

Ciencia Jurídica y Sostenibilidad

Artículo

Adicciones: la población y el consumo de drogas, OEA

Addictions: Population and Drug Use (OAS)

Recibido: 15 de febrero de 2021

Aceptado: 15 de mayo de 2021

Publicado: 30 de mayo de 2021

Brenda Mondragon Bahena

Estudiante de la Facultad de Derecho de la UNAM.
Seminario constructivista para la Justicia Cotidiana

Resumen: El texto sintetiza hallazgos y conceptos clave sobre el consumo de drogas en las Américas a partir de información compilada por la OEA y la CICAD. Se presentan definiciones operativas, tendencias de consumo, percepciones de riesgo y patrones por tipo de sustancia, incluyendo alcohol, tabaco, cannabis, inhalables y cocaínas. Asimismo, se subraya la utilidad de contar con evidencia comparada para fortalecer políticas de prevención, reducción de daños y sistemas de información pública.

Abstract: The paper synthesizes key findings and concepts on drug use in the Americas drawing on information compiled by the OAS and CICAD. It presents operational definitions, consumption trends, risk perceptions and patterns by substance type, including alcohol, tobacco, cannabis, inhalants and cocaine-related drugs. It also highlights the value of comparative evidence to strengthen prevention policies, harm reduction approaches and public information systems.

Palabras clave: OEA, CICAD, consumo de drogas, Américas, percepción de riesgo, salud pública, políticas de drogas

Keywords: OAS, CICAD, drug use, Americas, risk perception, public health, drug policy

El presente trabajo se realizó en el Seminario constructivista y el Aula Jurídica Virtual, bajo la estructura, fuentes y supervisión de la catedrática Graciela Staines Vega.

HOJA DE RUTA

I. GENEALOGÍA. OEA. CONVENCIÓN DE ESTUPEFACIENTES.

II. PREGUNTAS Y OBJETIVOS CLAVES.

1. Alcohol. Gráfica: percepción del riesgo.
2. Consumo de tabaco y nuevos productos de nicotina. Gráficas de consumo.

3. Cannabis. Gráficas de consumo.

3.1. Resina de cannabis (hachís).

4. Inhalables. Gráficas de consumo.

5. Cocaínas. Gráficas de consumo.

5.1. Pasta Base de Cocaína (PBC). Gráficas de consumo.

5.2. Crack.

6. Estimulantes de Tipo Anfetamínico.

6.1. Sustancias Tipo Éxtasis. Gráficas de consumo.

Número 4. enero-julio 2021

6.2. Grupo de las Anfetaminas. Antecedentes y gráficas de consumo.

6.3. Metanfetaminas. Consumo general.

7. Uso No Prescrito De Medicamentos De Prescripción Controlada (MPC).

7.1. Tranquilizantes. Gráficas de consumo.

7.2. Estimulantes.

7.3. Analgésicos opioides.

8. Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP).

III. REFLEXIONES FINALES.

1. Claves teóricas.

2. Reflexiones prácticas.

3. Postura personal.

IV. FUENTE SELECTA.

V. FUENTES COMPLEMENTARIAS.

GENEALOGÍA.

OEA:

Organización de los Estados Americanos: OEA.

Origen: La OEA fue creada en 1948 cuando se suscribió, en Bogotá, Colombia, la Carta de la OEA que entró en vigencia en diciembre de 1951.

Objetivo: La Organización fue fundada con el objetivo de lograr en sus Estados Miembros, como lo estipula el Artículo 1 de la Carta: "un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia"1.

CICAD:

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

¿Qué es? Es un órgano consultivo y asesor de la OEA sobre el tema de drogas.

¿Para qué sirve? Sirve como un foro para que los Estados Miembros de la OEA discutan y encuentren soluciones al problema de las drogas, y brinda asistencia técnica para aumentar su capacidad para contrarrestar dicho problema. El organismo antidrogas de la

Organización de los Estados Americanos (OEA), se remonta a la "epidemia de cocaína" de fines de los años setenta y principios de los ochenta. Contra el telón de fondo de la explosión del uso de crack y el surgimiento de poderosos carteles de tráfico de drogas, así como de las crecientes recriminaciones entre el Norte y el Sur acerca de quién era "responsable" del problema, la Asamblea General de la OEA convocó a los ministros de justicia de la región a reunir a la Primera Conferencia Interamericana Especializada sobre Narcotráfico, que se celebró en Río de Janeiro en abril de 1986, este año se creó la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

PREGUNTAS CLAVES

¿Qué es el alcoholismo?

¿Qué es el consumo de alcohol?

¿Cuál es el consumo promedio de alcohol?

¿Qué es el tabaco?

¿Qué efectos tiene la nicotina?

¿Qué es cannabis?

¿De qué maneras se puede consumir el cannabis?

¿Qué es el hachís?

¿Qué son los inhalables?

¿Qué tipos de inhalables hay?

Cocaínas ¿Qué tipos de sustancias hay?

¿Cómo actúa la cocaína?

¿Qué consecuencias puede tener el consumo de cocaína base?

Estimulantes de Tipo Anfetamínico ¿Qué sustancias incluye?

¿Cómo se popularizó el uso recreativo del éxtasis?

¿Cómo surgen las Anfetaminas?

¿Qué es MPC?

¿Qué son los medicamentos estimulantes?

¿Qué son la NSP?

¿Cómo se categorizan las NSP?

IDEA PRINCIPAL

El consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población es un hecho que se está generalizando y representa un problema importante en las Américas, el análisis de datos sobre el consumo de drogas, permite dar información de calidad, pues es necesario contar con un panorama de evidencias que permita generar redes de información y sistemas de alerta entre la población.

“El Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 analiza los datos actuales sobre el uso de drogas en el Hemisferio, presenta información sobre las drogas más utilizadas en toda la región, organizada por grupos de drogas y por grupos de población, se basa en datos obtenidos principalmente a través de encuestas nacionales que utilizan el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de la CICAD”.

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN EN GENERAL.

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es superior al promedio mundial. En los últimos cinco años se ha incrementado la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres, aunque el análisis del consumo según el sexo, indica que en todos los países el consumo es superior entre los hombres, el consumo de los hombres duplica o incluso es aún más alto al de las mujeres en Barbados, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá y Suriname, el consumo de las mujeres también muestra datos importantes.

¿Qué es el alcoholismo?

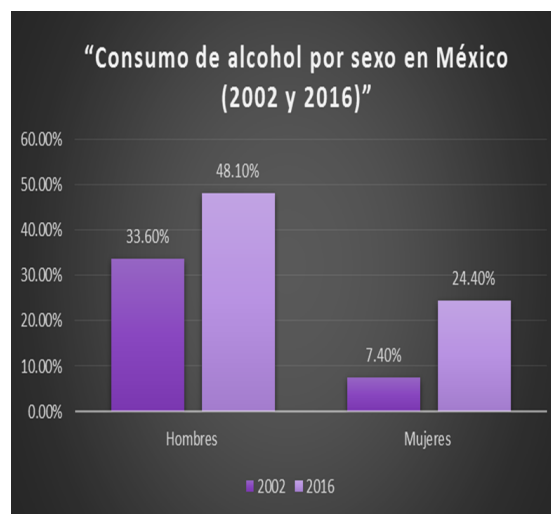
Alcoholismo: Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

Consumo problemático.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo problemático de alcohol es un patrón de consumo que aumenta las posibilidades de que la persona tenga consecuencias adversas. “Una persona puede beber y no tener problemas, pero si consume a ciertos niveles puede aumentar el riesgo a futuro, ya sea de enfermedades agudas o crónicas”.

Este consumo ocasiona grandes riesgos para la salud, especialmente en los países de las Américas con ingresos bajos y medios, y su consumo está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con diversos problemas sociales y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas afectando no solamente la calidad de vida de quien consume, sino del entorno familiar y social. En diez de 13 países el 80% o más de la población perciben gran riesgo en embriagarse con bebidas alcohólicas.

En México el consumo de alcohol entre los hombres pasó del 33,6% en 2002 al 48,1% en 2016, mientras que en las mujeres pasó del 7,4% al 24,4% durante el mismo período.



Elaboracion por: Brenda Mondragon, con datos de OEA6.

El consumo de alcohol puede resultar muy peligroso, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en 2016 murieron más de 3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa 1 de cada 20

Número 4. enero-julio 2021

muerres. Más de las tres cuartas partes de esas muertes correspondieron a hombres”. En general, el consumo nocivo de alcohol causa más del 5% de la carga mundial de morbilidad. De todas las muertes atribuibles al alcohol, el 28% se debieron a lesiones, como las causadas por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia interpersonal; el 21% a trastornos digestivos; el 19% a enfermedades cardiovasculares, y el resto a enfermedades infecciosas, cánceres, trastornos mentales y otras afecciones⁷.

CONSUMO DE TABACO Y NUEVOS PRODUCTOS DE NICOTINA.

¿Qué es el tabaco? Es un “preparado de las hojas de *Nicotiana tabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco mata a más de la mitad de sus usuarios y más de siete millones de personas anualmente. En los últimos años ha habido un aumento en el uso de nuevos productos de nicotina a nivel mundial, tales como cigarrillos electrónicos. En América del Norte, los Estados Unidos muestra el registro más alto de prevalencia de consumo del último mes, con el 19,1%, seguido de México con el 17,6%. América del Sur presenta los registros más altos del Hemisferio, destacándose Chile (33,4%). El menor consumo de tabaco se observa en el Caribe y América Central a pesar de que solamente se tiene información de cuatro países de cada una de esas subregiones, los resultados de la prevalencia de consumo de tabaco en la población general, según el sexo indican que el consumo entre los hombres supera al de mujeres; sin embargo, las diferencias por sexo varían mucho de un país a otro, por ejemplo mientras en Argentina, Chile y Uruguay las tasas de consumo son las más altas, las diferencias por sexo son un poco menores con relación a otros países. En nueve de los 14 países con información disponible, al menos 80% percibe un gran riesgo ante el consumo frecuente de tabaco. La percepción de gran riesgo más baja se registra en la población de Bolivia, Ecuador, los Estados Unidos, Guyana y Suriname con un porcentaje levemente superior al 70%. Si bien el consumo de tabaco sigue siendo un problema importante de salud

pública en las Américas, el declive en el uso en múltiples países y poblaciones es una señal positiva. La política del tabaco puede proporcionar lecciones importantes para ayudar a moldear las buenas prácticas para otras sustancias de abuso.

CONSUMO DE CANNABIS

¿Qué es cannabis?

Cannabis: “Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (*cáñamo*), *Cannabis sativa*”. Estos preparados son: hojas de marihuana, bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís. En el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se define como “los brotes floridos o con fruto, del cannabis (excepto las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina”, mientras que la resina de cannabis es “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta del cannabis”.

Consumo de cannabis en la población en general.

Los patrones del consumo de cannabis han estado evolucionando rápidamente en todo el Hemisferio Occidental. El consumo aumentó en la población general en al menos seis de los siete países que proporcionaron datos, también se observa el consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas, mientras que la percepción general del riesgo asociada al consumo está disminuyendo, de acuerdo a la prevalencia de consumo de marihuana en la población general del último año, Jamaica destaca con un registro del 15,5%, mientras que la prevalencia del último año de consumo de marihuana más baja se observa en países como Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, con tasas inferiores al 1%, en todos los países y en la mayoría de ellos por una amplia diferencia, la prevalencia es más alta entre los hombres que entre las mujeres. Además se están empezando a observar otros cambios en la forma en que se usa el cannabis, el vapeo de marihuana se ha vuelto más común en América del Norte, aunque esta práctica aún no se ha observado en los estudios de América Latina o el Caribe, el cannabis se puede consumir en una mayor variedad de formas de las que se han practicado en el pasado, y la

Número 4. enero-julio 2021

introducción de cannabinoides sintéticos también aporta más complejidad al tema del consumo de cannabis.

La percepción del riesgo del consumo de marihuana.

Los países donde se observa la menor percepción de gran riesgo, del consumo ocasional de marihuana en la población general considerando que menos de un tercio de la población indica que usar ocasionalmente marihuana implica riesgos, son Chile, los Estados Unidos y Uruguay. Por contrapartida, en los siguientes países el 70% o más de la población considera de gran riesgo el uso ocasional de marihuana: Perú, Suriname, Colombia y República Dominicana. Observados los datos según el sexo, con la excepción de Ecuador, hay una mayor percepción de gran riesgo entre las mujeres respecto de los hombres. Por otra parte, los países presentan menor variabilidad con relación a la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana en la población general, donde mayoritariamente el 80% o más de la población consideran que el consumo frecuente de marihuana implica un gran riesgo. La excepción la constituyen Argentina, Las Bahamas, Chile, Ecuador, los Estados Unidos, Guyana, Jamaica y Uruguay. Las variaciones por sexo también son muy ajustadas en todos los países.

Percepción de fácil acceso y oferta directa de marihuana en la población general.

Se observa una importante variabilidad entre los países respecto de la percepción de facilidad de acceso para obtener marihuana en la población general, que oscila entre el 16% y el 69,7%, mientras que la mayor oferta directa de marihuana en los últimos 30 días se registra en Las Bahamas, Chile y Jamaica.

Resina de cannabis (hachís).

¿Qué es el hachís?

La resina de cannabis o hachís se obtiene de las flores, las hojas o los tallos de la planta de cannabis. Al igual que la marihuana, el ingrediente activo del hachís es el THC, pero en una concentración mucho más alta, entre un 5% y 15%. En la marihuana dicha concentración generalmente no supera el 5%. El aceite de hachís tiene una concentración aún más alta de THC, en algunos casos de hasta 20%, de acuerdo a análisis

proporcionados por la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos. El THC se une a los receptores cannabinoides generando sensaciones de euforia, bienestar y sedación. Los datos indican que el uso de hachís es suficientemente alto en Argentina, Chile y Uruguay, mientras que en Costa Rica y Ecuador tienen prevalencias bajas, ambos países reportaron prevalencia de 0,01%.

INHALABLES.

¿Qué son los inhalables?

Los inhalables son sustancias psicoactivas que producen gases químicos cuyo consumo produce efectos de alteración mental. La definición de inhalables es problemática en la investigación sobre drogas, ya que incluye una amplia gama de sustancias químicas con diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. Esta variedad de productos/sustancias plantea retos para la investigación sobre su uso, las motivaciones para su consumo, los comportamientos asociados y los daños que puede ocasionar a las personas. Se identifican cuatro clases de inhalables: solventes, aerosoles, gases y nitritos, y los inhalables generalmente contienen varias combinaciones de estos. Los solventes son líquidos industriales o caseros que se vaporizan a temperatura ambiente, incluyendo solventes o removedores de pintura, tolueno, colas y correctores líquidos. Los aerosoles son un tipo de spray que contienen propulsores y disolventes, utilizados en productos comunes tales como los desodorantes y aerosoles de cocina. Los gases se encuentran en productos caseros o comerciales, como butano y propano, y también se utilizan como anestésicos con propósitos médicos. Los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual y se venden comercialmente como “poppers”. Muchos inhalables son elementos comunes en los hogares y son fáciles de obtener. Si bien los inhalables no son ilícitos, se estudian con parámetros similares a los de las drogas ilícitas por su alto nivel adictivo y por estar asociadas al policonsumo junto con otras drogas.

Consumo de inhalables en la población en general.

La prevalencia del último año de consumo de inhalables en la población general se extiende en un rango de entre

Número 4. enero-julio 2021

0,03% (República Dominicana) y 1% (Belize). Aproximadamente la mitad de los países de los cuales se tiene información presentan una prevalencia del último año por debajo o igual al 0,1%, y en cada subregión hay un país que sobresale significativamente por su consumo con relación al resto, como son los casos de los Estados Unidos (0,6%), Belize (1%), Bolivia (0,3%) y Barbados (0,8%), mientras que el consumo según el sexo, muestra que en todos los países, exceptuando a Guyana y Jamaica, el consumo es mayor entre los hombres. Entre los países donde los hombres consumen más que las mujeres, la mayor diferencia se presenta en Costa Rica, donde por cada mujer que declara consumo, hay 18 hombres, seguido por Argentina, Colombia, El Salvador y México¹⁶.

Percepción de gran riesgo del consumo de inhalables en la población general.

Los datos indican variabilidad entre los doce países que tienen esta información, sobre la proporción de población cuya percepción es de gran riesgo, que oscila entre el 49% y el 92%. Los países con una percepción de gran riesgo alta, mayor al 80%, son Costa Rica, El Salvador y República Dominicana, en tanto que otros cinco se ubican entre el 70% y el 80%. Los países de menor porcentaje oscilan entre el 49% (Bolivia) y el 68% (Suriname). No se observaron diferencias importantes en la percepción de gran riesgo por sexo en ninguno de los países¹⁶.

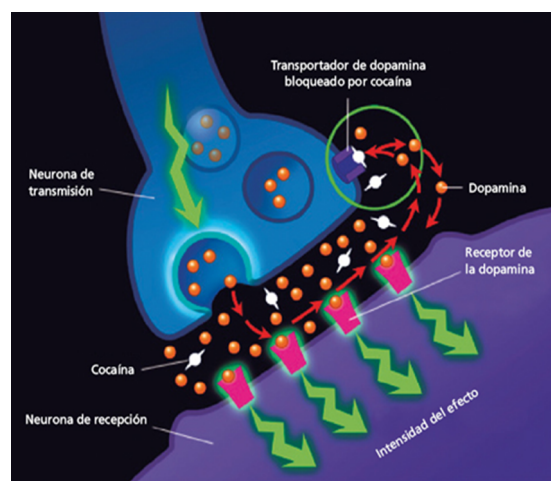
COCAÍNAS ¿QUÉ TIPOS DE SUSTANCIAS HAY?

Existen varias sustancias o drogas que contienen el alcaloide cocaína, extraído de las hojas del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*. Estas sustancias incluyen clorhidrato de cocaína, pasta base de cocaína (PBC), base libre y crack, estas drogas se producen a partir de la hoja de coca, pero se diferencian por el proceso de elaboración y por la forma en que se consumen. La cocaína se suele esnifar, inhalar y también se puede disolver en agua e inyectar; sin embargo, la cocaína en su forma de polvo tiene un alto punto de fusión y no se puede fumar. La PBC, la base libre y el crack son formas fumables de cocaína. Las sustancias tipo cocaínas fumables se derivan de la hoja

de coca y, cuando se procesan químicamente, tienen un bajo punto de fusión y se pueden volatilizar por calentamiento. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, la cocaína es un estimulante altamente adictivo que tiene un efecto directo en el cerebro.

¿Cómo actúa la cocaína?

Las hojas de coca, a partir de las cuales se produce la cocaína, se han consumido durante miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha utilizado durante más de cien años. “La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central. Actúa sobre el núcleo accumbens, conocido como el centro de placer y ubicado en el mesencéfalo, aumentando la acumulación de dopamina en la sinapsis, responsable del efecto placentero y de euforia”. (OEA., 2019, Capítulo 5, Página 139)¹⁷.



Fuente de la imagen: Sirgo., R. (23 de Julio de 2015). DEJAR LA COCAÍNA ES POSIBLE. Obtenido de DEJAR LA COCAÍNA ES POSIBLE.: <https://www.lasersalud.es/dejar-la-cocaina-es-posible/>

La duración e intensidad de la intoxicación.

La duración e intensidad de la intoxicación está relacionada con la forma en que se usa la sustancia. Cuando se inyecta o se fuma cocaína, la intoxicación es más intensa, pero también es más corta, en cambio, cuando se esnifa, la intoxicación por cocaína hace efecto más lentamente, pero dura más. La toxicidad de la cocaína, crack y PBC se debe no solamente a la presencia del alcaloide cocaína, sino también a la

Número 4. enero-julio 2021

presencia de otros alcaloides, contaminantes y adulterantes, así como a los daños provocados por el modo de consumo. El consumo de cocaína está muy extendido en todo el Hemisferio y sus subregiones. Los Estados Unidos tienen el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1,9%, seguido por Argentina y Uruguay (1,6%) y Canadá (1,5%). México, Costa Rica, Belize, Chile, Brasil, Colombia y Venezuela están en un rango intermedio de consumo de cocaína (más de 0,5% a 1,1%)¹⁸.

En cuanto al consumo por sexo las tasas de los hombres alcanzan, en casi todos los países, valores superiores a la tasa global de cada país, a excepción de Belize, Guyana, Jamaica y Paraguay. En México por cada mujer que consume lo hacen siete hombres, por otra parte, en el Caribe dos países (Las Bahamas y Barbados) registran consumo solo entre los hombres.

¿Qué consecuencias puede tener el consumo de cocaína base?

“El modo de consumo de las diferentes sustancias de la cocaína, y los adulterantes presentes puede tener un impacto significativo en la salud de los usuarios” (OEA., 2019, Capítulo 5, Página 140). Por ejemplo los de la cocaína base.



Imagen obtenida de: Chile., P. (7 de Mayo de 2018). Efectos consumo de cocaína. Obtenido de Efectos consumo de cocaína.: https://twitter.com/pdi_chile/status/993582491792498688

Consumo de PBC.

Chile y Perú tienen la prevalencia de consumo de PBC, alguna vez en la vida, más alta (2,2% y 1,5%, respectivamente), seguidos por Colombia y Brasil. En todos los países con información, este consumo es principalmente realizado por hombres. Más del 58% de la población general de todos los países considera de gran riesgo el consumo ocasional de PBC, superando el 80% en Argentina, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. La percepción de gran riesgo del consumo ocasional de PBC, en general, no presenta diferencias según el sexo, además la mayor percepción de facilidad de acceso a la PBC se registra en Uruguay (37%), Colombia (33%), Chile (27%) y Argentina (23%), mientras que Bolivia y Panamá tienen la menor percepción de facilidad de acceso, inferior al 10%.

Crack: Consumo en la población general.

De acuerdo con los países con información disponible, Costa Rica y los Estados Unidos se destacan por tener las tasas más altas, del 2% y 3,3%, respectivamente, seguido por El Salvador (1,1%)¹⁹.

ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO.

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son las drogas sintéticas más utilizadas en todo el mundo. Este grupo de sustancias incluye al éxtasis y las anfetaminas, el último grupo compuesto por anfetamina y metanfetamina.

Sustancias Tipo Éxtasis.

Las sustancias tipo éxtasis incluyen el 3,4-metilendioxitetanfetamina (MDMA), 3,4-metilendioxi-anfetamina (MDA) o 3,4-metilendioxi-N-etil-anfetamina (MDEA) y sus análogos. La más común entre las sustancias tipo éxtasis es la MDMA20, aunque otros análogos como la MDA o la MDEA también se encuentran con frecuencia en las píldoras etiquetadas o vendidas como éxtasis. Esta droga está químicamente relacionada con los estimulantes del grupo de las anfetaminas, aunque se diferencia en alguna medida por sus efectos ya que, además del efecto estimulante, se le atribuyen efectos alucinógenos. El uso recreativo del éxtasis se popularizó en la década de los 80 en algunos países europeos, en las entonces conocidas fiestas electrónicas (rave parties). Desde allí se expandió a los Estados Unidos y luego al resto del mundo. Una de las

Número 4. enero-julio 2021

razones de su rápida expansión tiene que ver con su facilidad de elaboración y de tráfico. Hacia fines de los 2000 la pureza del éxtasis declinó en Europa, impactado por el surgimiento de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP). El consumo de éxtasis en la población general de Canadá y los Estados Unidos, con tasas del 0,9% en cada uno de ellos, está muy por encima de las tasas de consumo en las demás subregiones, como es el caso de Belize con el 0,5% y Costa Rica con el 0,4% en América Central; Uruguay con el 0,4% y Argentina con el 0,3% en América del Sur; y Barbados con el 0,3% y República Dominicana con el 0,2% en el Caribe. Los datos de la prevalencia del último año indican que, en casi todos los países con información disponible, el consumo de éxtasis es siempre mayor en los hombres que entre las mujeres. La excepción la constituye Suriname, con registros del 0,08% en hombres y el 0,15% en mujeres.

Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis en la población general.

En la población general los porcentajes de percepción de gran riesgo por el consumo ocasional (una o dos veces) de éxtasis superan el 70% en la mayoría de los países. De los 16 países, en 6 de ellos el registro supera el 80% y en 4 la percepción de gran riesgo se encuentra entre el 70% y 80%. En los restantes 6 países, el registro es superior al 50%, pero inferior al 70%. En la población general las diferencias por sexo en la percepción de riesgo son menores o inexistentes. En cuanto a la percepción de gran riesgo por el uso frecuente de éxtasis en la población general, de los 16 países que informaron, en seis de ellos el registro supera el 90%. En cinco países el registro está entre el 80% y el 90%. En tres países los registros son superiores al 70%, pero inferiores al 80%. En Guyana y Paraguay los registros bordean el 60%.

Grupo de las Anfetaminas.

Este grupo incluye tanto a la anfetamina como a la metanfetamina. Si bien algunas anfetaminas son elaboradas para fines médicos, la mayoría de ellas son producidas ilícitamente en laboratorios clandestinos y distribuidas ilegalmente²¹.

¿Cómo surgen las Anfetaminas?

Las sustancias del grupo de las anfetaminas fueron originalmente compuestas a fines del Siglo XIX y comercializadas sin prescripción médica, como descongestionantes nasales. Cuando se utilizan en dosis similares, la metanfetamina llega al cerebro en cantidades mayores que la anfetamina, lo cual convierte a esta sustancia en un estimulante del sistema nervioso central más poderoso y su efecto es de mayor duración.

Consumo de Anfetamina y Metanfetamina en la población general.

Siete países informaron el consumo de anfetamina en la población general. En América del Norte se observa una prevalencia del consumo “alguna vez en la vida” del 3,2% en Canadá, seguido de México con el 0,4%. En todos los países²² los registros informados son más altos entre los hombres que entre las mujeres. El mayor consumo en la región se observa en los Estados Unidos con una prevalencia de vida del 5,4%, seguido de México con el 0,9%. Los registros de los otros tres países que reportan información son considerablemente más bajos, con el 0,1% en Chile y Costa Rica y el 0,2% en Uruguay. En todos los países se observa mayor consumo entre los hombres.

USO NO PRESCRITO DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN CONTROLADA (MPC).

¿Qué es MPC? Medicamentos de Prescripción Controlada.

Los medicamentos de prescripción controlada (MPC) El consumo de MPC, tanto con y sin prescripción, se está expandiendo. En un gran número de países de las Américas los MPC usados sin prescripción médica son las sustancias controladas que más utilizan los estudiantes de enseñanza secundaria, después del alcohol y la marihuana. Los estudios en poblaciones adultas han investigado los patrones de uso de estos medicamentos, especialmente los tranquilizantes, determinando que la prescripción profesional de medicamentos para el tratamiento es el punto de inicio del consumo, seguido a menudo por la automedicación.

Tranquilizantes.

Los tranquilizantes abarcan diversos fármacos, tales como los barbitúricos, las benzodiazepinas y los

Número 4. enero-julio 2021

medicamentos para dormir, que son conocidos bajo una amplia gama de nombres comerciales y de la calle. Los tranquilizantes producen un efecto calmante que disminuye la actividad cerebral y se utilizan a menudo para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño; sin embargo, pueden producir efectos secundarios para la salud, como somnolencia, dificultad para hablar, problemas de concentración y confusión, problemas de memoria y movimiento, disminución de la presión arterial y respiración lenta. Las benzodiazepinas corresponden a un grupo de medicamentos para tratar problemas como la ansiedad, el insomnio y las convulsiones; sin embargo, el consumo crónico de benzodiazepinas puede llevar a desarrollar tolerancia y provocar adicción. Desde hace algunos años el consumo de benzodiazepinas con fines no médicos figura como uno de los factores involucrados en una cifra creciente de muertes e incidencias negativas en América del Norte y Europa. En 14 países se cuenta con información sobre el consumo de psicofármacos tranquilizantes sin prescripción médica. En seis de ellos la prevalencia oscila entre el 1,5% y el 2,2% y en cinco es inferior al 0,5%. El análisis según el sexo indica un patrón de uso mayoritariamente en mujeres. La excepción la constituyen los dos únicos países del Caribe (Las Bahamas y Jamaica), donde no hay registro de prevalencia de consumo entre mujeres. En Bolivia, país de relativamente alta prevalencia, y en Colombia, el uso es mayor entre los hombres. En México se observa paridad por sexo, con prevalencias bajas²³.

Estimulantes.

¿Qué son los medicamentos estimulantes?

Los medicamentos estimulantes son sustancias que incrementan el estado de agudeza mental, la atención y la energía. Históricamente han sido prescritos para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, diversos trastornos neurológicos y una variedad de otras enfermedades. Suelen generar un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la glucosa sanguínea, comprimiendo los vasos sanguíneos y abriendo las vías del sistema respiratorio. Entre los medicamentos estimulantes más usados están las anfetaminas (Adderall y Dexedrina) y el metilfenidato (Concerta y Ritalina). Al hacerse evidente su potencial para el abuso

y la adicción, los médicos han comenzado a disminuir la prescripción de estimulantes. En la actualidad los medicamentos estimulantes solamente se prescriben para tratar unas pocas enfermedades, en particular el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la narcolepsia y, en algunos casos, la depresión cuando esta no responde a otros tratamientos. Las dosis altas de medicamentos estimulantes pueden resultar en un latido irregular del corazón y una temperatura corporal peligrosamente alta, además de existir la posibilidad de que se produzca insuficiencia cardiovascular o convulsiones. Algunas personas pueden ponerse hostiles o tener paranoia cuando toman dosis altas de ciertos medicamentos estimulantes o los toman repetidamente. Muy pocos países de la región proporcionaron información sobre el consumo de medicamentos estimulantes usados sin prescripción médica, según las encuestas realizadas en la población general. En los Estados Unidos la prevalencia del último año del consumo de este tipo de fármacos registró un 2,1% y en Canadá un 0,3%, dando cuenta que en América del Norte el consumo de este tipo de medicamentos en la población general está mucho más generalizado en los Estados Unidos que en Canadá. Costa Rica, con una prevalencia del último año del 1,7% presenta registros mucho más altos que El Salvador con el 0,4% y Panamá con el 0,05%. En América del Sur Bolivia y Chile presentan una prevalencia del último año de consumo del 0,3%, seguido de Argentina con el 0,1%. En el Caribe sólo Jamaica con el 0,1% reportó información sobre la prevalencia del último año de consumo de medicamentos estimulantes.

Analgésicos opioides.

De acuerdo con información reportada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, los opioides²⁴ --que incluyen opioides recetados, heroína y fentanilo-- estuvieron involucradas en el 63% de las aproximadamente 52.000 muertes por sobredosis de drogas en los Estados Unidos en 2015. Esto equivale a 91 muertes por sobredosis de opioides cada día. Si bien los datos recientes sugieren que los abusos de opioides disminuyeron en algunas áreas, el número de individuos que informan sobre el consumo actual de estas drogas es aún más que aquellos que

Número 4. enero-julio 2021

informan sobre el uso de cocaína, heroína, metanfetamina, MDMA y fenciclidina (PCP) combinados. En los Estados Unidos los analgésicos opioides son la segunda causa más común para buscar tratamiento por problemas de drogas después de la marihuana. En 2014 se reportaron 128.175 admisiones a tratamiento sólo considerando los centros de tratamiento públicos. El fentanilo se ha convertido en una epidemia por sí mismo. El fentanilo es un opioide sintético muy potente, usado en medicina como analgésico. Se considera que es 50 veces más potente que la heroína y 100 veces más potente que la morfina. Está disponible, legalmente, sólo a través de una receta médica no reutilizable (receta retenida). La combinación de su extrema potencia y la facilidad de acceso a la droga han hecho que el fentanilo sea cada vez más común entre los consumidores de drogas de los Estados Unidos. Los distribuidores a menudo lo mezclan con heroína o cocaína, intencionalmente y/o al menos sin el conocimiento del usuario, para aumentar sus efectos eufóricos. De acuerdo con un informe del CDC, del año 2016, hubo 5.544 muertes por sobredosis de opioides sintéticos fabricados ilícitamente en los Estados Unidos en 2014, lo que significa un aumento del 79% con relación al año anterior.

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NSP).

El mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias nuevas sustancias que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. En un esfuerzo por promover una terminología común para identificarlas, UNODC utiliza únicamente el término “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), definidas como “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971,⁷² pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”. El término “nuevas” no se refiere necesariamente a nuevas invenciones -- varias NSP fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años -- sino que son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido incorporadas en las convenciones mencionadas. Las NSP pueden ser

categorizadas en términos de similitud en la estructura química y/o por sus principales efectos farmacológicos. Del mismo modo, es importante considerar que la semejanza en la estructura química no siempre genera los mismos efectos farmacológicos, así como un similar efecto farmacológico puede ser producido por NSP de estructura química diferente, provocando diferentes efectos toxicológicos en los usuarios.

NSP en América del Norte.

El informe mundial de drogas de 2017 de UNODC indica que, en América del Norte, especialmente en los Estados Unidos y Canadá, están algunos de los mercados más grandes y diversificados de NSP en el mundo. La prevalencia del último año de consumo de catinonas sintéticas con efectos estimulantes (informados como “sales de baño”) entre los estudiantes de enseñanza secundaria en los Estados Unidos ha sido bastante baja, con un 1,3% o menos en todos los grados, ya que esta categoría se incluyó por primera vez en la encuesta Estudio de Observación del Futuro de 2012. Los registros han fluctuado durante este período, aumentando del 0,8% al 1,0% entre 2012 y 2013, disminuyendo al 0,4% en 2015, y aumentando al 0,9% en 2016.⁷⁶ La prevalencia del último año de consumo de plantas o hierbas alucinógenas entre los estudiantes de enseñanza secundaria de México fue de 1,5%. Los cannabinoides sintéticos se encuentran entre las NSP más utilizadas en América del Norte. En los últimos años se observó una fuerte reducción del consumo de cannabinoides sintéticos entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, de 11,4% en 2011 a 3,5% en 2016, entre los estudiantes de 12o grado⁷⁶.

NSP en América del Sur.

Si bien el tiempo y los patrones de consumo de las sustancias emergentes son diferentes en América Latina que en América del Norte o Europa, se ha informado de una variedad de NSP en América del Sur. La aparición de NSP aumentó entre 2013 y 2016 y solo en 2016 se notificaron más de 60 sustancias diferentes. Una característica de las NSP en la subregión es la gran cantidad de sustancias con efectos estimulantes o alucinógenos. Ambos grupos son considerablemente

Número 4. enero-julio 2021

más grandes que el grupo de cannabinoides sintéticos. Hasta agosto de 2017 se habían reportado un total de 130 NSP diferentes en América del Sur, según datos de siete países.

Sustancias de origen vegetal.

Si bien las NSP son mayoritariamente drogas sintéticas que no están controladas por las convenciones internacionales, ellas también incluyen una categoría de drogas de origen vegetal. Gran parte de estas plantas o sustancias de origen vegetal tienen propiedades psicoactivas. Se creía que muchas de ellas estaban destinadas única y exclusivamente a rituales religiosos propios de los pueblos originarios de América. Sin embargo, los datos pesquisados en las últimas encuestas dan cuenta de consumidores jóvenes, de estratos socioeconómicos altos y que utilizan estas drogas con fines exclusivamente recreativos²⁶.

REFLEXIONES FINALES.

Claves teóricas:

Elaboracion por: Brnda Mondragon.

Reflexiones prácticas: Muertes por drogas en México.

“Las muertes relacionadas con el consumo de drogas en México han registrado un repunte en los últimos años; no obstante y pese a que con el tiempo el narcotráfico y la oferta de estupefacientes en el país se han ampliado, el alcohol se mantiene como la principal causa de las defunciones por sustancias tóxicas”. (Molina., 2019).

Entre 1998 y hasta el 2017 la muerte de 69,252 personas se ha relacionado con el uso de drogas tanto legales como ilícitas en México según datos de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud; del total, 94% está relacionado con el alcohol. (Molina., 2019).

Daños por el consumo de drogas.

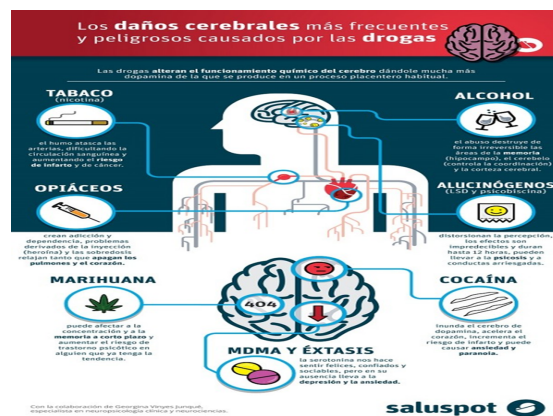


Imagen obtenida de: AEPA., F. (Enero de 2021). Los daños cerebrales más frecuentes y peligrosos causados por las drogas. Obtenido de Los daños cerebrales más frecuentes y peligrosos causados por las drogas.: <https://www.fundacionaepa.com/2016/02/los-danos-cerebrales-mas-frecuentes-y.html>

Marco Normativo.

El marco normativo está básicamente constituido por los siguientes instrumentos legales:

a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Reducción de la demanda:

Artículo 4: Salud; vida sana, desarrollo.

Artículo 73 fracción XVI, inciso 4: Campañas contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana.

Artículo 117, fracción IX: Gravar la producción, el acopio o la venta del tabaco en rama, se dictarán, leyes encaminadas a combatir el alcoholismo.

Reducción de la oferta: delincuencia organizada.

Artículos 16 párrafos 8-10

Artículo 18 párrafo 9

Artículo 19 párrafo 2 y 6

Artículo 20 apartado B fracción III y V; apartado C fracción V.

Materiales del seminario.

Este tema pueden ser ampliamente relacionado con muchos de los materiales vistos en este seminario:

Número 4. enero-julio 2021

“El modelo de reducción de daños en el tratamiento de la drogadicción”.

Video recomendado por la doctora Graciela Staines.

Mark Tyndall nos ayuda a ver desde otra perspectiva los problemas de drogadicción, el ofrece una mirada totalmente distinta a lo que estamos acostumbrados, ya que como el menciona se a estigmatizado tanto a los problemas de drogadicción, que hemos perdido de vista el objetivo que debería ser ayudar a estas personas que se han llegado a considerar como lo peor de la sociedad, como personas desechables, estos estigmas sociales no nos dejan ver que hay soluciones que podrían ofrecer mejores resultados, pero que nos negamos a ver porque no estamos dispuestos a salir de lo convencional, de lo socialmente aceptado, e incluso de lo más fácil, que es el castigo, la imposición, cuando en realidad nos encontramos ante problemas que requieren atención, apoyo y empatía.

Temario: unidades 1, 4, 5, y 9.

El capítulo: “Poop” de la serie “Conexiones”, este capítulo nos deja ver cómo las heces dicen mucho de nosotros, por ejemplo como vivimos, y lo que consumimos, pues el análisis de estos restos, deja ver heces en el agua con restos de drogas, por ejemplo cocaína o éxtasis (mismas que aumentaban los fines de semana), analgésicos o antibióticos.

El caso de Esperanza y Salvador, en donde vemos factores de riesgo como la violencia y la desigualdad, la explotación.

Amartya Sen y la influencia que juega en nosotros el círculo en el que nos encontramos, el grupo social.

Es por ello que también es importante tomar en cuenta la importancia de la resiliencia en nuestra vida.

Postura personal.

Mi fuente me pareció excelente ya que cuenta con indicadores de sumo valor pues permiten el análisis objetivo de datos claros, que me ayudaron observar un panorama de evidencias fácil de entender, de manera que se puede compartir esta información de importancia e interés para todo el público en general, con indicadores

visuales como son las gráficas y con datos duros y fiables de recolección de un organismo internacional.

El consumo de drogas en todo el mundo es una realidad, es por ello que me parece muy importante primero la realización de este tipo de informes, que nos presentan información sobre las tendencias, y los desafíos que se tienen que enfrentar, y después su divulgación pues es importante crear estas redes de información en busca de la prevención.

FUENTE SELECTA.

Organización de los Estados Americanos (OEA). Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). “Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019”. Washington, D.C.: CICAD. (2019). <http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html> (consultado el 4 de febrero de 2021).

FUENTES COMPLEMENTARIAS.

Armenta., Jelsma., A. M. Las convenciones de drogas de la ONU. Transnational Institute. (2019, 18 junio). <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu> (Último acceso: 4 de febrero de 2021).

Chisman., Anna McG. CICAD: Un trayectoria de desafíos, cambios y éxitos. Obtenido de CICAD: Un trayectoria de desafíos, cambios y éxitos. 5 de febrero de 2012. http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/history/lookback_spa.asp#:~:text=Cuando%20en%20noviembre%20de%201986,nacionales%20en%20materia%20de%20drogas. (Último acceso: 4 de febrero de 2021).

Molina., H. (4 de Agosto de 2019). En muertes por drogas, el alcohol gana terreno. Obtenido de En muertes por drogas, el alcohol gana terreno.: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/En-muertes-por-drogas-el-alcohol-gana-terreno-20190804-0105.html> (Último acceso: 4 de febrero de 2021).

Salud., O. M. Glosario de términos de alcohol y drogas. . Obtenido de Glosario de términos de alcohol y drogas. (1994). :

Número 4. enero-julio 2021

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf (Último acceso: 4 de febrero de 2021).

Salud., O. M. El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. Obtenido de El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. (21 de Septiembre de 2018).: <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men#:~:text=Seg%C3%BAAn%20un%20informe%20publicado%20hoy,1%20de%20cada%20%20muertes.> (Último acceso: 4 de febrero de 2021).

UNIÓN., C. D. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Obtenido de CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. (2020).: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf (Último acceso: 4 de febrero de 2021).

El presente trabajo se realizó en el Seminario constructivista y el Aula Jurídica Virtual, bajo la estructura, fuentes y supervisión de la catedrática Graciela Staines Vega