica.

Se apoyará a las personas drogo dependientes brindando información sobre las drogas que consumen y los daños que estas le provocan a sus cuerpos y a su comportamiento. Además se buscará brindar el acompañamiento para superar sus problemas de drogadicción a través de planes concretos y progresivos que los ayuden a dejar las drogas y poder continuar con una vida sana.

En Guatemala se cuenta con la Secretaría Ejecutiva Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas, con la que se podría trabajar en conjunto para la realización de estas campañas, y para que la población tenga acceso a la información de la droga en cuestión (desomorfina). La secretaría cuenta con un número para la realización de quejas o denuncias, o para información, se debe marcar 1514

para comunicarse. También cuentan con un centro de tratamiento ambulatorio, brindando atención gratuita, el número es 2504-6000 extensión 135.

5.8 Propuesta de modificación a la Ley Contra la Narcoactividad de la legislación guatemalteca

El delito de posesión para el consumo en la legislación guatemalteca, se encuentra tipificado en el artículo 39 de la Ley Contra la Narcoactividad, Decreto número 48-92 del Congreso de la República de Guatemala, la cual literalmente indica: *“Quien para su propio consumo adquiera o posea cualquiera de las drogas a las que se refiere esta ley, será sancionado con prisión de cuatro meses a dos años y multa de Q.200.00 a Q.10, 000.00. Se entiende que es para su propio consumo, cuando la droga incautada no exceda de la cantidad razonable para el consumo inmediato, siempre que de las demás circunstancias del hecho, surja la convicción de que la droga es para uso personal.”*⁴²

La prohibición de las drogas ha llevado a consecuencias desastrosas muy similares a las que sufrió el alcohol en los años veinte en Estados Unidos. Sin embargo, en vez de reconocer el fracaso de dicha política, la mayoría de los gobiernos alrededor del mundo se han empeñado en gastar más recursos y atender más contra las libertades de los ciudadanos que por detener el comercio ilegal de narcóticos.⁴³

Despenalizar las drogas eliminaría significativamente las terribles consecuencias que enfrentamos bajo el actual enfoque prohibicionista.

Es necesario que el Congreso de la República revise la legislación existente, ya que el Código Penal, Código Procesal Penal y Ley de Narcoactividad, deben de armonizar entre sí, por lo que necesitan ser modificadas, en especial la Ley Contra la Narcoactividad, a efecto de incluir nuevas figuras delictivas, así como la despenalización del delito de posesión de droga para el consumo. No parece lógico ni

⁴² Ley Contra la Narcoactividad de Guatemala Decreto 48-92 Guatemala

⁴³ Hidalgo, Juan Carlos. Proyecto sobre la Libertad Económica Global. Cato Institute. Consultado en <http://www.liberalismo.org/articulo/131/53/diez/razones/legalizar/drogas/>

apropiado que el Estado aplique su poder coercitivo para afrontar un problema de salud pública ciudadana, ya que las familias de los adictos ya tienen suficientes problemas y sufrimientos como para ingresarlo a la vía penal y aumentarlos. Al recluir a los jóvenes adictos a las prisiones de nuestro país, éstos pueden convertirse en verdaderos delincuentes, cuando anteriormente no lo eran.

Menjívar, en su tesis propone las siguientes soluciones:⁴⁴

- Que el Estado de Guatemala realice un llamado a todos los sectores para promover la cultura de drogas e informar acerca de la despenalización del delito de posesión para el consumo, por todos los medios de difusión.
- Ofrecer formación continua sobre cultura de drogas a toda la población promoviéndolas a través de un registro de personas pro consumo.
- Dejar en libertad a todos los condenados por consumo de drogas, y dejar de ser perseguidos por las autoridades por este delito.
- Que las autoridades elaboren un registro de consumidores de narcóticos, en el cual deberán inscribirse obligatoriamente, para controlar la adicción.
- Los narcóticos sólo podrán fabricarse y/o venderse en establecimientos autorizados y registrados por las autoridades, las cuales estarán facultadas para realizar inspecciones y auditorías de acuerdo con el reglamento correspondiente.
- Prohibir estrictamente la promoción de estas sustancias, por lo que no se permitirá su publicidad por cualquier medio de comunicación.
- Las personas que deseen adquirir narcóticos al menudeo para su consumo personal sólo podrán hacerlo en establecimientos debidamente autorizados, para lo que deberán presentar su identificación actualizada.
- Los encargados o administradores de los establecimientos de venta al menudeo deberán surtir a sus clientes una cantidad equivalente a tres dosis diarias.
- El cien por ciento de los impuestos generados por las ventas de narcóticos deberán destinarse a la creación y operación de centros de rehabilitación y

⁴⁴ Menjívar, Jorge Arnoldo (Abril 2012). Tesis: La no Penalización del delito de posesión para el consumo en la legislación guatemalteca. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Guatemala, Pág. 125.

desintoxicación, oficinas de monitoreo de ventas, auditorías a productores y vendedores, y para el financiamiento de campañas de prevención.

Todas las propuestas anteriores son totalmente pertinentes a mi parecer, y al realizar la reforma en la legislación se deberían de tipificar en la misma.

CAPITULO VI - Análisis, presentación y discusión de resultados

6.1. Investigación de Campo:

Según el estudio realizado en el año 2007 por la Secretaría Ejecutiva, Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística (INE), relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas en hogares. Derivado del mismo se presentaron las siguientes estadísticas del consumo de drogas ilícitas en el país de Guatemala:⁴⁵

⁴⁵ Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias adictivas. Guatemala, diciembre 2007. Págs. 31.

Tabla No. 1

Título: Prevalencia de uso de drogas ilícitas e inhalables

TIPO DE DROGA	PREVALENCIA DE VIDA (%)	PREVALENCIA DE AÑO (%)	PREVALENCIA DE MES (%)
Alguna droga ilícita	3.16	0.33	0.10
Marihuana	2.68	0.12	0.05
Solventes o inhalables	0.86	0.05	0.03
Cocaína	0.79	0.13	0.02
Crack	0.79	0.00	0.00
Pasta de coca	0.27	0.08	0.00
Alucinógenos	0.21	0.00	0.00
Hashis	0.20	0.00	0.00
Heroína	0.07	0.04	0.00
Otras drogas	0.07	0.00	0.00
Éxtasis	0.05	0.00	0.00
Morfina	0.03	0.00	0.00
Opio	0.01	0.00	0.00

46

En la tabla No. 1 se presenta el consumo de drogas ilegales, se incluyen los inhalables en este apartado por el uso indebido que se les da. Se observa que la mayoría de los consumos reportados son bastante bajos. El consumo de alguna droga ilícita al menos una vez en la vida, es el más representativo, seguido de la marihuana, los inhalables, cocaína y crack. Los demás porcentajes tienden a disminuir. Para el caso del consumo reciente y consumo actual, los porcentajes son mínimos o nulos.

⁴⁶ Ibíd. Pp. 31

Tabla No. 2

Título: Prevalencia de uso de alguna droga ilícita de acuerdo al sexo de las personas

DISTRIBUCIÓN POR SEXO (%)			
	Prevalencia de vida	Prevalencia de año	Prevalencia de mes
Hombres	6.56	0.77	0.24
Mujeres	0.75	0.03	0.00
Total	3.16	0.33	0.10

47

En la distribución por sexo, observamos que el consumo más elevado lo presentan los hombres, y existe una relación de 1 a 6 con las mujeres, El consumo reciente es muy bajo para ambos sexos y el consumo actual es casi nulo.

Tabla No.3

Título: Prevalencia de uso de alguna droga ilícita según el grupo de edad de las personas

DISTRIBUCIÓN POR EDAD (%)			
	Prevalencia de vida	Prevalencia de año	Prevalencia de mes
12-18	1.61	0.66	0.26
19-25	4.87	0.45	0.17
26-34	4.18	0.11	0.06
35-44	2.27	0.00	0.00
45-65	3.02	0.40	0.00
Total	3.16	0.33	0.10

48

Se aprecia en la tabla No. 3 una diferencia significativa entre el grupo de 12 a 18 años comparado con los de 19 a 25, en cuanto a la prevalencia de vida, pues, este grupo es el que reporta el porcentaje más alto (4.87%) de haber consumido alguna droga ilícita en la vida. No obstante ello, el grupo etéreo de menores de 18 años es el que más ha consumido actualmente. El grupo de 45 a 65 años de edad también

⁴⁷ Ibid. Pp. 32

⁴⁸ Ibid. Pp. 32

presenta una prevalencia de vida relevante, su consumo reciente es bajo como el de todos los grupos y no presente consumo actual.

Tabla No.4

Título: Prevalencia de uso de alguna droga ilícita según el grupo de edad y sexo de las personas

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO (%)		
	Hombres	Mujeres
	Prevalencia de año	Prevalencia de año
12-18	1.12	0.16
19-25	1.15	0.00
26-34	0.27	0.00
35-44	0.00	0.00
45-65	1.06	0.00
Total	0.77	0.03

Lo más significativo que se puede apreciar en la distribución por sexo y edad, es que consistentemente con la tabla anterior, el grupo de menores de 18 años de edad aparecen con mayor consumo reciente y con exclusividad es el grupo que consume actualmente alguna droga ilícita, aunque en pequeño porcentaje.⁴⁹

Tabla No.5

Título: Prevalencia de uso de alguna droga ilícita de acuerdo a los años de estudio de la personas

DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE ESTUDIO (%)			
	Prevalencia de vida	Prevalencia de año	Prevalencia de mes
Menos de 6 años	2.17	0.21	0.09
6 años	4.09	0.05	0.00
7 a 9 años	3.54	0.61	0.17
10 a 12 años	3.55	0.52	0.14
Más de 12 años	2.52	0.26	0.10
Total	3.16	0.33	0.10

⁴⁹ Ibíd. Pp. 33.

En la prevalencia por años de estudio, se presenta un aumento entre los que tienen menos de 6 años de estudio y los que tienen 6, luego mientras aumentan los años de estudio disminuye la prevalencia de vida. En el grupo que tiene 6 años de estudio la prevalencia de consumo disminuye de 0.05% (reciente) a ningún consumo actual. Además, en el consumo reciente y actual, mientras aumentan los años de estudios de los encuestados disminuyen los consumos.⁵⁰

Tabla No.6

Título: Prevalencia de uso de alguna droga ilícita de acuerdo a la situación conyugal de las personas

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CONYUGAL (%)			
	Prevalencia de vida	Prevalencia de año	Prevalencia de mes
Casado(a)	3.24	0.17	0.00
Separado(a)	0.84	0.00	0.00
Unido, Juntado	1.07	0.00	0.00
Divorciado(a)	0.53	0.00	0.00
Viudo(a)	6.21	0.35	0.35
Soltero	2.47	0.53	0.13
Total	3.16	0.33	0.10

El consumo de alguna droga ilícita de acuerdo al estado conyugal de las personas, revela una prevalencia de vida sumamente alta para las personas que dijeron ser viudos (as) (6.21%), seguido de los que manifestaron ser casados (as) (3.24%) y finalmente los solteros (as) (2.47%), los demás reflejan consumos bajos y no expresaron tener consumo actual y reciente. Los consumos reciente y actual no son significativos para las diferentes distribuciones. Las personas que dijeron tener el estatus de viudos (as), muestran un consumo reciente bajo el cual se mantiene en el consumo actual (0.35%). En el caso de los solteros (as), muestran un consumo reciente un tanto mayor que los viudos(as), pero el consumo reciente es mínimo.⁵¹

⁵⁰ Ibid. Pp. 34

⁵¹ Ibid. Pp. 35

Tabla No.7

Título: Prevalencia de uso de alguna droga ilícita según la situación ocupacional de las personas

DISTRIBUCIÓN POR SITUACIÓN OCUPACIONAL (%)			
	Prevalencia de vida	Prevalencia de año	Prevalencia de mes
Sólo Trabaja	4.67	0.43	0.07
Trabaja y Estudia	6.76	0.91	0.60
Esta desempleado(a)	5.39	1.78	0.00
No trabaja, es estudiante	0.82	0.27	0.18
Ama de casa	0.73	0.00	0.00
No trabaja (Jub. Pens. Rent)	3.78	0.00	0.00
No trabaja (otros, especificar)	8.26	0.00	0.00
Total	3.16	0.33	0.10

En esta tabla se observa que las prevalencias de vida son las únicas que muestran un porcentaje relativamente significativo, estando a la cabeza las personas que no trabajan (8.26%), las que no presentan consumo reciente ni actual, luego las personas que trabajan y estudian (6.76%), muy pocas de ellas dijeron haber consumido alguna droga ilícita recientemente y aún menos la consumen en la actualidad. No obstante, este grupo tiene la mayor cantidad de personas que consumen actualmente. Los que dijeron estar desempleados y los que únicamente trabajan siguen en el orden de importancia (5.39% y 4.67%), el primer grupo a pesar de ser el grupo que más consumo reciente aporta (1.78%), no presenta consumo en la actualidad. Los consumos actuales son casi nulos ya que no hay suficientes casos que reflejen el mismo.⁵²

Según el artículo publicado en Prensa Libre sobre Drogas Sintéticas, en marzo del presente año⁵³ la misma Secretaría Ejecutiva, Comisión Contra las Adicciones y el

⁵² Ibid. Pp. 37.

⁵³ Prensa Libre. Artículo: Drogas sintéticas cobran auge entre jóvenes desinformados. Consultado en: http://www.prensalibre.com/noticias/drogas-Guatemala-el_mundo-jovenes-marihuana-lsd-heroina-cocaina-anfetaminas-sales_de_bano-crosral-opio-sinteticas_0_1102689738.html.

Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) informa que realizó un estudio en el año 2013, el cual reveló que aunque el alcohol y el tabaco, que son drogas permitidas, son las favoritas, también aparece la marihuana, cuyo cultivo, procesamiento, venta y posesión están prohibidos.

En orden de preferencia siguen el crack o piedra, la cocaína y después los medicamentos neurológicos, que solo se deberían obtener por prescripción médica, sobre todo los antidepresivos y los sedantes.

El informe de SECCATID revela que el consumo de heroína se da en personas de buena posición económica, debido a su precio, y por tal razón no se ha generalizado su uso en estratos bajos.

Todo lo anterior fue investigado y analizado debido a que la heroína es la droga de abuso que es sustituida por la droga investigada en este trabajo (Desomorfina o “krokodil”).

Así también, se consultó en la Secretaría Ejecutiva, Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID) si existen casos registrados en nuestro país del uso y/o abuso de la droga Desomorfina o krokodil siendo la respuesta negativa, así como en el Centro de Información y Asesoría Toxicológica, CIAT, Departamento de Toxicología de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, USAC en donde la directora de la unidad, la Licenciada Carolina Guzmán indicó que aún no existen casos registrados del uso y/o abuso de la droga Desomorfina o krokodil que hayan sido consultados a este Centro en Guatemala.

6.1. Presentación de entrevistas, gráficas y discusión de resultados de la investigación e interpretación de los mismos

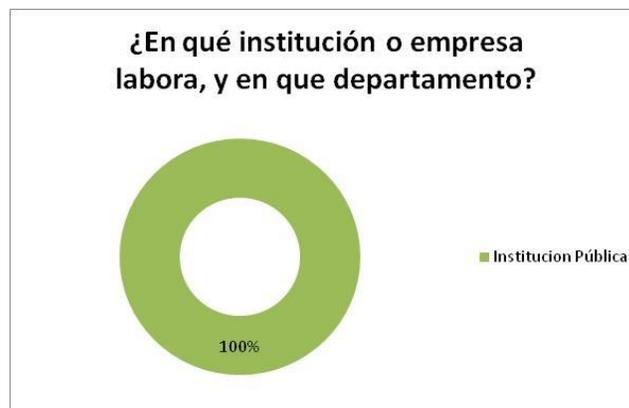
Se utilizó como método una muestra dirigida a profesionales que estuviesen dispuestos a colaborar, debido al tema controversial en cuestión, y a la escasa información que existe sobre la droga investigada en cuestión, ya que es una droga novedosa y la ignorancia de la existencia, o efectos y daños causados por la misma. Se utilizó como instrumento un cuestionario que contenía preguntas directas, este se dirigió a doce profesionales abogados y notarios, así como a nueve médicos y cirujanos, y a seis licenciados en psicología que se desempeñan en diversas áreas no directamente vinculadas con la drogadicción, y que pueden proporcionar sus conocimientos y punto de vista profesional sobre la materia:

1. Resultados de entrevistas a abogados:

Pregunta 1.1.: ¿En qué institución o empresa labora, y en qué departamento?

Resultado:

Gráfica 1: Pregunta 1.1.



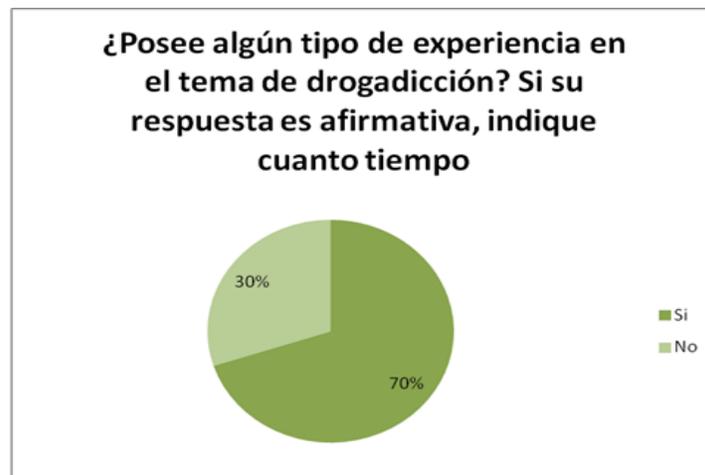
Referencia: Datos experimentales.

El 100% de los entrevistados laboran en instituciones públicas, siendo la más común el Ministerio Público.

Pregunta 1.2.: ¿Posee algún tipo de experiencia en el tema de drogadicción? Si su respuesta es afirmativa, indique cuanto tiempo

Resultado:

Gráfica 2: Pregunta 1.2.

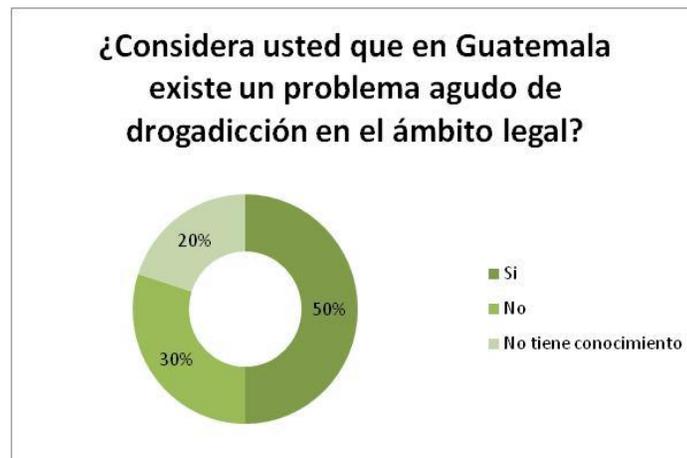


El 70% de los entrevistados si tiene experiencia en el tema de drogadicción, la mayoría laborando para fiscalías contra la narco actividad. La mayoría de ellos tiene experiencia entre 4 y 7 años en este tema.

Pregunta 1.3.: ¿Considera usted que en Guatemala existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito legal?

Resultado:

Gráfica 3: Pregunta 1.3.



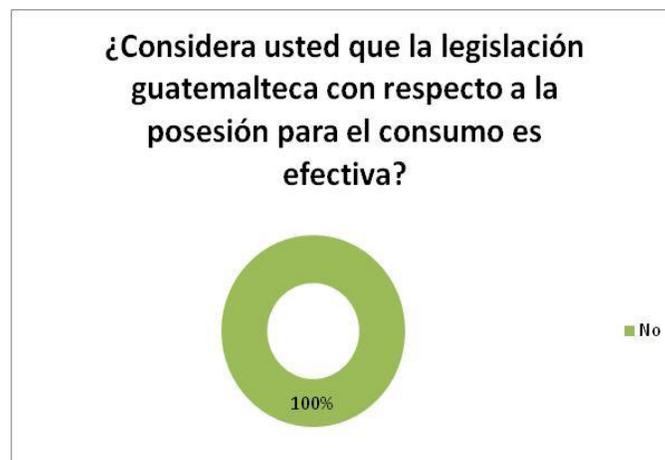
Referencia: Datos experimentales

El 50% de los entrevistados considera que si existe un problema agudo de drogadicción porque la ley es muy blanda o poco severa, el 30% considera que no existe un problema agudo de drogadicción en Guatemala en el ámbito legal y el 20% restante no tiene conocimiento sobre el tema.

Pregunta 1.4.: ¿Considera usted que la legislación guatemalteca con respecto a la posesión para el consumo es efectiva?

Resultado:

Gráfica 4: Pregunta 1.4.



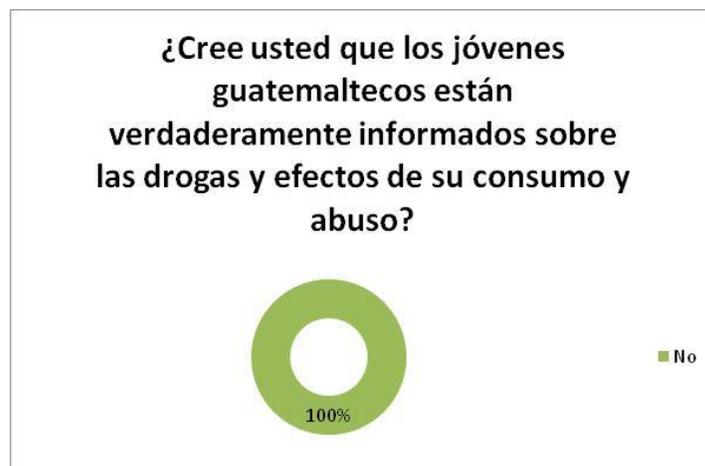
Referencia: Datos experimentales

El 100% de los entrevistados considera que la ley con respecto a la posesión para el consumo no es efectiva, concordando en que la ley debería estar más enfocada a la producción y distribución de las drogas, puesto que el consumidor es un problema más de salud pública que de seguridad.

Pregunta 1.5.: ¿Cree usted que los jóvenes guatemaltecos están verdaderamente informados sobre las drogas y efectos de su consumo y abuso?

Resultado:

Gráfica 5: Pregunta 1.5.



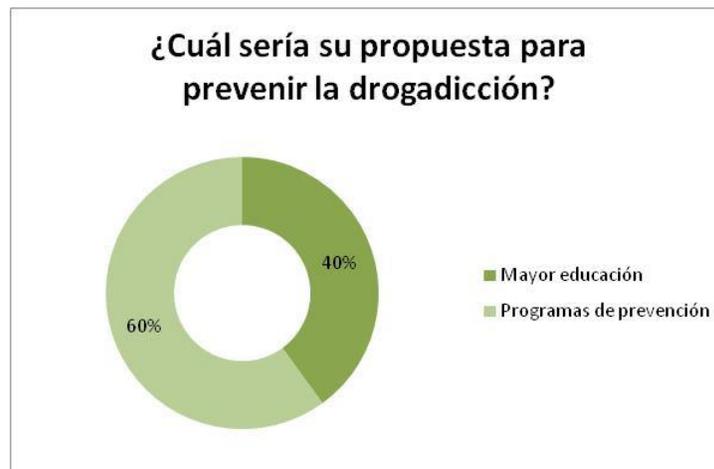
Referencia: Datos experimentales

El 100% de los entrevistados considera que los jóvenes no están verdaderamente informados sobre las drogas y sus efectos.

Pregunta 1.6.: ¿Cuál sería su propuesta para prevenir la drogadicción?

Resultado:

Gráfica 6: Pregunta 1.6.



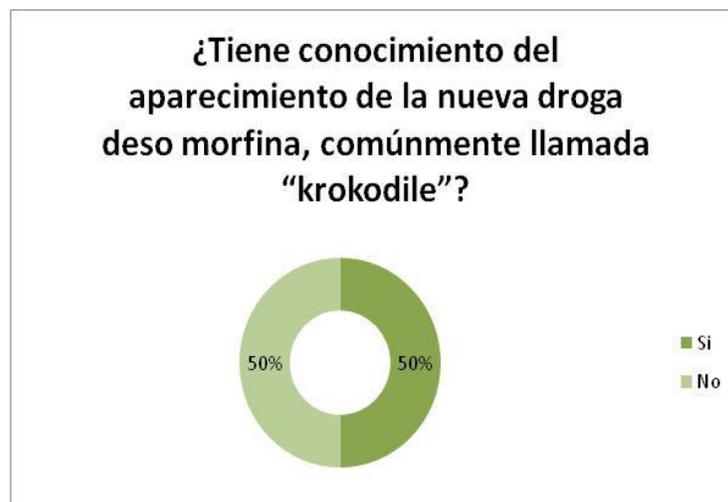
Referencia: Datos experimentales

El 60% recomienda programas de prevención que estén enfocados a las familias y padres de familias, para que desde la niñez puedan enseñar a sus hijos sobre los problemas que causan las drogas. El 40% recomienda mejorar la educación de forma integral para todas las etapas de niñez y adolescencia.

Pregunta 1.7.: ¿Tiene conocimiento del aparecimiento de la nueva droga desomorfina, comúnmente llamada “krokodil”?

Resultado:

Gráfica 7: Pregunta 1.7.



Referencia: Datos experimentales

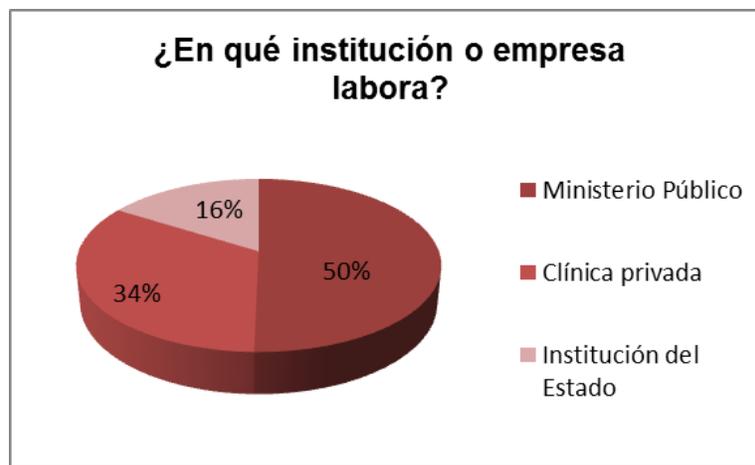
El 50% dice si tener conocimiento sobre la droga aunque no a profundidad, y el otro 50% dice no tener conocimientos sobre la misma.

2. Resultados de entrevistas a psicólogos:

Pregunta 2.1.: ¿En qué institución o empresa labora?

Resultado:

Gráfica 8: Pregunta 2.1.



Referencia: Datos experimentales

De los entrevistados, el 50% labora en el Ministerio Público, el 16% en clínicas privadas y el 34% en instituciones del Estado.

Pregunta 2.2.: ¿Posee algún tipo de experiencia en el tema de drogadicción?

Resultado:

Gráfica 9: Pregunta 2.2.



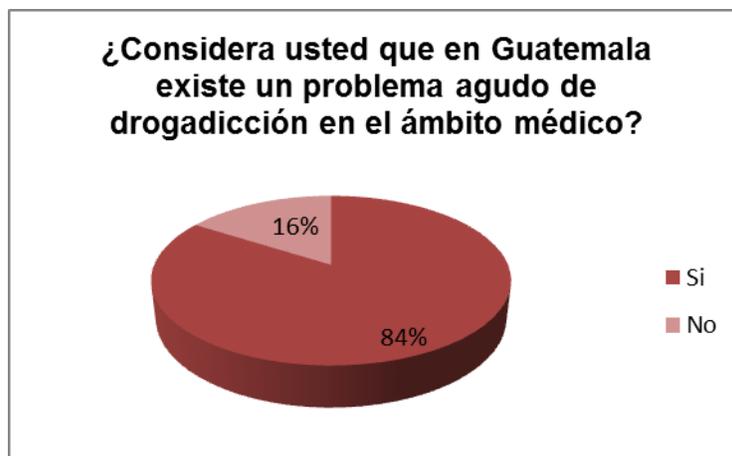
Referencia: Datos experimentales

El 16% de los psicólogos entrevistados dijo tener experiencia tratando a pacientes con problemas de dependencia a las drogas.

Pregunta 2.3.: ¿Considera usted que en Guatemala existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito médico?

Resultado:

Gráfica 10: Pregunta 2.3.



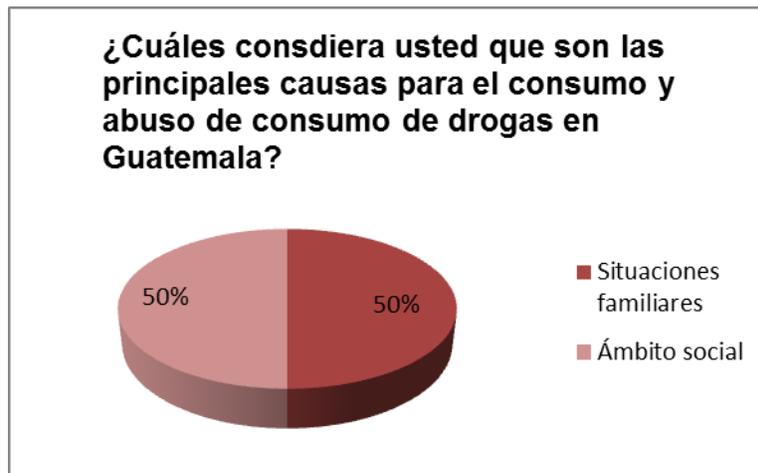
Referencia: Datos experimentales

El 16% dice que no considera que la drogadicción sea una problema agudo, aunque si existen muchas personas que consumen estas sustancias de forma habitual.

Pregunta 2.4.: ¿Cuáles considera usted que son la principales causas para el consumo y abuso de drogas en Guatemala?

Resultado:

Gráfica 11: Pregunta 2.4.



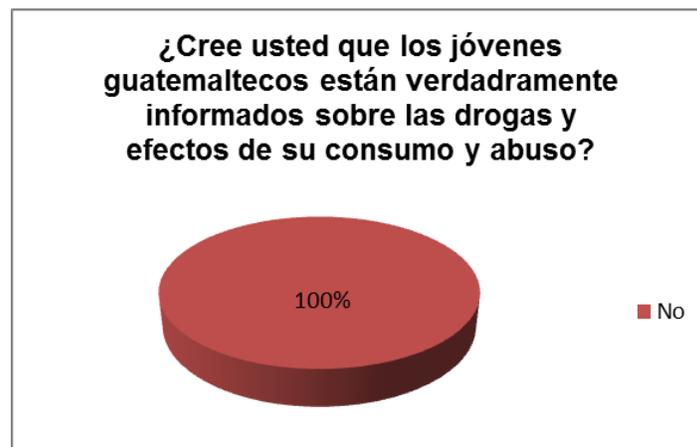
Referencia: Datos experimentales

Las respuestas más comunes son situaciones familiares como falta de comunicación o de atención por parte de los padres, o influencia del ámbito social como la presión de grupo.

Pregunta 2.5.: ¿Cree usted que los jóvenes guatemaltecos están verdaderamente informados sobre las drogas y los efectos de su consumo y abuso?

Resultado:

Gráfica 12: Pregunta 2.5.



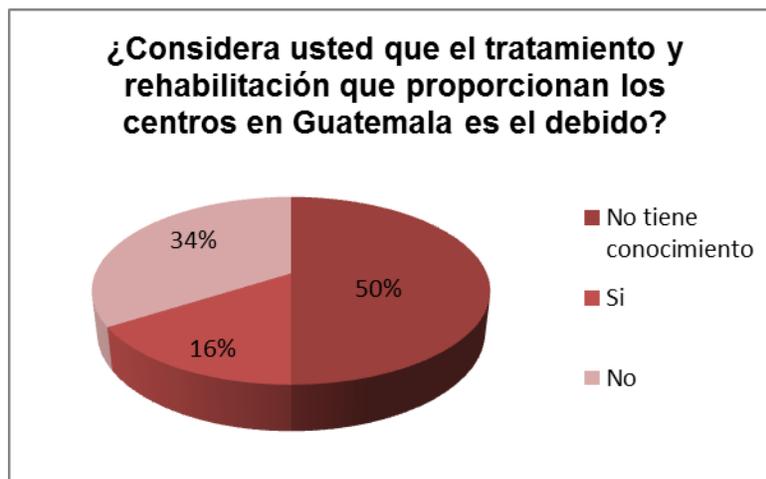
Referencia: Datos experimentales

Todos los entrevistados piensan que los jóvenes guatemaltecos no han sido informados sobre las drogas y los efectos de su abuso.

Pregunta 2.6.: ¿Considera usted que el tratamiento y rehabilitación que proporcionan los centros en Guatemala es el debido?

Resultado:

Gráfica 13: Pregunta 2.6.



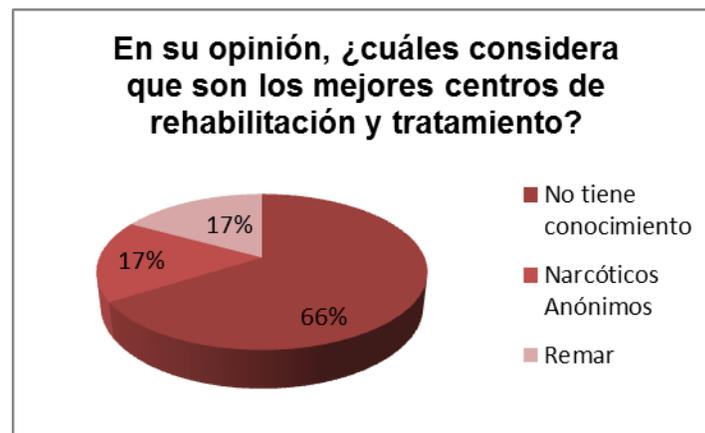
Referencia: Datos experimentales

El 34% de los entrevistados creen que los centros de rehabilitación y tratamiento en Guatemala son efectivos, el 16% dice que todavía no lo son y el 50% dice no tener conocimiento de dichos centros.

Pregunta 2.7.: En su opinión, ¿cuáles considera que son los mejores centros de rehabilitación y tratamiento?

Resultado:

Gráfica 14: Pregunta 2.7.



Referencia: Datos experimentales

El 66% dijo no tener conocimiento de ningún centro, el 17% menciona Narcóticos Anónimos y el restante 17% menciona Remar como centros que tienen el mejor tratamiento para personas que sufren de drogadicción.

Pregunta 2.8.: ¿Cuál sería su propuesta para la creación de centros en Guatemala?
¿Cómo debería de ser un centro de tratamiento y rehabilitación eficiente?

Resultado:

Gráfica 15: Pregunta 2.8.



Referencia: Datos experimentales

Todos los psicólogos concuerdan que un centro de tratamiento y rehabilitación eficiente debería de contar con personal profesional y altamente capacitado para poder dar atención y apoyo a todas las personas.

Pregunta 2.9.: ¿Tiene conocimiento del aparecimiento de la nueva droga deso morfina, comúnmente llamada "krokodil"?

Resultado:

Gráfica 16: Pregunta 2.9.



El 66% de los psicólogos entrevistados si tienen conocimientos sobre la existencia de la droga "krokodil", aunque todos dijeron que tienen conocimientos muy vagos sobre dicha sustancia.

3. Resultados de entrevistas a médicos:

Pregunta 3.1.: ¿En qué institución o empresa labora?

Resultado:

Gráfica 17: Pregunta 3.1.



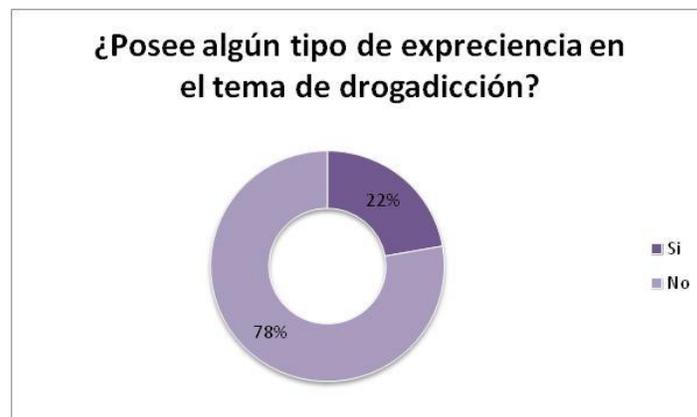
Referencia: Datos experimentales

El 67% de los entrevistados laboran para instituciones del estado y el 33% restante labora en instituciones privada.

Pregunta 3.2.: ¿Posee algún tipo de experiencia en el tema de drogadicción?

Resultado:

Gráfica 18: Pregunta 3.2.



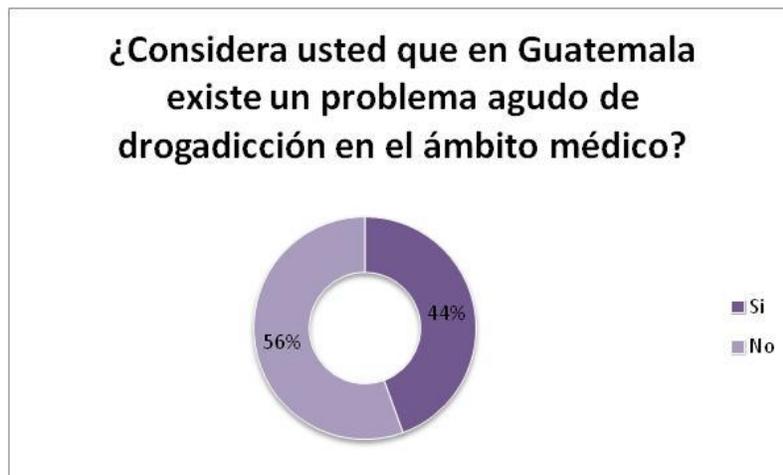
Referencia: Datos experimentales

Los médicos explicaron que no tienen más conocimiento que el básico en medicamentos y drogas legales e ilegales. El 22% de los entrevistados que si tienen experiencia es en autopsias o algún tipo de exámenes.

Pregunta 3.3.: ¿Considera usted que en Guatemala existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito médico?

Resultado:

Gráfica 19: Pregunta 3.3.



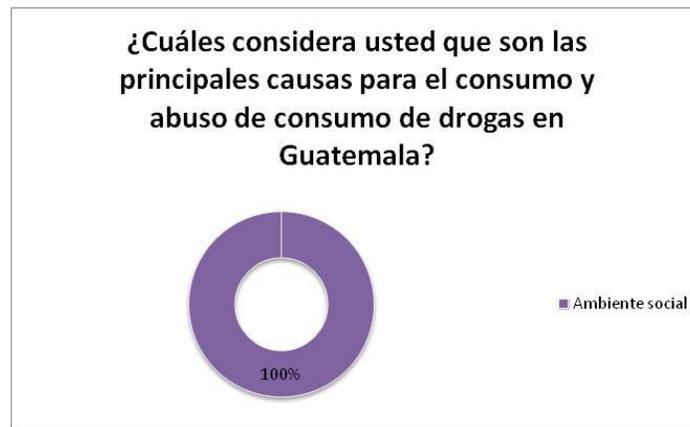
Referencia: Datos experimentales

El 56% considera que si existe un problema peor que no es agudo, mientras que el 44% si considera que existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito médico.

Pregunta 3.4.: ¿Cuáles considera usted que son la principales causas para el consumo y abuso de drogas en Guatemala?

Resultado:

Gráfica 20: Pregunta 3.4.



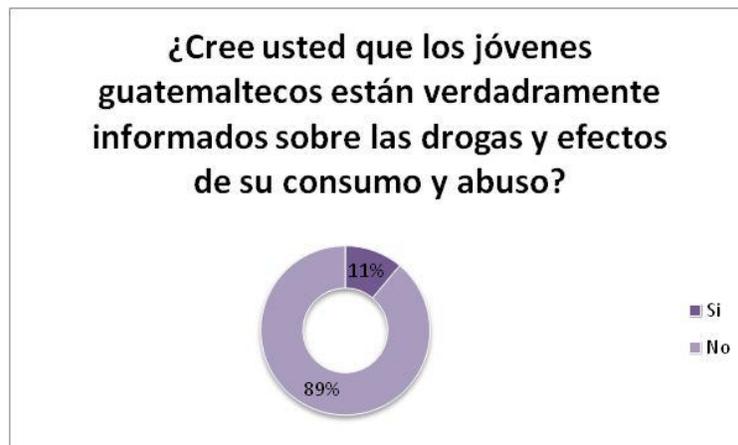
Referencia: Datos experimentales

Las respuestas más comunes fueron la presión de grupo, los problemas familiares y el entorno social de las personas vulnerables al consumo de drogas. La pobreza y el fácil acceso son factores que inciden en el consumo de estas sustancias, según los médicos.

Pregunta 3.5.: ¿Cree usted que los jóvenes guatemaltecos están verdaderamente informados sobre las drogas y los efectos de su consumo y abuso?

Resultado:

Gráfica 21: Pregunta 3.5.



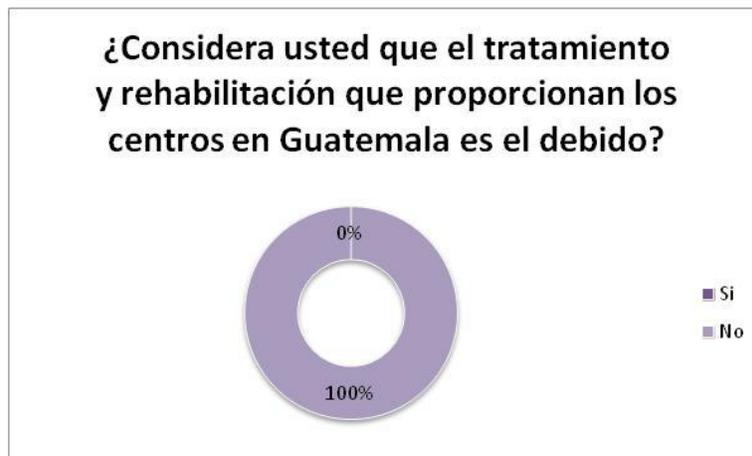
Referencia: Datos experimentales

El 89% de los médicos coinciden en que en Guatemala no existe suficiente información acerca de las drogas, el 11% asegura que la información si está disponible pero que no se hace uso de ella.

Pregunta 3.6.: ¿Considera usted que el tratamiento y rehabilitación que proporcionan los centros en Guatemala es el debido?

Resultado:

Gráfica 22: Pregunta 3.6.



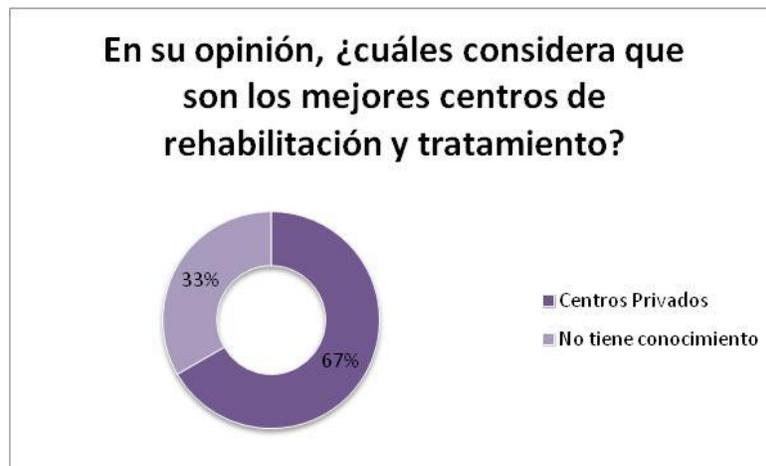
Referencia: Datos experimentales

El 100% los médicos entrevistados coinciden en que en Guatemala el tratamiento no es el debido por la falta de capacitación de los profesionales y la falta de lugares específicos para este tipo de tratamiento.

Pregunta 3.7.: En su opinión, ¿cuáles considera que son los mejores centros de rehabilitación y tratamiento?

Resultado:

Gráfica 23: Pregunta 3.7.



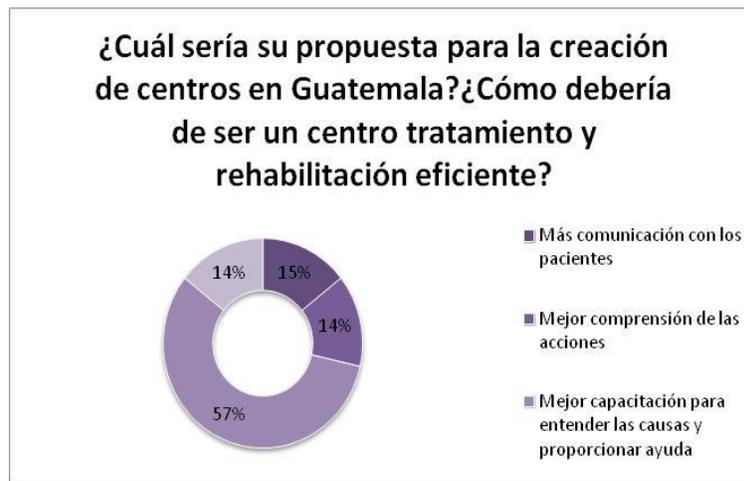
Referencia: Datos experimentales

El 67% de los médicos entrevistados no tienen conocimiento sobre centros de rehabilitación, el 33% restante respondió que los mejores centros de tratamiento son los centros privados, entre ellos Narcóticos anónimos.

Pregunta 3.8.: ¿Cuál sería su propuesta para la creación de centros en Guatemala?
¿Cómo debería de ser un centro de tratamiento y rehabilitación eficiente?

Resultado:

Gráfica 24: Pregunta 3.8.



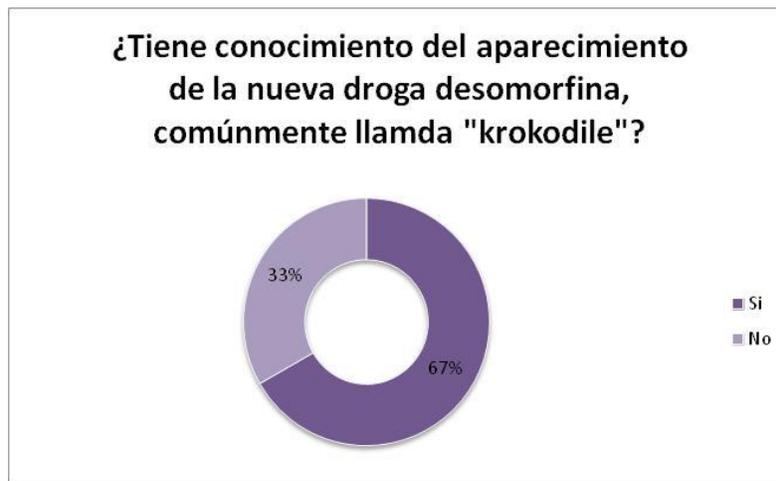
Referencia: Datos experimentales

Según los médicos, es necesario mejorar la comunicación con los pacientes, tener tratamientos de desintoxicación e integración social.

Pregunta 3.9.: ¿Tiene conocimiento del apareamiento de la nueva droga deso morfina, comúnmente llamada "krokodil"?

Resultado:

Gráfica 25: Pregunta 3.9.



Referencia: Datos experimentales

El 67% de los médicos entrevistados si tienen conocimientos sobre la existencia de la droga "krokodil", aunque dijeron tener conocimientos muy vagos sobre dicha sustancia. El 33% restante no tiene conocimiento sobre dicha sustancia.

CONCLUSIONES

1. Se ha reportado a nivel internacional que La desomorfina o “krokodil” es una sustancia altamente dañina para la salud de los consumidores y representa una amenaza para quienes la consumen, su alta toxicidad causa daños irreparables en el consumidor, sobre todo físicos, al matar las células y corrosión en la piel, añadiendo a esto, la adicción y tolerancia que crea la sustancia. Esta droga es letal y causa una muerte rápida y dolorosa a sus usuarios.

2. La desomorfina representa una amenaza para Guatemala dados los siguientes factores:

- La producción de esta droga es muy sencilla, utilizando como ingredientes componentes que pueden obtenerse en cualquier farmacia sin necesidad de una receta médica. Es un sustituto para la heroína. Puede conseguirse hasta a un precio diez veces menor a la heroína, provocando efectos más intensos y daños mucho más severos.

3. En Guatemala no existe la suficiente información sobre la desomorfina para hacer frente a una posible crisis por el consumo de ésta. El personal médico no tiene la capacitación necesaria para tratar los efectos devastadores que produce esta droga, por lo que los pacientes no podrían contar con una atención inmediata en caso de asistir a centros asistenciales.

4. Guatemala no cuenta con suficientes centros de atención o de tratamiento para personas que sufren de drogadicción, por lo que dichas personas no pueden optar por una solución que represente una mejora sus condiciones de vida y de salud. Solo las personas con abundantes recursos pueden tener acceso a tratamientos eficientes realizados por grupos de profesionales. Es de saberse que el problema de la drogadicción está presente en todos los estratos socio económicos del país, con la diferencia de que los grupos de escasos recursos, no tienen un acceso real a un tratamiento eficiente para su rehabilitación.

5. El problema de drogadicción en Guatemala afecta los siguientes ámbitos:

- Social: Desintegración familiar y desgaste de relaciones emocionales.
- Salud: Las personas adictas sufren un gran desgaste de su salud sin contar con una atención profesional en los centros asistenciales.
- Seguridad: El narcotráfico se ha convertido en uno de los mayores problemas de seguridad en nuestro país.

6. No existe un verdadero respaldo por parte de las leyes guatemaltecas que permitan ofrecer ayuda a las personas adictas, puesto que se penaliza el consumo sin ofrecer una verdadera asistencia a dichas personas. Por lo mismo se hace la propuesta para reforma a la ley Contra la Narcoactividad en Guatemala, Decreto 48-92, para derogar el artículo 39 actual, el cual dice:

“Posesión para el consumo. Quien para su propio consumo adquiera o posea cualquiera de las drogas a que se refiere esta ley, será sancionado con prisión de cuatro meses a dos años y multa de Q200.00 a Q 10,000.00. Se entiende que es para su propio consumo, cuando la droga incautada no exceda de la cantidad razonable para el consumo inmediato, siempre que de las demás circunstancias del hecho, surja la convicción de que la droga es para uso personal.”⁵⁴

Al derogarlo, incluir el artículo 39 Bis. El cual debería ser redactado de una manera aproximada a la siguiente:

Quien para su propio consumo adquiera o posea cualquiera de las drogas a que se refiere esta ley, será sancionado con multa de Q.200.00 a Q.5,000.00. Se entiende que es para su propio consumo, cuando la droga incautada no exceda de la cantidad razonable para el consumo inmediato, siempre que de las demás circunstancias del hecho, surja la convicción de que la droga es para uso personal.

⁵⁴ Ley Contra la Narcoactividad de Guatemala Decreto 48-92.

RECOMENDACIONES

1. Crear programas de información en las escuelas públicas y privadas, los cuales ofrezcan información acerca de los peligros y las consecuencias de las drogas en los jóvenes. Dichos programas deben estar al alcance de todas las personas y ofrecer información clara y concisa acerca del tema.

2. Crear centros de atención al adicto, en donde las personas puedan ser orientadas por personal calificado. Dichos centros deben estar formados por personas de diferentes disciplinas, que puedan proporcionar ayuda a estas personas.

3. Capacitar al personal médico para conocer sobre los efectos de la desomorfina y como poder los síntomas y los daños causados por esta droga.

4. Crear una campaña informativa acerca de la existencia de esta droga y los efectos que puede causar al ser consumida. Dicha campaña debe enfocarse a la siguiente audiencia:

- Médicos: Para conocer los síntomas y daños y como tratarlos.
- Psicólogos: Para conocer los daños en el comportamiento que puede causar esta droga y como ofrecer otras soluciones a dichas personas.
- Autoridades de Seguridad: Identificar la droga y los síntomas de la misma.
- Público en general: Para que toda la población pueda estar consciente de esta sustancia y los efectos que puede tener al ser consumida.

5. Capacitar a las autoridades de seguridad para identificar la desomorfina: cómo es fabricada y cómo puede ser distribuida, así como los efectos que tiene esta droga en el comportamiento de quienes la consumen, para asistir al usuario como es necesario y dirigirlo a los centros donde puedan ser tratados.

6. Dirigir la persecución penal hacia el tráfico ilícito de drogas y detenerla hacia el consumidor habitual, para que este pueda ser tratado médica y psicológicamente para

combatir su adicción, en vez de ser perseguido y sancionado, lo cual no combate la adicción, sino todo lo contrario.

REFERENCIAS

Bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. "Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas". Panamá, 2005.
2. World Health Organization. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Glosario de Términos de Alcohol y Drogas". España, 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Panamá, 2005.
4. Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia. Aspectos Farmacológicos de las anfetaminas, Universidad de Granada. España, 2000.
5. Flórez J. Fármacos analgésicos opioides. Editorial: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana. 4ª ed. Barcelona, 2003.
6. Oficina de las Naciones Unidas Contra Droga y Delito. "Informe Mundial Sobre las Drogas". España, 2014.
7. Menjívar, Jorge Arnoldo. Tesis: La no penalización del delito de posesión de droga para el consumo en la legislación guatemalteca. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Guatemala, 2012.
8. Secretaría Ejecutiva de la Comisión contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. Primera Encuesta Nacional en Hogares sobre Salud, Consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias adictivas. Guatemala, diciembre 2007.
9. Silva, Moisés. Tedium Vitae. Ejemplar No. 6. *Desarrollo a escala para evaluar el daño de las drogas*. España, 2015

10. Seidenberg, A., & Honegger, U. *Metadona, Heroína y otros opioides*. Granada: Ediciones de Díaz de Santos. España, 2000
11. Savchuk, S. A.; Barsegyan, S. S.; Barsegyan, I. B.; Kolesov, G. M. Chromatographic study of expert and biological samples containing desomorphine. *Journal of Analytical Chemistry*.
12. García Moreno, María del Rosario (Junio 2003). Tesis: Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. España.

Normativas

1. Ley Contra la Narcoactividad de Guatemala Decreto 48-92.

Electrónicas

1. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Consultado en <http://lema.rae.es/drae/?val=Sustancia>.
2. Romanillos, Teresa. Eroski Consumer. *Adictos al Café*. España, 2006. Consultado en:
http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2006/11/24/157598.php
3. La Vanguardia. Sección Vida. Un estudio desvela por qué el estudio del cannabis aumenta el apetito. España, 2010. Consultado en <http://www.lavanguardia.com/vida/20100527/53935126875/un-estudio-desvela-por-que-el-consumo-de-cannabis-aumenta-el-apetito.html>

4. Top 18 Most Addictive Drugs On Earth». "In Health" magazine. Consultado en <http://web.archive.org/web/20080327022057/http://www.stopdepressiontoday.com/top-18-most-addictive-drugs.html>
5. Sanchinelli, Hugo. Prensa Libre. Artículo: Historia de las Drogas. Guatemala, 23 de junio de 2013. Consultado en http://www.prensalibre.com/internacional/Historia_0_943105692.html
6. López, Brian. Blog spot. Las Drogas. Consultado en: http://brianlopezdrogas.blogspot.com/2014/10/debate-acerca-de-la-legalizacionilegali_2.html.
7. Medline Plus. Artículo: analgésicos narcóticos. Consultado en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007489.htm>
8. E-Centro. Artículo. Codeína. Consultado en http://centrodeartigo.com/articulos-de-todos-los-temas/article_34320.html
9. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y afines. Guatemala, 2015. Consultado en <http://www.medicamentos.com.gt/index.php/consultas/registros-vigentes>
10. La red 21. Artículo: Krokodil, la terrorífica droga que amenaza con convertirse en epidemia mundial. Consultado en: <http://www.lr21.com.uy/salud/1147475-krokodil-terrorifica-droga-amenaza-epidemia-mundial>
11. Satolli, Emanuele. Time Magazine. The World`s Deathliest Drug: Inside a Krokodile Cookhouse. Estados Unidos, 2013. Consultado en <http://time.com/3398086/#1>.
12. Teinteresa.es. Sección Mundo. La heroína caníbal o desomorfinina, la nueva droga que pudre la piel. México, 2015. Consultada en http://www.teinteresa.es/mundo/heroína-canibal-nueva-droga-pudre_0_1169283290.html
13. Periódico Emol-Chile. Artículo: Gobierno presenta nueva campaña para prevenir el consumo de drogas en el país. Consultado en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/07/05/549200/hinzpeter-presenta-nueva-campana-para-prevenir-el-consumo-de-drogas-en-el-pais.html>

14. Universidad Tecnológica del Perú, AREQUIPA. Campaña de Prevención del Consumo de Drogas. Consultado en:
<http://www.utpaqp.edu.pe/main/utpinforma/?p=7064>.
15. Corporación La Esperanza. Departamento de Prevención de Drogas. Consultado en: <http://www.illac.com.mx/profiles/blogs/polvo-blanco-en-un-libro>
16. Portal de Noticias. Adicciones XXI. Plan Nacional sobre Drogas y el Movimiento por la Paz. Consultado en: <http://www.adiccionesxxi.info/2013/07/el-plan-nacional-sobre-drogas-y-el.html>
17. Hidalgo, Juan Carlos. Proyecto sobre la Libertad Económica Global. Cato Institute. Consultado en
<http://www.liberalismo.org/articulo/131/53/diez/razones/legalizar/drogas/>
18. Prensa Libre. Artículo: Drogas sintéticas cobran auge entre jóvenes desinformados. Consultado en: http://www.prensalibre.com/noticias/drogas-Guatemala-el_mundo-jovenes-marihuana-lsd-heroina-cocaina-anfetaminas-sales_de_bano-crosral-opio-sinteticas_0_1102689738.html.

ANEXOS

Entrevistas:

1. Entrevista a abogados

- 1.1. ¿En qué institución o empresa labora, y en qué departamento?
- 1.2. ¿Posee algún tipo de experiencia en el tema de narcotráfico o drogadicción? Si su respuesta es afirmativa, indique cuánto tiempo.
- 1.3. ¿Considera Ud., que en Guatemala existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito legal?
- 1.4. ¿Considera Ud., que la legislación Guatemalteca con respecto a Posesión para el Consumo es efectiva? ¿Por qué?
- 1.5. ¿Cree Ud. que los jóvenes guatemaltecos están verdaderamente informados sobre las drogas y los efectos de su consumo y abuso?
- 1.6. ¿Cuál sería su propuesta para prevenir la drogadicción?
- 1.7. Tiene conocimiento del apareamiento de la nueva droga Deso morfina comúnmente llamada krokodil?

2. Entrevista a psicólogos

2.1. ¿En qué institución o empresa labora?

2.2. ¿Posee algún tipo de experiencia en el tema de drogadicción? Si su respuesta es afirmativa, explique.

2.3. ¿Considera Ud. que en Guatemala existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito médico? Explique.

2.4. ¿Cuáles considera Ud. que son las principales causas para el consumo y abuso del consumo de drogas en Guatemala?

2.5. ¿Cree Ud. que los jóvenes guatemaltecos están verdaderamente informados sobre las drogas y los efectos de su consumo y abuso? Explique.

2.6. ¿Considera Ud. que el tratamiento y rehabilitación que proporcionan los centros en Guatemala es el debido? ¿Por qué?

2.7. En su opinión, ¿cuáles considera que son los mejores centros de rehabilitación y tratamiento?

2.8. ¿Cuál sería su propuesta para la creación de centros en Guatemala? ¿Cómo debería de ser un centro de tratamiento y rehabilitación eficiente?

2.9. Tiene conocimiento del apareamiento de la nueva droga Deso morfina comúnmente llamada krokodil?

3. Entrevista a médicos

3.1. ¿En qué institución o empresa labora?

3.2. ¿Posee algún tipo de experiencia en el tema de drogadicción? Si su respuesta es afirmativa, explique.

3.3. ¿Considera Ud. que en Guatemala existe un problema agudo de drogadicción en el ámbito médico? Explique.

3.4. ¿Cuáles considera Ud. que son las principales causas para el consumo y abuso del consumo de drogas en Guatemala?

3.5. ¿Cree Ud. que los jóvenes guatemaltecos están verdaderamente informados sobre las drogas y los efectos de su consumo y abuso? Explique.

3.6. ¿Considera Ud. que el tratamiento y rehabilitación que proporcionan los centros en Guatemala es el debido? ¿Por qué?

3.7. En su opinión, ¿cuáles considera que son los mejores centros de rehabilitación y tratamiento?

3.8. ¿Cuál sería su propuesta para la creación de centros en Guatemala? ¿Cómo debería de ser un centro de tratamiento y rehabilitación eficiente?

3.9. Tiene conocimiento del apareamiento de la nueva droga Deso morfina comúnmente llamada krokodil?