

Programa de Asistencia e Investigación de las
Adicciones

**“Estudio sobre Perfiles Sociales y Patrones
de Consumo de Sustancias Psicoactivas en
Adolescentes residentes en Dispositivos de
Régimen Cerrado de la Secretaría de Niñez,
Adolescencia y Familia”.**

Autores:

Lic. Fabiana Cantero¹
Lic. Fernando Veneziale

¹ La Lic. Natalia Caffieri y el Lic. Fernando Cerruti participaron en la tarea referida al trabajo de campo y recolección de información. Agradecemos el apoyo brindado en todo momento por el Dr. Gustavo Piantino y por los integrantes de los equipos técnicos de las instituciones visitadas, como también los aportes del Lic. Luis Vallone y de la Dra. Mónica Nápoli por su asesoramiento técnico en materia de drogas. Por último, este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de los adolescentes que voluntariamente se prestaron a ser entrevistados. Nuestro mayor reconocimiento para cada uno de ellos.

PRESENTACIÓN

La realización del presente trabajo forma parte de una serie de estudios que viene produciendo el programa PAIDA desde el año 2004. La meta que guía esta continuidad que se lleva a cabo con una periodicidad bianual reside en mantener actualizado los indicadores básicos sobre la magnitud, los hábitos y los patrones de consumo de drogas en franjas de población infanto juvenil asistida por programas de nuestro organismo². En este caso, se recoge información desagregada sobre un grupo de adolescentes privados de libertad, que se encuentran alojados en instituciones de régimen cerrado, todos ellos autores o presuntos autores de la comisión de delitos. Asimismo, hemos incorporado a modo de complemento, un análisis pormenorizado sobre un dominio de estimación de variables sociodemográficas de los adolescentes encuestados. Creemos que este es un medio eficiente de diagnóstico para avanzar en una articulación entre investigación y gestión que redunde en un conocimiento mas acabado, pasible de contribuir al diseño de políticas públicas preventivas aplicadas a la población estudiada.

Este informe se desarrolla en dos ejes centrales. En el capítulo I se presta especial atención a aquella información que permite vislumbrar con mayor precisión un primer conocimiento sobre los estratos de origen, condiciones de vida y problemáticas asociadas a dicho posicionamiento en la estructura social.

En el capítulo II se exponen datos que identifican tendencias estadísticas referidas al uso de sustancias psicoactivas, así como se explora una aproximación cuantitativa a aspectos vinculados a actos transgresores a la ley que se llevan a cabo bajo efectos de sustancias. Empero, es preciso aclarar que en cuanto a esta última temática se necesita de otros acercamientos analíticos que aquí no se desarrollan.

Por último, se incluyó como cierre un glosario sobre la terminología, los criterios de agrupamiento y las clasificaciones que remiten exclusivamente a las sustancias que los jóvenes afirman haber consumido. Allí se describen sus propiedades toxicológicas y sus efectos sobre el organismo y las consecuentes modificaciones en la percepción, en el estado de ánimo y en la conducta que trae aparejado su ingesta.

² Al respecto véase: “Perfiles Sociales de Jóvenes Beneficiarios del Programa de Atención e Investigación de Adicciones del CONNAF” 2003/2004; “Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle”, 2005 (realizado en conjunto con la SEDRONAR); y “Estudio sobre Patrones de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes atendidos por el programa Paidá” 2006/2007.

FUNDAMENTACIÓN

En el último lustro se llevaron a cabo significativos avances en materia de sondeos sobre consumo de sustancias psicoactivas en la población infanto juvenil, en concomitancia con un progresivo perfeccionamiento de la metodología y los instrumentos destinados a abordarla desde una perspectiva socioepidemiológica. No obstante, aún quedan importantes vacíos de información en relación a algunas áreas específicas, entre ellas al impacto alcanzado por el uso de drogas y alcohol, en particular en lo que refiere a nuestro grupo de interés: los adolescentes infractores a la ley.

Los escasos datos disponibles señalan que es en la franja etárea juvenil donde se concentran los grupos de riesgo más proclives a los agentes precipitantes de conductas de consumo abusivo de drogas. Según consta en investigaciones del SEDRONAR del año 2005 2006 y 2007, el mismo se intensifica notablemente a partir de los 16 años, mientras que la edad de inicio se sitúa promediando entre los 12 y 13 años según el último relevamiento realizado por el PAIDA (2007), con tendencia a seguir descendiendo. Asimismo, es plausible la tarea de identificar una asociación de correspondencia entre los patrones de consumo de distintas sustancias y los perfiles sociodemográficos de los jóvenes usuarios de drogas.

Vinculado a esto último, existe un supuesto generalmente aceptado pero aún parcialmente respaldado por la evidencia empírica sistematizada, acerca de las dimensiones alcanzadas por la irrupción visible y extendida de nuevas sustancias que no estaban integradas hasta hace pocos años a los patrones toxicológicos habituales en nuestro país, y cuya tasa de consumo se incrementó de manera exponencial durante el último lustro; nos referimos a la atención social que concita el caso particular de la pasta base de cocaína y al peso diferencial que la masividad de su uso tendría dentro de los sectores sociales más desprotegidos y mayormente expuestos a condiciones de vulnerabilidad. Socialmente se suele homologar la pasta base con lo que se denomina comúnmente “paco”, si bien pueden existir diferencias ostensibles en su composición y propiedades tóxicas.

No obstante, existe un consenso genérico acerca de la percepción del tipo de daño que ocasiona, dado que se trata de una sustancia cuya obtención se realiza mediante procesos de elaboración no convencionales. Ello trasunta en que se considera que el paco es una de las seis o siete variedades detectadas de la pasta de cocaína tratada. A efectos de facilitar la comprensión, no se distinguirá esa diversidad de composición, nombrando a la pasta base como la sustancia que agrupa a todos sus subtipos.

Según datos disponibles del Observatorio Argentino de Drogas, en su Tercer Estudio Nacional, año 2006, el consumo de esta sustancia tiene una tasa de prevalencia anual mayor entre los grupos juveniles, observándose que en uno de los segmentos etarios estudiados, el de 12 a 17 años, es donde se concentran porcentajes más altos a la media general y en donde su uso se agudiza duplicando la frecuencia de consumo.

Actualmente existe una idea fuerza instalada en el imaginario público que señala una marcada asociación entre uso de drogas y la ocurrencia de transgresiones a la ley protagonizadas por sectores juveniles. Aunque podrían coexistir factores concurrentes que abonarían esta posibilidad, muchas veces presentada como un elemento axiomático, no puede desconocerse que las ondas socioepidemiológicas sobre la incidencia de los trastornos producidos por consumo de paco se despliegan con mayor intensidad en enclaves de pobreza urbana y barrios emplazados en zonas de exclusión social, con indicadores críticos de necesidades básicas insatisfechas. Por otra parte, la proliferación de episodios delictivos de diferente cuño probablemente no se deba tanto a la evolución significativa de la tasa objetiva de delitos sino al estado de la opinión pública desarrollado a partir de ellos. De todos modos, el consumo de drogas en jóvenes que delinquen dista de ser un problema que responde a un solo factor causal. Un punto de partida adecuado sería generar un conocimiento que apunte a explorar la vinculación entre la emergencia de estos grupos juveniles, sus hábitos y prácticas, y los efectos de las profundas transformaciones operadas en la estructura social en las últimas décadas. Entre ellos, las consecuencias, tanto en el plano subjetivo como en el objetivo, de la crisis sistémica de la capacidad socializadora de las instituciones tradicionales, más aun en poblaciones donde esa carencia resultante se viene transmitiendo en forma intergeneracional.

La producción de datos sobre patrones de consumo en jóvenes infractores es deficitaria y los escasos estudios realizados se centran desde una perspectiva del Derecho donde se enfatizan los aspectos jurídicos en detrimento de los procesos sociales complejos y de las fuentes estadísticas confiables para obtener indicadores de tendencia válidos.

Este trabajo se propone, en la medida que su escala reducida a una población específica lo permita, aportar un registro sobre las temáticas descriptas y evaluar de manera rigurosa la información actual sobre consumo de drogas, acotándose la elaboración de datos en una primera fase a un grupo de adolescentes residentes en institutos de régimen cerrado dependientes de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

Complementariamente y en un futuro, como un segundo momento, está prevista la continuación del estudio con el material obtenido en entrevistas adicionales donde se indaga exhaustivamente aspectos cualitativos,

representaciones sociales y dimensiones no aprehensibles por procedimientos estadísticos.

OBJETIVO GENERAL

- Generar información actualizada mediante la conformación de una base de datos estandarizada y ampliada relativa los perfiles sociales y a las prácticas y usos de sustancias psicoactivas en la población juvenil referida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer y estimar las variables de caracterización sociodemográficas del grupo bajo observación.
- Establecer un análisis de patrones de consumo de drogas predominantes en los grupos de jóvenes.
- Reconstruir las trayectorias individuales de consumo y estimar la cronología de uso, prevalencia, frecuencia que los distintos tipos de sustancia tienen en ellas.
- Cuantificar posibles itinerarios institucionales relacionados con un recorrido en dispositivos penales y/o asistenciales, así como relevar posibles tratamientos de rehabilitación por adicciones.
- Obtener información longitudinal como insumo para establecer una base comparativa entre el presente trabajo y otros a replicar, que permitan conocer la evolución temporal de las tendencias del fenómeno estudiado.

METODOLOGIA

En este apartado se describe sucintamente el abordaje metodológico aplicado sobre un número de mayor representatividad posible del universo estudiado.

En la investigación se implementó un diseño descriptivo donde se exponen las frecuencias que asumen los distintos valores que toman las variables medidas. A su vez, se incluye en varios de los cuadros los cruces donde se exploran posibles correlaciones entre las mismas.

El universo elegido fueron los jóvenes varones en conflicto con la ley que han incursionado en el consumo de sustancias psicoactivas y que se encuentran privados de libertad en los dispositivos de régimen cerrado de la SENAF.

La muestra escogida fue de tipo intencional no probabilística, con un criterio de asignación contingente para ser seleccionados, ya que todos aquellos que hubieran consumido estaban en condiciones de ser entrevistados.

En cuanto al tamaño de la muestra, desde un inicio nos propusimos la medición completa del universo estudiado y no de una fracción del mismo, es

decir el propósito de entrevistar a “todos” los adolescentes privados de libertad que hubieran consumido sustancias psicoactivas.

Si bien el análisis de un subconjunto representativo supone una ventaja en cuanto a la economía de esfuerzo y recursos, no es menos cierto que acercarse al universo entero habilita una base fáctica más sólida y un conocimiento más exhaustivo del objeto de estudio. Este propósito tuvo en principio un obstáculo metodológico dado que esta población fluye con un alto nivel de rotación ya que está sujeta a una dinámica de constantes ingresos y egresos de los dispositivos penales juveniles. No obstante este inconveniente, se logró aplicar el cuestionario a una muestra de 218 personas cuando el promedio de adolescentes alojados en los establecimientos cerrados que fueron visitados oscilaba en una media de 230 a 250 jóvenes³. Por ello mismo es que afirmamos que la muestra, a pesar de ser intencional, ostenta un óptimo alcance de representatividad del universo total.

Se diseñó como único instrumento de recolección de datos un cuestionario individual, semiestructurado, combinando preguntas cerradas y abiertas, aplicado de una sola vez para cada unidad de análisis.

En todo momento se conservó el anonimato del entrevistado asegurando la confidencialidad de la información proporcionada. Quienes se prestaron a ser encuestados lo hicieron voluntariamente.

El cuestionario empleado indagó las siguientes dimensiones de análisis: datos sociodemográficos básicos, procedencia geográfica, nivel de instrucción alcanzado, posibles antecedentes laborales y situación de calle, y tipos de configuraciones familiares.

En lo que respecta a los patrones de consumo se interrogó acerca de las edades y sustancias de inicio y, se rehizo el orden cronológico de las distintas drogas probadas y se brinda información relacionada con episodios de policonsumo, sustancia de mayor uso, prevalencia y frecuencia, tratamientos, antecedentes familiares de consumo, recorrido institucional y posibles infracciones cometidas bajo efectos tóxicos.

³ Fuente: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, UNICEF y Universidad Nacional de Tres de Febrero; “Adolescentes en el sistema penal. Situación actual y propuestas para un proceso de transformación”. Buenos Aires, 2008.

TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo propiamente dicho se implementó durante el periodo que abarcó desde diciembre de 2008 a julio de 2009, y el cuestionario fue respondido por 218 jóvenes en edades comprendidas en el corte etario de 14 a 20 años.

A los fines operativos, el equipo de encuestadores estuvo conformado por integrantes del equipo técnico del programa Paidá que incluye a los autores de este trabajo.

Los lugares donde se desarrolló la recolección de información fueron los Institutos de Régimen cerrado San Martín, Belgrano, Rocca y Agote, todos situados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estos dispositivos dependen de la Dirección Nacional de Políticas para Adolescentes Infractores (SENAF). Una vez comenzado la ejecución del trabajo de campo no hubo modificaciones en la confección del cuestionario, efectuándose solo ajustes procedimentales.

Para el proceso de carga de base de datos y posterior procesamiento estadístico se utilizó el programa Excel.

**VARIABLES DE ESTIMACIÓN
DE LOS PERFILES SOCIALES
DE LOS JÓVENES**

EDAD

CUADRO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS JÓVENES SEGÚN TRAMOS DE EDAD

Franjas etáreas	Casos	%	Porcentaje Acumulado
14 a 15 años	45	20,7	20,7
16 a 17 años	118	54,1	74,8
18 a 20 años	55	25,2	100
TOTAL	218	100	

El tramo de edad que se extiende de los 16 a 17 años es el que reúne el porcentaje más alto (54,1 %).

Casi el 75 % del total de los jóvenes no supera los 17 años.

El promedio general de edad es de 16,7 años.

Cabe consignar que la categoría que aparece con mayor frecuencia es la de 17 años: cerca del 40 % de los jóvenes tienen esa edad.

EDUCACIÓN

CUADRO N° 2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO⁴

Nivel de Instrucción	Casos	%	Porcentaje acumulado
Sin instrucción	15	7	7
Primaria incompleta	131	60	67
Primaria completa	19	8,6	75,6
Secundaria incompleta	52	24	99,6
Secundaria completa	1	0,4	100
TOTAL	218	100	

El 7 % nunca asistió a la escuela. Poco más de dos tercios de los jóvenes (67 %), o bien no han finalizado el ciclo primario, o bien no han recibido ningún tipo de educación formal cuando, dado el tramo de edad que abarca la totalidad de los jóvenes entrevistados (14 a 20 años), todos ellos superan ya la edad suficiente para poder haber completado dicho ciclo. Sin embargo, solo un 33 % ha logrado concluir la educación básica primaria.

⁴ El tratamiento de esta variable fue elaborado teniendo en cuenta los cambios implementados en la organización curricular tanto del sistema anterior (basada en la Ley federal de Educación, ley 24.195), como la que rige actualmente (Ley de Educación Nacional, ley 26.206). La modificación de la estructura educativa (1993) significó un cambio en los niveles y ciclos que conformaban el sistema de enseñanza hasta entonces. El esquema implantado propició una educación general básica (EGB) de nueve años, que junto con la educación preescolar se los consideró obligatorios. La EGB articuló los siete años del antiguo ciclo primario agregándole dos años (octavo y noveno), que anteriormente correspondían al nivel secundario. Los ciclos se establecieron del siguiente modo: EGB1 (primero, segundo y tercero), EGB2 (cuarto, quinto y sexto), EGB3 (séptimo, octavo y noveno), y Polimodal (de tres años). La combinación entre la reforma de la estructura curricular y la descentralización de las decisiones de implementación hacia las jurisdicciones provinciales tuvo como correlato la profunda fragmentación de un sistema que hasta allí se había caracterizado por una relativa homogeneidad y centralidad ejecutiva. Dado que el grupo de jóvenes que componen la muestra proceden de la provincia de Buenos Aires y de la Capital Federal, fue necesario ponderar correctamente el nivel de instrucción alcanzado de acuerdo a un patrón equivalente, ya que esos distritos tuvieron hasta el año 2007 diferentes ofertas educativas en cuanto a su organización curricular. La nueva Ley de Educación Nacional vigente extiende la normativa de obligatoriedad de escolarización a todo el secundario, promoviendo la reorganización de los ciclos educativos dividiéndolos en dos niveles de siete años para el ciclo primario y cinco para el secundario, o la opción de seis años para cada uno.

Del mismo modo, observamos que si bien al menos 55 jóvenes se encuentran en condiciones de edad para haber culminado ya la escuela media (la franja de 18 a 20 años), solo uno de ellos ha podido efectivamente terminar el secundario.

A través de los bajos niveles de instrucción formal hallados se obtuvieron otros indicadores que resaltan aun más la magnitud de las falencias detectadas en el plano educativo:

- Un aspecto que nos importa destacar es que en el momento inmediatamente previo a ser detenidos o alojados en establecimientos de régimen cerrado o en otros dispositivos institucionales que implicaban la privación o restricción de libertad ambulatoria, prácticamente la totalidad de los jóvenes no estaban concurriendo a la escuela. En otras palabras, la tasa de deserción escolar en ese recorte sincrónico tendía a ser absoluta.

- Por otra parte, al interior del subgrupo de quienes informaron tener el nivel primario incompleto, se observa que el 62 % de ellos dejaron de asistir a la escuela entre primer y tercer grado.

- En tanto, el 93 % de la cohorte de jóvenes con el secundario sin terminar, abandonaron la cursada entre el primer y el segundo año.

- Directamente relacionado con los puntos anteriores, es relevante señalar otros aspectos a modo de síntesis: en rigor, el déficit educativo constituye una característica extendida del conjunto estudiado; las cifras expuestas ponen doblemente de manifiesto el “rezago escolar” ya que la cantidad acumulada de años de escolaridad (en la mayor proporción de los jóvenes y dadas sus respectivas edades) estaba por debajo a la esperada por el sistema educativo, y al mismo tiempo, no se encontraban asistiendo con continuidad a un establecimiento escolar para completar el nivel correspondiente del cual ya estaban considerablemente desfasados.

- A fin de complementar los datos que aparecen en el cuadro n° 2, al ser indagados, el grueso de los jóvenes describe a la última etapa que precede a la interrupción de la escolaridad como una fase fuertemente marcada por el ausentismo o la asistencia irregular, el bajo rendimiento, la repitencia de arrastre y la sobreadaptación a ciclos lectivos cursados con excesiva sobreedad⁵.

⁵ Técnicamente, se considera “sobreedad” al tiempo que media entre el curso estipulado en el que tendría que estar el niño o adolescente, según la pauta que surge de su ingreso a la escuela a la edad prevista siguiendo sin tropiezos la secuencia de los años escolares, y el año que está cursando.

La combinación de estas circunstancias van configurando progresivamente lo que un autor como Kessler denomina una “escolaridad de baja intensidad”⁶ o el “desenganche” gradual de las actividades elementales de la institución escolar. De este modo, la misma condición identitaria de “alumno” entra en crisis, erosionando o dejando un reducido margen a la capacidad retentiva de la escuela.

⁶ Para un análisis más detallado de los periplos escolares de los sectores populares que suelen tener como corolario el abandono de la educación formal, ver en: Kessler, G.: “Sociología de delito amateur”, Buenos Aires, Ed. Paidós, 2004.

CONFIGURACIONES FAMILIARES

CUADRO N° 3: TIPOS DE FAMILIAS SEGÚN GRUPALIDAD CONVIVIENTE⁷

Tipo de familia	Casos	Porcentaje
Monoparental	48	22
Monoparental ampliada	41	18,8
Ampliada	38	17,4
Nuclear	35	16
Ensamblada	27	12,5
Ensamblada ampliada	8	3,7
Nueva conformación familiar.	8	3,7
Grupo de hermanos	7	3,2
Unipersonal	6	2,7
TOTAL	218	100

El primer dato significativo que surge al observar cómo se estructuran en el plano familiar los vínculos parentales y afines señala una casuística de múltiples configuraciones.

Los tipos de familias monoparentales y ampliadas (en sus diversas variantes) concentran la mayor representación proporcional.

El modelo de familia nuclear primaria, con un 16 %, no es preponderante.

La presencia de familias ensambladas (16,2 %) revela rupturas previas, desmembramientos, reestructuración y nueva recomposición de núcleos de convivencia en la trayectoria de vida de esa proporción de jóvenes.

⁷ Tipologías basadas en clasificaciones censales, aplicadas al último grupo conviviente, residente en una misma unidad doméstica, compartiendo una misma vivienda:

Familia Nuclear: es la unidad familiar que se compone por padre, madre e hijos.

Familia Ampliada: (también llamada “extensa”) en este tipo, el núcleo se amplía más allá de dos generaciones, pudiendo incluir a abuelos, tíos, primos y otros integrantes emparentados, sean consanguíneos o por vínculos afines.

Familia Monoparental: grupo conformado por hijo o hijos que cohabitan con uno de sus progenitores.

Familia Ensamblada: (también llamada “reconstituida”) se entiende por tal a la conformación familiar compuesta por dos personas unidas en relación conyugal junto a los hijos de cada una de ellas, concebidos en uniones anteriores y, eventualmente, a los hijos que provinieran de ese nuevo vínculo.

Unipersonal: compuesto por un solo individuo sin núcleo convivencial familiar.

Nueva Conformación Familiar: refiere al grupo que el joven ha conformado por fuera de su anterior configuración familiar. Incluye generalmente a novia/concubina e hijos de esa unión.

Es marginal el porcentaje de jóvenes que se han independizado de su hogar de origen o de sus referentes adultos, ya sea conformando una nueva familia (3,7%), o viviendo solos (2,7 %).

Otros indicadores relacionados con la composición de la estructura familiar de los jóvenes:

- En cuanto al tamaño de la unidad familiar por cantidad de miembros, el promedio es de 6,7 personas por hogar (esta cifra casi duplica la media poblacional sobre el total de hogares de la región del AMBA –de donde proviene nuestro universo estudiado- donde el número de integrantes por hogar es de 3,4 miembros)⁸
- Se detectan familias de progenie numerosa, aún no emancipada, siendo los niños y adolescentes el subconjunto que aparece más frecuentemente en la morfología de los grupos.
- En aproximadamente la mitad de los grupos lo que predomina es la cohabitación plurifamiliar en domicilios comunes, articulada en redes agregadas de parentesco
- Los hogares matrifocales⁹ tienen una presencia consolidada como patrón de organización familiar: las familias monoparentales (en sus dos modalidades) suma un 41 % (89 casos), pero al analizar al interior de este grupo observamos que 81 de estos casos corresponden a jefaturas de hogar femeninas, mientras que solo 8 de ellos conciernen a jefaturas masculinas. De ello se deriva que la figura materna se constituye como elemento central del grupo y, en el caso de las familias monoparentales ampliadas (18,8 %), la madre aparecería no solo como soporte afectivo y material de sus hijos sino que extendería esta característica a toda la unidad de convivencia.

EXPERIENCIAS LABORALES

Criterios operativos para su medición

En este apartado se detallan los antecedentes de trabajo según los tipos de actividades desarrolladas por el grupo etario¹⁰. Para la elaboración de nuestro

⁸ SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida, 2003.

⁹ La matrifocalidad, sobre todo cuando está combinada con una progenie numerosa, suele ser una variable concentrada en los estratos sociales más desfavorecidos, tanto en términos absolutos como relativos. En relación a esto, véase: Arriagada, Irma “Familias latinoamericanas. Diagnósticos y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo”, Serie Políticas Sociales n° 57, Santiago de Chile, CEPAL, 2001, y Torrado Susana “Familia y diferenciación social. Cuestiones de método”, Buenos Aires, EUDEBA, 2006.

¹⁰ Como vimos, la población relevada se ubica en un tramo de edad que arranca en los 14 años, y donde un 75% de los jóvenes no supera los 17 años. Es una práctica común

indicador se interrogó sobre si contaban con una alguna experiencia laboral concreta y en el caso de una respuesta positiva, se estimaba la categoría ocupacional tomando como base la descripción de la tarea.

Los tipos de actividades a relevar debían ser remuneradas, es decir, incluir la percepción de un pago por una prestación determinada (por eso mismo excluimos a la mendicidad como categoría). Esta retribución monetaria podía ser directa (al niño o adolescente en mano) o indirecta, entendiendo a la misma cuando la participación de la fuerza de trabajo infanto juvenil se encuentra integrada al ingreso global de la unidad doméstica, sin ser ellos mismos quienes reciben un desembolso de dinero. Ejemplo frecuente de ello es la colaboración de niños y adolescentes en la obtención del sustento junto a otros miembros familiares en las recorridas de recolección y clasificación de material reciclable urbano.

Por regla, en los casos que referían a más de una experiencia de trabajo, se consideró solo a la actividad laboral principal, destacando a aquella cumplida con mayor carga horaria y extensión temporal.

Dado que nuestro objetivo se redujo a conocer el tipo de experiencias lícitas que les permitían a los jóvenes obtener recursos económicos a cambio de un servicio, quedan eliminadas como formas reconocidas de antecedentes de trabajo (sin perjuicio que pueden ser consideradas como tales en otro contexto u en otro marco conceptual que el aquí elegido) aquellas tareas domésticas que los niños y adolescentes desempeñan en el seno del hogar

que entre los jóvenes que declaran haber trabajado, muchos hayan empezado a hacerlo durante su niñez. Es decir, al examinar la magnitud de los antecedentes laborales estamos frente a un generalizado fenómeno de trabajo infantil-adolescente, que conlleva aristas más complejas y fluctuantes que las encontradas en el mercado de empleo de adultos. La legislación nacional sobre la materia (Ley de Contrato de Trabajo n° 20744) fija regulaciones tales como la prohibición de ocupar, salvo puntuales excepciones, a menores de 14 años y ajusta a normas específicas el trabajo para los adolescentes de 15 a 17 años, como por ejemplo la reducción horaria de la jornada laboral o la proscripción de trabajo nocturno (Fuente: CONAETI, Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación)

CUADRO N° 4: ANTECEDENTES LABORALES SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD

Número de jóvenes con experiencias laborales previas: 182 (83,4%)

Actividad laboral	Casos	Porcentaje
Cartoneo / recuperador urbano	59	32,5
Vendedor ambulante	34	18,8
Albañil / construcción	28	15,4
Changarín	21	11,5
Limpiavidrios/cuidacoches	19	10,4
Repartidor/volanteo	11	6
Feriante/ empleado de comercio	6	3,3
Maestranza / cadete	4	2,1
TOTAL	182	100

Reuniendo un tercio del total, sobresalen las tareas vinculadas a la recolección de residuos reciclables¹¹. En segundo lugar figura la venta ambulante con un 18,8 %. Entre estas dos solas actividades se concentra el 51,3 % del trabajo. Le siguen ocupaciones ligadas al mundo de la construcción, con un 15,4 % y, con pesos similares entre si, actividades de changarines (11,5 %) y

¹¹ En esta actividad se condensa empíricamente las condiciones laborales generales y el perfil ocupacional de los jóvenes que han tenido alguna experiencia de trabajo. La denominación “recuperadores urbanos” como sucedáneo de “cartoneros” remite al recobro del material de residuos desechados indiscriminadamente sin distinguir cuales son reciclables o no, situación que los expone a un alto grado de riesgo sanitario. La tarea tiene como eje central la venta de papel y cartón reutilizables a acopiadores de mayor porte de rentabilidad. Se convirtió, sobretodo en los finales de la década de los noventa y agravado durante el ciclo recesivo con pico en el 2001, en un fenómeno social en escala creciente y se volcaron hacia este tipo de actividad, tomándolo como estrategia de subsistencia, contingentes de familias de bajos recursos, con miembros expulsados del mercado laboral o no absorbidos por el. El incremento y la expansión del mismo lo ha provisto de “visibilidad social”, lo que ha provocado, paralelamente a la estigmatización de quienes trabajan como “cartoneros”, incipientes intentos de institucionalización por parte de las políticas públicas, sin alcanzar aún una regulación adecuada y manteniéndose, en el plano concreto, un alto nivel de informalidad en la actividad. Se trata de un fenómeno inminentemente urbano.

limpiavidrios / cuidacoches (con un 10,4 %). Con porcentajes más reducidos se ubican quienes declaran haber trabajado como repartidor o volanero, feriante o empleado de comercio y maestranza o cadete, respectivamente.

El análisis del material obrante nos muestra que las experiencias de trabajo se reparten con variaciones según sus tipos. Sin embargo una cuestión de fondo las unifica: homologándolas a las categorizaciones habitualmente utilizadas en los estudios sobre el mercado de empleo de adultos, podemos observar que las actividades laborales halladas remiten en gran parte a las tareas peor situadas en la escala sociocupacional urbana, constitutivas de los segmentos sociales insertos en el sector de la economía informal precarizada y al margen del mercado de trabajo regularizado.

Los tipos de actividades descritas en el cuadro n° 4 señalan opciones que no precisan, a priori, calificaciones formales o credenciales educativas significativas para desempeñarlas¹², como tampoco requieren de conocimiento o experticia como condiciones primordiales. Con respecto a quienes declaran haberse ocupado en tareas relativas al rubro de la construcción, refieren que no lo han hecho en ejercicio de un oficio sino en calidad de ayudantes, sujetos a la estacionalidad y discontinuidad características de esa actividad.

Por otra parte, la información disponible también señala un conjunto de ocupaciones heterogéneas (mas cercanas a la categoría de “rebusque pluriactivo”), que rayan con la mendicidad, tales como los servicios ofrecidos por limpiar vidrios, volanear, cuidar coches o algunas rémoras de cuentapropismo informal de venta ambulante, actividades que suelen tener un vínculo consolidado con la permanencia sostenida en la vía pública.

¹² Es factible que, como probables variables asociadas, la alta tasa de antecedentes laborales hallada (83,4 %), incida negativamente en los desempeños escolares y posterior abandono de la escuela, indicadores observados en el punto n° 2, donde se verifica que prácticamente la totalidad de la muestra presenta algún tipo de déficit en materia educativa. En este sentido, el trabajo infanto-adolescente impediría o interferiría al menos y en convergencia con otros factores, en detrimento del cumplimiento de la escolaridad mínima obligatoria o del nivel básico curricular.

LUGAR DE PROCEDENCIA

Como continuación, se incorpora para la estimación de indicadores que conforman el perfil social de la muestra, un análisis sobre el lugar de procedencia y zonas donde residen los jóvenes tomando como primeros niveles de desagregación la distribución por jurisdicciones y por barrios (en Ciudad de Buenos Aires) y municipios (en el Conurbano Bonaerense).

Luego se exponen otros cuadros complementarios que permiten ilustrar básicamente el peso diferencial que exhibe la contextualización geográfica de acuerdo a los parámetros de carencias sociales de cada zona.

Por último, para dar una idea mas acabada sobre este indicador complejo, se presenta información acerca del número de jóvenes que habitan en villas de emergencia, asentamientos y núcleos habitacionales transitorios.

CUADRO N° 5 : LUGAR DE PROCEDENCIA SEGÚN REGION GEOGRÁFICA

Región geográfica	Casos	Porcentajes
Capital Federal	102	46,8
Pcia. de Buenos Aires	115	52,8
Pcia. de Córdoba	1	0,4
TOTAL	218	100

CUADRO N° 6: LUGAR DE PROCEDENCIA DE CIUDAD DE BUENOS AIRES SEGÚN BARRIOS

Capital Federal (por barrios)	Casos	%
Flores (bajo)	29	28,4
Barracas	21	20,5
Villa Soldati	14	13,7
Villa Lugano	7	6,8
Mataderos	6	6
San Telmo	5	5
Balvanera / Monserrat	5	5
Villa Crespo / Almagro	4	4
Retiro	4	4
San Cristóbal	3	3
Floresta	1	0,9
Villa del Parque	1	0,9
Boedo	1	0,9
Constitución	1	0,9
TOTAL	102	100

Del cuadro de referencia se desprende que del total de quienes residen en la ciudad de buenos aires, un 70 % se concentra en los primeros cuatro barrios señalados.

**CUADRO N° 7 : LUGAR DE PROCEDENCIA DE PCIA. DE BUENOS AIRES
SEGÚN MUNICIPIOS**

Pcia. de Buenos Aires	Casos	%
La Matanza	20	17,4
Moreno	14	12,2
Malvinas Argentinas	14	12,2
Florencio Varela	10	8,7
José C. Paz	8	7
Merlo	8	7
Lomas de Zamora	7	6,1
Lanús	6	5,2
San Miguel	6	5,2
Avellaneda	6	5,2
Ezeiza	4	3,5
Esteban Echeverría	3	2,6
Tigre	3	2,6
San Martín	2	1,7
Tres de Febrero	2	1,7
San Isidro	1	0,8
Quilmes	1	0,8
TOTAL	115	100

CUADRO N° 8: LUGAR DE PROCEDENCIA SEGÚN PERTENENCIA A CORDONES SOCIOECONÓMICOS EN CIUDAD DE BUENOS AIRES

Cordón socioeconómico	Casos	%
Norte	4	3,9
Centro	13	12,8
Sur	85	83,3
TOTAL	102	100

Al agrupar la procedencia de los jóvenes según en que cordón socioeconómico¹³ se encuentran ubicados sus hogares, vemos que es considerable la primacía de los barrios que forman parte del Cordón Sur capitalino (83,3 %). Las variaciones porcentuales señalan un notable contraste con respecto a los valores de los cordones del Norte¹⁴ y Centro porteños que sumados alcanzan un 16,7 %.¹⁵

¹³ La división en tres cordones socioeconómicos donde se distribuyen los 46 barrios porteños facilita la observancia de la heterogeneidad estructural signada por las asimetrías sociales según los distritos. En este sentido, el Cordón Sur constituye una subregión que registra los peores indicadores socioeconómicos respecto a los cordones restantes y con mayor asentamiento de contingentes poblacionales en villas de emergencia (Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos, GCBA, 2005). De ese modo, las condiciones de vida, en términos tendenciales generales, se manifiestan diferencialmente en la territorialidad y segmentación socioespacial urbana.

¹⁴ Los cuatro jóvenes que provienen del Cordón Norte residen en la Villa 31 de Retiro.

¹⁵ Los criterios de agrupamiento de barrios por cordón (según los parámetros y variaciones de carencias sociales que presentan) fueron tomados en base a: IDEP (Instituto de Estudios sobre Estado y Participación), “El Mapa de la Pobreza Porteña I, II y III.”, Cuadernos n° 40, n° 42 y n° 52.

CUADRO N° 9: LUGAR DE PROCEDENCIA SEGÚN PERTENENCIA A AGLOMERADOS URBANOS SOCIOECONÓMICOS¹⁶ EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Aglomerado urbano	Casos	Porcentajes
GBA 4	86	74,8
GBA 3	15	13
GBA 2	13	11,3
GBA 1	1	0,9
TOTAL	115	100

Los jóvenes que residen en la provincia de Buenos Aires provienen en un número considerable (74,8), de partidos del conurbano que presentan las condiciones socioeconómicas más desfavorables, con gran disparidad con el porcentaje de quienes habitan en otros municipios.

¹⁶ Los aglomerados urbanos son agrupamientos de los 24 municipios del Gran Buenos Aires y son áreas definidas por el Departamento de Muestreo de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC. Se construye asociando municipios según el grado de Necesidades Básicas Insatisfechas que tengan. Los que presentan los mejores indicadores al respecto se agrupan en el agregado GBA 1 y, en orden decreciente y en el otro extremo de la escala, los municipios que implican los indicadores sociales de privación y NBI más negativos son reunidos en el agregado GBA 4.

¹⁷CUADRO N° 10 : JÓVENES QUE RESIDEN EN VILLAS DE EMERGENCIA, ASENTAMIENTOS Y/O NÚCLEOS HABITACIONALES TRANSITORIOS

El 60 % de la muestra (129 casos) habita en villas de emergencia, asentamientos o N.H.T.¹⁸

Datos desagregados según áreas geográficas:

Residentes en Villas, Asentamientos y/o N.H.T.	
	Casos
Capital Federal	71 (55 %)
Conurbano	58 (45 %)
TOTAL	129 (100 %)

¹⁷ “Las denominaciones “villas miseria” o “de emergencia”, “asentamientos” y “núcleos habitacionales transitorios” (siempre referidos a la zona del AMBA) aluden a un mismo fenómeno social caracterizado por una acelerada expansión del espacio urbanizado con formas extremadamente precarias del hábitat, deterioro de las condiciones materiales de vida, hacinamiento y déficit de infraestructura. Quienes residen en esos espacios suelen ser depositarios de diversas adscripciones estigmatizantes. Las diferencias tipológicas radican en que las “villas miseria” o “de emergencia” son, en general, espacios de alta densidad poblacional, producto de ocupaciones irregulares de tierra vacante; mientras que los “asentamientos” tienen en su mayoría origen en tomas de tierras privadas en desuso. Los N.H.T. , en cambio, se constituyen por acción del Estado a partir de reubicaciones provisorias de sectores carenciados en el espacio público pero que terminan de hecho (y por desidia estatal) por ser permanentes y funcionando como anexo de villas cercanas. La proliferación de villas y N.H.T es un fenómeno más extendido en la Ciudad de Buenos Aires, y en el Conurbano es más frecuente la presencia de asentamientos (Para más datos véase: Cravino, María Cristina y otros, “Magnitud y crecimiento de las villas y asentamientos en el Área Metropolitana de Buenos Aires en los últimos 25 años”, Universidad Nacional de General Sarmiento, 2003).

¹⁸ La Villa 1-11-14 (Bajo Flores) y la Villa 21-24 (Barracas) son de donde provienen el mayor número de jóvenes.

SITUACIÓN DE CALLE

CUADRO N° 11 : DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN HABER ESTADO EN SITUACIÓN DE CALLE

Situación de calle	Casos	%
Si	142	65
No	76	35
TOTAL	218	100

Algunas precisiones conceptuales

La categoría “situación de calle” no responde a una definición unívoca debido a que las condiciones de estancia en la calle son heterogéneas y dinámicas. Ante la diversidad de matices que existen sobre qué significa “haber estado en situación de calle” se buscó precisar cuáles eran las experiencias de vida que definen e ilustran dicha situación. Su caracterización operacional reúne los siguientes elementos:

- a) Niños o adolescentes que pernoctan en espacios públicos (o en lugares de tránsito que los albergan para tal fin) y que atraviesan periodos de total o relativamente prolongada desvinculación de su núcleo familiar de origen.
- b) Estos mismos grupos etéreos cuando trabajan o cumplen tareas de mendicidad o desarrollan otras estrategias de subsistencia u otras prácticas de organización de la vida material en la calle durante la mayor parte del día, pudiendo regresar a sus hogares por la noche.
- c) La calle, el espacio público, se convierten en el hábitat principal, conformando condiciones que tienden a su cronificación. En consecuencia, la estructuración temporal y factual de la jornada diaria transcurre por fuera del hogar y de la escuela (en este marco, es improbable o poco usual que la situación de calle se desarrolle en forma simultánea a la asistencia escolar regular).

d) No se computa como situación de calle a aquellas condiciones y contextos de permanencia en el espacio público en donde los jóvenes comparten con todos o algunos miembros de su familia la estancia en calle en lo que refiere a la búsqueda de sustento u otras prácticas de organización de la vida material (tales como tareas de mendicidad, o cartoneo y reciclaje de residuos sólidos), a excepción de que el grupo familiar esté viviendo efectivamente en el espacio callejero urbano.

e) En líneas generales, suelen agruparse en las llamadas “ranchadas”¹⁹, lo que implica la configuración de una nueva red vincular que sustituye total o parcialmente al núcleo familiar primario. La inclusión en la “ranchada” es percibida como un espacio legítimo de autoprotección colectiva respecto a los padecimientos disruptivos asociados al “estar en la calle” (aún cuando recree y retroalimente otros).

Asimismo, supone una rearticulación y un reagrupamiento que es vivido como válido o necesario en cuanto a un modo de contrarrestar o paliar la fragilización de los soportes relacionales, la escasez de las disponibilidades materiales o integrarse en función de suplir la labilidad de los lazos afectivos, producto del desanclaje familiar.

Frecuentemente, la “ranchada” asienta su referencia y pertenencia a una zona geográfica delimitada donde transcurre la mayor parte de su cotidianidad.

Ajustar la categoría en cuestión no era solo una necesidad de orden tipológico conceptual. En base a estas dimensiones, al preguntársele si había estado en situación de calle, el entrevistado, en base a sus propios juicios e impresiones, podía eventualmente reconocerse en todos o en algunos de estos indicadores con los que construimos dicha categoría y así responder afirmativamente.

¹⁹ Este término procede de un argot recurrentemente utilizado en el ámbito carcelario y su significado específico remite a un grupo de personas que se unen por afinidades y empatía en torno a la mesa en los horarios en los que se come. El “rancho” es la ración de comida que se ingiere en un espacio compartido de esas características.

CUADRO N° 12 : LOCALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE CALLE SEGÚN ZONA DE PERMANENCIA

Situación de calle en:	Casos	%
Cordón norte/centro (C.A.B.A)	59	41,6
Terminales ferroviarias	56	39,4
Cordón sur (C.A.B.A.)	25	17,6
Pcia. de Buenos Aires	2	1,4
TOTAL	142	100

Un primer mapeo territorial indica que la permanencia en calle transcurre casi íntegramente en zonas de la Capital Federal. Como vimos en los cuadros n° 5 y n°8 , más de la mitad de los jóvenes de la muestra provienen del Conurbano bonaerense y entre aquellos que residen en Capital Federal, mas del 80 % proceden del Cordón Sur de la Ciudad. Sin embargo, ante una estancia en situación de calle esto se modifica radicalmente ya que el patrón de desplazamiento sigue el trazo de la extensión del ferrocarril urbano de la periferia al centro, con terminales ubicadas en Capital o hacia barrios ubicados en cordones porteños mejor posicionados socioeconómicamente, lo que supone indirectamente un comportamiento dirigido a facilitar u optimizar las estrategias de subsistencia y las prácticas de organización de la vida material asociadas a dicha situación.

RECORRIDO INSTITUCIONAL

En el cuadro que a continuación se presenta, se documenta el recorrido institucional de los jóvenes en conflicto con la ley haciendo referencia al número de ingresos, es decir a la cantidad de veces que fueron incluidos en dispositivos institucionales que conllevan una restricción total o parcial de la libertad, tomando tanto a aquellos establecimientos en los que son alojados en virtud de ser imputados por la comisión o presunta comisión de un delito²⁰, como también a las instituciones que los albergan derivados por motivos asistenciales o problemáticas vinculadas solo tangencialmente a hechos calificados como transgresiones a la ley²¹.

Al ser interrogados sobre este punto, los jóvenes, en su mayoría, mencionan los ingresos a espacios que han sido creados exclusivamente para alojar a adolescentes por causas de naturaleza penal. Con respecto a este último tipo de dispositivo, éste se diferencia de acuerdo al régimen de funcionamiento intrainstitucional según sea de régimen cerrado²² (donde cumplen medidas judiciales privativas de libertad), o régimen semi cerrado²³ que opera con

²⁰ A los adolescentes que, al momento de la comisión de un delito, no hayan cumplido los 18 años les rige la aplicación del régimen penal de minoridad vigente (decreto-ley 22.278/ 22.8039) que data del año 1980.

Jurídicamente, esta normativa establece una clasificación diferenciando a los menores de 16 años como sujetos inimputables, mientras que son considerados punibles aquellos cuyo tramo de edad oscila entre los 16 y los 17 años al cometer un hecho delictivo y son imputados por un delito de acción pública que prevé una sanción de más de dos años de prisión. El régimen habilita al juez de menores a disponer tutelarmente del joven mientras se sustancia el proceso judicial, independientemente de la edad con la que cuente el adolescente. A partir de los 18 años rige el mismo sistema penal para adultos. Al cierre de esta investigación se comenzaba a tratar en ambas cámaras del Congreso Nacional diversos anteproyectos que apuntan a sancionar un nuevo régimen de responsabilidad penal juvenil readecuándolo a los estándares internacionales sobre la materia, con las garantías procesales debidas, lo que implicaría derogar el decreto 22.278 y establecería una modificación en la escala penal especial para los adolescentes en conflicto con la ley.

²¹ A efectos de medir la tasa de institucionalización según ingresos, se ha excluido de su contabilización a otros dispositivos alternativos a las medidas de encierro, sin desconocer que el tránsito por los mismos implican de algún modo un grado nada desdeñable de institucionalización. La existencia de estos programas permiten otra clase de intervención sin que el niño o adolescente en conflicto con la ley deje su lugar de residencia domiciliaria. El dispositivo más paradigmático dentro de este tipo de programas es el de “Libertad Asistida” y consiste básicamente en el seguimiento y acompañamiento de un profesional. En rigor, tanto los establecimientos como estos programas son dispositivos penales pero difieren en su tipo. De allí su diferenciación.

²² Son los establecimientos a los que históricamente se los ha llamado o fueron conocidos como “institutos de menores”.

²³ La denominación técnica de estos espacios es “Residencia de Convivencia e Integración Comunitaria”.

restricciones a la libertad ambulatoria pero permitiendo la salida asistida de los niños y/o adolescentes allí alojados.

CUADRO N° 13: RECORRIDO INSTITUCIONAL SEGÚN NÚMERO DE INGRESOS

Recorrido institucional	Casos	%	Porcentaje acumulado
7 ingresos o más	50	22,9	22,9
De 4 a 6 ingresos	53	24,4	47,3
De 2 a 3 ingresos	64	29,3	76,6
Único ingreso	51	23,4	100
TOTAL	218	100	

La información reunida permite identificar que el 23,4 % ha estado una sola vez institucionalizado.

Existe una relativa paridad entre los cuatros rangos que se exponen. Sin embargo, la distribución porcentual acumulada pone en evidencia que mas del 75 % del universo de estos jóvenes conforman un colectivo que se reitera como destinatario de acción tutelar u objeto de intervención asistencial o punitiva, en más de una oportunidad. En este sentido, pese a las cortas edades de la muestra, resulta significativo el tamaño del subconjunto (47,3%) que presenta una importante cuantía de ingresos (4 o más) en sus trayectorias de institucionalización.

Aunque se precise de un rastreo más exhaustivo para poder habilitar conclusiones más categóricas, se advierten datos que no habría que desestimar como probable variable coadyuvante que expone al niño o adolescente al incremento de su recorrido institucional. Por ejemplo, indicadores tales como la situación de calle:

CUADRO N° 14 : DISTRIBUCIÓN DE LOS JÓVENES POR RECORRIDO INSTITUCIONAL SEGÚN SITUACIÓN DE CALLE

Recorrido institucional					
Situación de calle	Único ingreso	De 2 a 3 ingresos	De 4 a 6 ingresos	7 o más ingresos	TOTAL
Si	24 (17%)	27 (19%)	49 (34,5%)	42 (29,5%)	142 (100%)
No	27 (35%)	37 (48,7%)	4 (5,2%)	8 (10,5%)	76 (100%)
TOTAL	51 (23,4%)	64 (29,3%)	53 (24,4%)	50 (22,9%)	218 (100%)

No se registran fluctuaciones importantes entre quienes han sido institucionalizados solo una vez según hayan estado o no en situación de calle, mientras que entre las franjas que comparten las tasas mas altas de institucionalización (de 4 a 6, y 7 o más ingresos) existe una marcada brecha entre quienes han atravesado una situación de calle y quienes no, teniendo un mayor peso el primer grupo por sobre el segundo.

PATRONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CUADRO N° 1: CONSUMO DE ALCOHOL ²⁴



El 85,3 % afirma haber consumido alcohol al menos alguna vez

El promedio de edad de inicio de consumo de alcohol se ubica en los 12,2 años.

²⁴ La indagación sobre el consumo de alcohol se realizó por fuera del resto de las otras sustancias debido a que luego de aplicar una prueba preliminar exploratoria entre el grupo estudiado se constató que su uso abusivo en franjas juveniles está atravesado por creencias y juicios valorativos que lo eximen de sanción social. Por lo tanto estas representaciones simbólicas son producto de una mayor tolerancia social, una mayor permisividad familiar y por ende, una facilitación en cuanto a la accesibilidad de esta sustancia que logra sortear frecuentemente las restricciones legales para su venta. Esta ausencia de censura o relativización del consumo de alcohol entre los jóvenes conlleva a la invisibilidad de su riesgo, no computándolo como una sustancia psicoactiva y haciendo difícil su identificación como tal. Como se verá, los datos señalan al alcohol como la principal droga de inicio, lo cual marca que su incidencia puede considerarse probablemente como un primer continuo escalonado hacia un abanico de otras sustancias.

CUADRO N° 2: EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL POR TRAMO DE EDAD

Franja de edad de inicio	Casos	%	Porcentaje acumulado
8 a 10 años	52	28	28
11 a 13 años	68	36,5	64,5
14 a 16 años	64	34,4	98,9
17 a 18 años	2	1,1	100
TOTAL	186	100	

El 28 % se inicia en el consumo de alcohol en edades muy precoces (de 8 a 10 años). Casi dos tercios de la población entrevistada al cumplir 13 años ya habían probado alcohol.

CUADRO N° 3: EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE DROGAS POR TRAMO DE EDAD

Franja de edad de inicio	Casos	%	Porcentaje acumulado
8 a 10 años	49	22,5	22,5
11 a 13 años	104	47,7	70,2
14 a 16 años	62	28,4	98,6
17 a 18 años	3	1,4	100
TOTAL	218	100	

Tal como se observa, si bien el consumo se encuentra presente en edades tempranas, es en los tramos de edad acumulados que van hasta los 13 años donde se consolida el uso de drogas (70,2 %).

La edad promedio de inicio de consumo de drogas es de 12,1 (estadísticamente similar al inicio de uso de alcohol).
--

CUADRO N° 4: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE DROGAS CONSUMIDAS DURANTE TODA LA TRAYECTORIA DE CONSUMO

Número de drogas	Casos	%	Porcentajes acumulados
Una	25	11,5	11,5
Dos	29	13,3	24,8
Tres	47	21,5	46,3
Cuatro	44	20,2	66,5
Cinco o más	73	33,5	100
TOTAL	218	100	

La cantidad de monoconsumidores (11,5 %) es relativamente baja (en este cuadro no se contabiliza el consumo de alcohol).

El mayor porcentaje se concentra (33,5 %) en quienes han probado cinco o más tipos de drogas.

El 75,2 % de los jóvenes han hecho uso, al menos, de 3 sustancias.

CUADRO N° 5: SUSTANCIA DE MAYOR CONSUMO DENTRO DE LOS 90 DIAS PREVIOS AL INGRESO AL DISPOSITIVO PENAL JUVENIL

Tipo de sustancia	Casos	Porcentaje
Pasta base	114	52,3
Marihuana	46	21
Psicofármacos	24	11
Cocaína	12	5,5
Alcohol	11	5,1
Solventes e Inhalantes	3	1,4
Otros	3	1,4
NS/NC	5	2,3
TOTAL	218	100

Más de la mitad de la muestra afirma que es la pasta base la droga de más alto consumo en los 90 días previos al ingreso a un instituto de régimen cerrado, guardando una apreciable distancia con la siguiente sustancia (marihuana, 21 %)

CUADRO N° 6: DISTRIBUCIÓN DE DROGAS EN LA TRAYECTORIA DE CONSUMO SEGÚN LA CRONOLOGÍA DE USO

Tipos de sustancia	Droga de inicio	Segunda droga	Tercera droga	Cuarta droga	Quinta droga
Marihuana	66,5	26,7	6,5	1,7	-
Cocaína	4,1	18,8	23,8	12	5,8
Pasta Base	2,3	16,2	17,9	39,4	66,3
Inhalantes y solventes	23,9	10,5	8,8	8,5	-
Psicofármacos	3,2	24,6	29,8	14,5	8,8
Alucinógenos	-	-	4,2	6,8	4,4
Ketamina	-	0,5	2,4	6,8	4,4
Éxtasis	-	0,5	1,8	5,2	7,3
Opiáceos	-	1,1	2,4	3,4	1,5
Otros	-	1,1	2,4	1,7	1,5
TOTAL	100 (N= 218)	100 (N= 191)	100 (N= 168)	100 (N= 117)	100 (N= 68)

Analizando la droga de inicio, se observa que la marihuana acapara dos tercios como tal.

Otra sustancia de inicio relevante son los inhalantes (23,9 %).

Prácticamente más del 90 % comienzan en el consumo con estas dos drogas.

El consumo de pasta base es insignificante como primera droga usada, su porcentual cobra una gran importancia como cuarta y quinta droga, es decir su aparición en la cronología de consumo es relativamente tardía, cuando el usuario de drogas ya ha probado varias sustancias.

Los psicofármacos emergen principalmente en la etapa intermedia de la trayectoria de consumo (29,8 %), de igual modo puede decirse de la cocaína como tercera droga (23,8 %).

CUADRO N°7: DISTRIBUCIÓN DE DROGAS SEGÚN FRECUENCIA DE USO

Tipo de drogas	Frecuencia de uso					Total
	Diario	Semanal	Ocasional	Fin de semana / Recreativo	Experimental	
Marihuana	49,8	25,8	14,4	8,6	1,4	100 (N=209)
Cocaína	12,7	13,6	38,8	21,3	13,6	100 (N=103)
Pasta Base	68,8	19,7	5,2	3,8	2,5	100 (N=157)
Inhalantes Solventes	40,2	34	18,5	4,2	3,1	100 (N= 97)
Psicofármacos	10,2	21,4	47,2	11	10,2	100 (N= 127)
Alucinógenos	-	-	44,4	11,2	44,4	100 (N= 18)
Ketamina	-	6,2	37,5	31,3	25	100 (N= 16)
Éxtasis	-	-	26,6	26,6	46,8	100 (N= 15)
Opiáceos	-	27,3	45,4	18,2	9,1	100 (N= 11)
Otros	22,2	11,1	33,4	11,1	22,2	100 (N= 9)

El consumo diario de sustancias se da en altos porcentajes en el uso de pasta base (68,8 %), marihuana (49,8 %) e inhalantes y solventes (40,2 %).

Las tasas de consumo de estas tres sustancias cae drásticamente cuando el uso es de tipo experimental y/o recreativo.

Aunque con un número más reducido de usuarios, en los psicofármacos y la cocaína predomina la forma de consumo ocasional.

CUADRO N° 8: TIPO DE INFRACCIÓN A LA LEY EN RELACIÓN A LA SUSTANCIA QUE BAJO SUS EFECTOS FUE COMETIDA

Infracción a la ley	Tipo de sustancia					
	Pasta base	Psico fármacos	Marihuana	Multi consumo	Alcohol	Cocaína
Robo / hurto	33,3 (24)	34,7 (25)	11,1 (8)	11,1 (8)	1,4 (1)	5,6 (4)
Homicidio	25 (1)	25 (1)	-	25 (1)	25 (1)	-
Resistencia a la autoridad/ Hechos de violencia/ lesiones	37,5 (3)	37,5 (3)	-	12,5 (1)	12,5 (1)	-
Secuestro/Privación ilegítima de la libertad	-	100 (1)	-	-	-	-
TOTAL	33 (28)	35,3 (30)	9,4 (8)	11,8 (10)	3,5 (3)	4,7 (4)

El porcentaje de jóvenes que cometieron infracciones a la ley bajo efectos de sustancias psicoactivas es de 39 % del total de la muestra

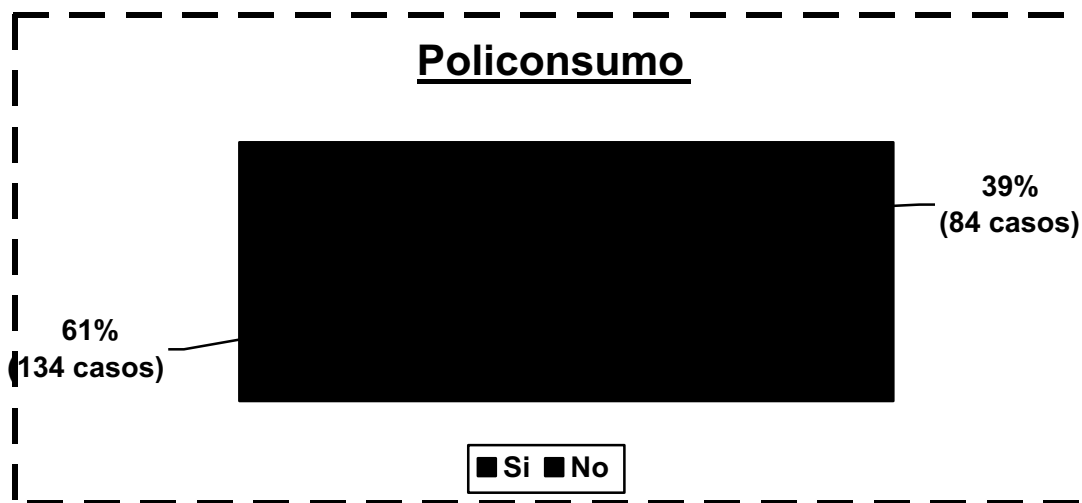
En este grupo, los psicofármacos (35,3 %) y la pasta base (33 %) son las drogas más utilizadas, seguido por el multiconsumo de sustancias (11,8 %) que refiere principalmente a la combinación de alcohol con psicofármacos. El “robo y hurto” son las transgresiones de mayor prevalencia (72 casos). Los hechos que implican algún tipo de violencia tales como la “resistencia a la autoridad” y “lesiones” se reducen a 8 casos, siendo poco significativa la tasa de delitos de mayor complejidad tales como “homicidio” (4 casos) y “secuestro / privación ilegítima de la libertad” (1 caso).

**CUADRO N° 9 : ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Antecedentes de consumo en la flia. (por vínculo)	Casos	Porcentajes
Padre	23	10,5
Hermano/a	60	27,5
Tío	9	4,1
Madre	11	5,1
Cuñada	5	2,3
Padre y hermanos	5	2,3
Padraastro	5	2,3
Otros	6	2,8
Abuelo	4	1,8
Sin antecedentes	90	41,3
TOTAL	218	100

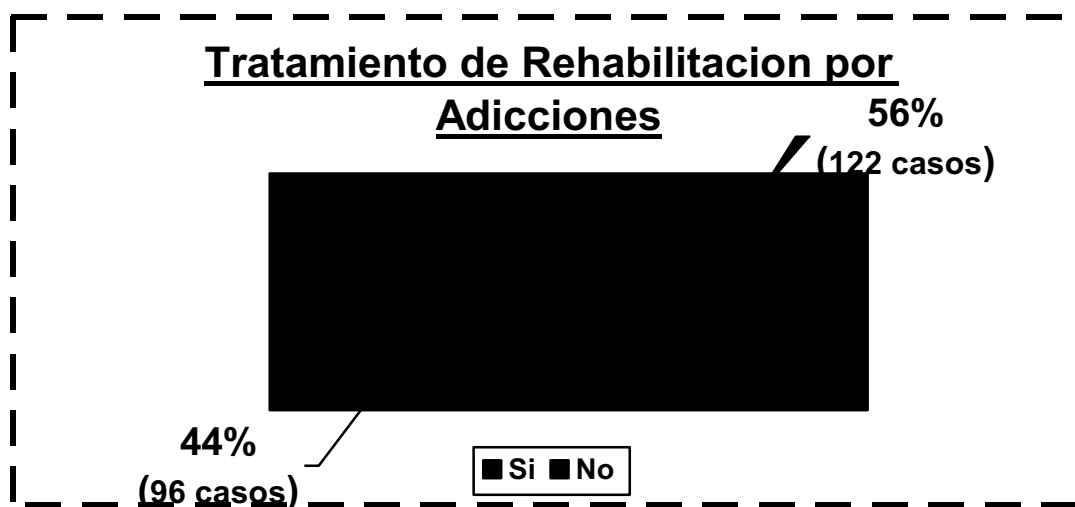
El 58,7 presentan casos de familiares que consumen sustancias. El índice más alto lo ocupan los hermanos (27,5 %) y el padre (10,5 %). En este sentido, habría que agregar que se observa un 2,3 % con antecedentes de consumo tanto del progenitor como de hermanos a la vez.

CUADRO N° 10: POLICONSUMO



Para medir la tasa de policonsumo, se considero al mismo tanto en un sentido amplio como acotado. El policonsumo ocurre si se dan dos condiciones: el consumo simultáneo o combinado de dos o mas sustancias (ejemplo de ello es lo que denominan “nevado”, es decir la mezcla de marihuana y cocaína, o el “mixto” que comprende a la pasta base con marihuana). Una segunda modalidad de policonsumo se da cuando tiene lugar el uso de dos o más drogas en períodos breves de tiempo (ej: durante un mes).

CUADRO N° 11: TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN POR ADICCIONES



El 44 % refiere haber iniciado algún tipo de tratamiento por la problemática de uso de drogas.

CUADRO N° 12: TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÙN TIPO DE DISPOSITIVO

Tipo de dispositivo	Casos	Porcentaje
Comunidad Terapéutica	47	49
Servicio ambulatorio/ Consultorios Externos	23	24
Centro de día	12	12,5
Grupo de Autoayuda	11	11,5
Otros	3	3,1
TOTAL	96	100

Del grupo que refiere haber iniciado un tratamiento, la mitad lo hizo en Comunidad Terapéutica. El resto se reparte en dispositivos institucionales no residenciales: Servicio Ambulatorio (24 %), Centro de Día (12,5 %) y Grupo de Autoayuda (11,5 %)

CUADRO N° 13: DROGA DE MAYOR CONSUMO SEGÙN DROGA DE INICIO

Droga de mayor consumo	Droga de inicio				
	Marihuana	Cocaína	Pasta base	Inhalantes y solventes	Psico-fármacos
Marihuana	25,5	22,2		11,5	28,6
Cocaína	4,8	11,1		7,7	
Pasta base	49,7	33,4	80	63,5	42,8
Inhal. y solv.	1,4			3,8	
Psicofármacos	8,7	22,2	20	9,7	14,3
Alcohol	7,6				
Otros		11,1		3,8	14,3
Ns/Nc	2,8				
TOTAL	100 (N=145)	100 (N=9)	100 (N=5)	100 (N=52)	100 (N=7)

La mitad de aquellos que se iniciaron en el consumo con marihuana presentan a la pasta base como la sustancia de mayor uso en los 90 días previos a ingresar al dispositivo penal.

Un cuarto de quienes se inician también con marihuana exhiben a esta misma sustancia como droga principal de consumo.

(La importancia relativa que muestran los inhalantes y solventes como sustancias iniciales decae considerablemente cuando se la computa como droga de mayor uso). Como puede verse, el 63,5 % de los que comienzan la trayectoria de consumo con estas sustancias, posteriormente ubican a la pasta base como la droga de mayor prevalencia.

CUADRO N° 14: USO DE DROGAS SEGÚN MODALIDAD DE CONSUMO INDIVIDUAL O GRUPAL

Tipo de droga	Consumo individual		Consumo grupal		TOTAL
	Casos	%	Casos	%	
Marihuana	41	19,6	168	80,4	100 (N=209)
Cocaína	38	36,9	65	63,1	100 (N=103)
Pasta base	82	52,2	75	47,8	100 (N=157)
Inhalantes y solventes.	14	14,4	83	85,6	100 (N=97)
Psicofármacos	60	47,2	67	52,8	100 (N=127)
Alucinógenos	10	55,5	8	44,5	100 (N=18)
Ketamina	11	68,7	5	31,3	100 (N=16)
Éxtasis	6	40	9	60	100 (N=15)
Opiáceos	6	54,5	5	45,5	100 (N=11)
Otros	5	55,5	4	44,5	100 (N=9)

Una primera lectura indica que, en cuanto a porcentajes significativos sobre los totales, en el uso de cocaína, psicofármacos, marihuana e inhalantes y solventes predomina un patrón de consumo grupal, manteniendo en estas dos últimas una diferencia apreciable entre ambas modalidades (marihuana 80,4% e. inhalantes y solventes 85,6 %). Esta tendencia se revierte en el caso de la pasta base, donde una leve mayoría (52,2 %) admite que su consumo solo lo es a nivel individual.

CUADRO N° 15: DROGA DE MAYOR CONSUMO SEGÚN NÚMERO DE TIPOS DE DROGAS PROBADAS

Droga de mayor consumo	Número de drogas consumidas en toda la trayectoria de vida				
	Una	Dos	Tres	Cuatro	Cinco o más
Marihuana	40	34,5	23,4	13,6	13,7
Cocaína		3,4		6,8	11
Pasta base	16	38,1	48,9	66	64,4
Inhal. y solv.			6,4	2,3	
Psicofármacos		10,3	21,3	9	6,8
Alcohol	36	3,4			1,4
Otros				2,3	2,7
Ns/nc	8	10,3			
TOTAL	100 (N=25)	100 (N=29)	100 (N=47)	100 (N=44)	100 (N=73)

El 75 % de los jóvenes han probado un arco de número de drogas que van de 3 a 5 o más sustancias.

A menor número de drogas probadas, se perfila la marihuana como la droga mayor consumo.

En cuanto a la pasta base observamos que una cantidad importante de multiconsumidores (3, 4, 5 o más drogas probadas) presentan a la misma como la sustancia mas consumida en la etapa que precede el ingreso a la institución de régimen cerrado.

CONCLUSIONES GENERALES

- Las variables de estimación de perfiles sociales presentadas constituyen un cuadro parcial y aproximativo que merece un desarrollo más exhaustivo. Sin embargo, desde el punto de vista sociodemográfico, se ha podido captar que un rasgo distintivo de este grupo de jóvenes reside no solo en el carácter de usuarios de drogas y en la de ser autores de la comisión de delitos cometidos o presuntamente cometidos sino en las biografías atravesadas por la alternancia de periodos que tienen como marcadores sociales objetivos a la desescolarización, la inserción deficiente en el mercado laboral informal y precario y un ciclo asiduo de ingresos, egresos y reincidencias que los transformaron en un verdadero “elenco estable” de los dispositivos institucionales a pesar de sus cortas edades, con numerosos casos de experiencias infanto juveniles signadas por situaciones de calle, y agravadas por condiciones de hábitat en espacios urbanos de alta concentración de pobreza, variables que en su conjunto conforman un cuadro acabado de exclusión.

Presumiblemente el rezago escolar o la deserción misma, junto a un excesivamente temprano reclutamiento de su fuerza de trabajo, la ruptura y desestructuración de sus núcleos de convivencia, la opción no convencional y recurrente por los ilegalismos y el consumo de sustancias psicoactivas sean los emergentes visibles de los componentes sistémicos que presentan estos segmentos sociales desplazados. Los mismos expresan una matriz de encadenamientos socioeconómicos de desposesión material y simbólica que acumuladas generan las condiciones iniciales de marginalidad que se reactualizan bajo renovadas formas de subsistencia y estrategias de vida.

En cuanto a la segunda parte del estudio, se tuvo como objetivo establecer una base contable de datos, de información transmisible de conocimiento, prevalencia y patrones de consumo de sustancias psicoactivas:

- En cuanto a la probable existencia, en esta población, de una relación lineal entre el consumo de sustancias psicoactivas que induce o precipita a actos transgresores tipificados penalmente, este hipotético nexo no se verifica de forma concluyente. La evidencia de su probabilidad empírica es reducida con respecto al total de nuestro universo de análisis, mostrando que dista de existir una asociación nítida entre el uso de drogas como el momento que antecede y anticipa la comisión de delitos. Lo cual no obsta a afirmar que no puede ser desestimado a priori. De hecho, si bien no fueron los mas numerosos, se detectaron casos donde se cometen infracciones a la ley bajo efectos de

sustancias psicoactivas. Los tipos de delitos perpetrados que predominan claramente es el de robo y hurto.

- Los tipos de sustancias que dominan la trayectoria de consumo muestra que la dimensión lícita o ilícita de las sustancias no influye ni es tomada en cuenta en el uso de las mismas. No obstante, y más allá de la disponibilidad y sobreoferta de las drogas ilegales, el hecho que el alcohol y los solventes e inhalantes tengan prohibida su venta a los menores de edad y los psicofármacos solo pueden ser ingeridos bajo estricta prescripción médica, abre interrogantes y una importante línea de investigación a seguir (que desde luego no han sido explorados en este trabajo), sobre las condiciones de accesibilidad a las sustancias por parte de la población infante juvenil.

- Durante el período de vida como usuarios de drogas cada joven alcanza a probar alrededor de 4 o más tipos de sustancias como media general (incluyendo al alcohol).

Hay que tener en cuenta que se identificaron 27 subtipos de sustancias, solo que a efectos de simplificar la descripción fueron agrupadas en categorías más genéricas: Por ejemplo, bajo el rótulo de “solventes e inhalantes” se detectaron seis subtipos, y bajo la clase de “psicofármaco” fueron agrupados ocho tipos del mismo. Es decir, que la gama de drogas probadas es mucho más amplia si se las considera individualmente, más allá de ser agrupadas según sus propiedades comunes.

- El alcohol y la marihuana son, en ese orden aunque en porcentajes diferentes, las principales sustancias de inicio (y las de mayor número de usuarios), situación que se produce hacia los 12 años promedio. Una porción extensamente mayoritaria de jóvenes comienzan su trayectoria de consumo utilizando ambas sustancias prácticamente en periodos simultáneos. Puede trazarse la hipótesis de que su uso precoz interviene como un factor de peso para que posteriormente se avance, experimente y amplíe hacia el consumo hacia otros tipos de drogas.

- El policonsumo está altamente generalizado, en cualquiera de sus dos acepciones: ya sea probando varias sustancias en un lapso corto de tiempo, o en el consumo simultáneo o combinado de dos o más sustancias.

- La cantidad de jóvenes monoconsumidores es poco significativa (11,5 %). Si se incluye la cuantificación del consumo de alcohol, ese porcentaje baja aún más al 3,7 %.

- Según los datos disponibles, las sustancias con las que se inician en el consumo, tienden a no ser las mismas que más utilizan en la etapa previa a ingresar al los dispositivos penales. Solo la marihuana guarda una relativa

importancia como droga inicial que continúa sostenidamente en la última etapa de consumo.

- En la reconstrucción de la cronología de uso y tomando el peso relativo de cada sustancia involucrada, se observa que la marihuana no solo es (junto con el alcohol) la principal droga de inicio sino que también encabeza el porcentaje más elevado como segunda droga.

Los inhalantes y solventes se caracterizan por empezar a ser consumidos sobretodo en las fases tempranas de la trayectoria. Los psicofármacos se distribuyen homogéneamente en la etapa intermedia, cuando ya se ha probado dos o tres sustancias. Algo similar sucede con la cocaína.

Un caso diferenciado lo constituye el consumo de pasta base cuyo uso irrumpe con fuerza en la etapa más tardía de la cronología, luego de experimentar varias drogas. Por contrapartida, su importancia como sustancia de inicio es irrelevante.

- La pasta base, la marihuana y los inhalantes (en ese orden) son consumidos fundamentalmente en forma diaria. El número de consumidores decae notablemente cuando se lo hace de manera semanal.

La frecuencia de consumo predominante en los psicofármacos y la cocaína es de tipo ocasional, mientras que los alucinógenos, la ketamina y el éxtasis son consumidos tanto en forma ocasional, como también de manera recreativa y experimental, aunque circunscrito a un número reducido de usuarios.

- Los antecedentes de consumo de sustancias en familiares de los jóvenes es un fenómeno ampliamente instalado en sus grupos de parentesco. Si bien es el grupo de hermanos el más afectado por esta problemática, ésta se extiende a casi todos los tipos de vínculos y lazos de filiación posibles, que en su mayoría comparten el mismo hogar, según lo indica las configuraciones familiares halladas.

- Casi la mitad de los jóvenes pasaron por la experiencia de haber comenzado algún tipo de tratamiento de rehabilitación por adicciones. Dentro de este grupo se reparten en partes iguales quienes transitaron por dispositivos de internación y quienes lo hicieron en servicios ambulatorios o similares.

- Cualquiera haya sido la droga de inicio, el trayecto de consumo se vuelca ulteriormente a tener a la pasta base como la principal droga de consumo en el momento que se ingresa a los institutos de régimen cerrado.

Una vez que la pasta base hace su aparición, no es habitual que se sigan probando otras nuevas drogas.

- Del grupo de drogas con mayor frecuencia de uso durante los 90 días previos a ingresar al dispositivo penal, la pasta base concentra y supera mas de la mitad de casos, mas que duplica a la marihuana, droga que le sigue en orden de mención.

- Es un fenómeno habitual entre nuestro universo de análisis que el consumo de drogas se “comparta”, es decir que se lo haga junto a un grupo de pares u otros de referencia. Esto se da de manera elocuente en el uso de marihuana e inhalantes, precisamente las sustancias que hegemonizan las situaciones de inicio en el consumo. A modo de excepción se encuentra la pasta base, donde se revierte esta tendencia y algo más de la mitad de sus usuarios optan por practicar un patrón de consumo individual.

ANEXO

DROGAS: CLASIFICACION Y EFECTOS

Nos referimos con el término drogas a toda sustancia psicoactiva que produce alguna modificación en el sujeto al consumirla.

Dice la OMS: "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Las drogas se pueden clasificar con diferentes criterios. Se las puede agrupar según los efectos que producen, la procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, según la potencialidad farmacológica, si son legales o ilegales, blandas o duras, y muchas otras.

Clasificar las drogas como legales o ilegales resulta por demás subjetivo ya que se trata de una variable que depende de factores culturales, económicos e incluso políticos. Por otra parte, decir que una droga es blanda, en contraposición a otras que serían duras, puede generar la ilusión de que existen drogas inofensivas, lo cual es una falacia. Así se determina que drogas duras son los opiáceos, los barbitúricos, el alcohol, la cocaína y las anfetaminas, en ese orden de importancia. Y las drogas blandas serían las que, por no producir dependencia física al usuario, se podrían dejar de consumir sin sufrir consecuencias graves.

Es importante señalar que para medir el daño que producen las drogas, no solo se debe considerar la potencialidad farmacológica sino el encuentro con cada sujeto, el uso que le da, las circunstancias y los efectos cuando el consumo se prolonga por cierto tiempo.

Otra variante de clasificación es la que se hace entre drogas "naturales": marihuana, hachís, cocaína, opio y "sintéticas", es decir, obtenidas por procedimientos químicos: barbitúricos, anfetaminas, tranquilizantes, LSD. También están las sustancias "industriales", llamadas "drogas de la pobreza" porque son fáciles de obtener y de bajo costo: pegamentos y combustibles.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó las drogas que pueden generar dependencia agrupando las que tienen efectos análogos e inducen pautas de comportamiento similares en los usuarios. Siguiendo este criterio, se propusieron las siguientes categorías:

- Alcohol y barbitúricos
- Anfetaminas
- Cannabis (marihuana, hachís)
- Cocaína
- Alucinógenos (LSD y similares)
- Opiáceos
- Solventes volátiles (pegamentos, productos industriales)
- Tabaco

A partir de la clasificación de la OMS podemos hablar de tres grandes grupos: estimulantes, depresores y alucinógenos.

Son *estimulantes* las anfetaminas, la cocaína, el éxtasis y las metilxantinas: cafeína, teofilina y otros. Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. Son anorexígenas, disminuyen la sensación de sueño y fatiga. La forma de administración

es variada: puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales.

Los *depresores* son los tranquilizantes (benzodicepinas), los hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), los analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros), los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros). Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso central y deprimen o disminuyen la actividad corporal. La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o fumándolas.

Dentro del grupo de los *alucinógenos* podemos incluir al LSD (dietilamida del ácido lisérgico), el peyote, la mezcalina, el PCP, y los cannabis: hachís, aceite de hash y marihuana. Estas drogas provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización. La dependencia a las drogas deriva de una compleja interrelación entre la personalidad del individuo, la situación social y el efecto de la sustancia elegida. En consecuencia, no se puede hablar de una "personalidad adictiva". Por el mismo motivo, no se puede hablar de sustancias que generan abuso ya que esto no depende solamente de la droga en sí sino de otros factores.

ANFETAMINAS

Constituyen una familia de drogas que estimulan el Sistema Nervioso Central, producen pérdida del apetito, quitan el sueño y hacen desaparecer el cansancio. Bajo estricto seguimiento médico están indicadas en tratamientos para la pérdida de peso, sin embargo, estas pastillas para quien desee estimularse puede conseguirlas fácilmente por medios ilícitos.

Vulgarmente se las conoce como "pepas", "despertadores", "levantadores" y algunos otros apodos que expresan el tipo de efecto que producen. Se consiguen en forma de comprimidos o cápsulas y también las hay inyectables.

Cuando el público descubrió que esas pastillas para adelgazar o esos inhaladores nasales tenían efectos estimulantes, comenzó a usarlos sin prescripción médica con una facilidad alarmante. Los jóvenes, para mantenerse despiertos los días previos a un examen; los adultos, para mejorar su rendimiento en sus actividades diarias; los deportistas, para superarse en las competencias; los choferes de larga distancia, para resistir los largos viajes sin dormirse.

Esa automedicación de pequeñas dosis es, muchas veces, el inicio de una adicción destructiva de la que no se puede salir. Esto sucede cuando para poder descansar se recurre a tranquilizantes mediante los cuales se logra apaciguar la aceleración provocada por las anfetaminas.

Un adicto que se inyecta grandes dosis de anfetaminas en la vena, puede permanecer despierto más de cinco días y finalmente se derrumba en un sueño que dura 48 horas continuas. El uso crónico de anfetaminas produce tolerancia y dependencia física y psicológica.

Los efectos que producen las anfetaminas son:

- Pérdida del apetito
- Falta de sueño
- Constricción de los vasos sanguíneos.
- Temblores.
- Aumento masivo de la presión sanguínea.

- Conducta paranoide.
- Psicosis tóxica
- Hemorragias y lesiones cerebrales.
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o constipación
- Insuficiencia renal
- Convulsiones
- Taquicardia
- Paro cardiorespiratorio

COCAÍNA

Este estimulante es el principal alcaloide del arbusto “Erythroxylon Coca” que crece en América del Sur y América Central. Fue descubierto por los aborígenes sudamericanos hace muchos siglos. La masticación de sus hojas en estado natural permite soportar el hambre, el frío, la fatiga y el apunamiento a que están expuestos quienes viven en la zona del Altiplano. El efecto es moderado porque la masticación libera muy pequeñas dosis del principio activo de la droga.

En el pasado se utilizó como analgésico, anestésico local y vasoconstrictor. Aunque en la actualidad no tiene ningún uso médico y su producción está expresamente prohibida, es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo.

La cocaína se elabora de tres maneras: clorhidrato de cocaína, pasta-base o crack.

El polvo o clorhidrato de cocaína, también llamado "nieve", es un polvillo blanco, impalpable, que se inhala por medio de un canuto y toma contacto con el organismo a través de las mucosas nasales. Actualmente la cocaína que se vende en las calles, presenta entre un 10 y un 20% de sustancia, el resto son productos que se incorporan de corte para abultar la cantidad. Debido a que en su elaboración se incorporan elementos químicos altamente tóxicos, entre otros, cal, amoníaco, nafta, ácido sulfúrico, acetona, éter y ácido hidroclorehídrico, la inhalación continua produce una inflamación en la mucosa nasal que deriva en ulceraciones y perforación del tabique.

El clorhidrato de cocaína produce un estado de excitación, comodidad y sensaciones de fortaleza física y sexual.

Se la puede administrar también por vía intravenosa ya que es soluble en agua y las consecuencias del consumo, además de los relacionados con la sustancia, serán las relacionadas con la vía de administración: ulceraciones en las venas (en consumidores de larga data) y si las jeringas son compartidas podrán sufrir el contagio de enfermedades como el HIV, Hepatitis B y C.

La pasta de coca, cuyo nombre científico es sulfato de cocaína y sus nombres populares, "basuco" o "pasta base", tiene el aspecto de un polvo grisáceo, blanco o tostado. Se la utiliza mezclándola con tabaco o marihuana para ser fumada. Se trata de un derivado de la cocaína que sufre un proceso de concentración por medio de la inclusión de ácido sulfúrico, metanol, kerosene y otros productos altamente venenosos.

Al ser aspirada la pasta base produce un inmediato bienestar y también es más rápido el proceso de adicción y deterioro de la salud. Como el costo de la pasta es mucho menor que el del clorhidrato de cocaína se ha popularizado en sectores sociales medios con gran velocidad, lo cual provoca daños entre los jóvenes que aun no es posible cuantificar.

La base de coca o crack es un alcaloide de cocaína o benzoilmetilecgonina. No tiene ningún uso médico y se presenta en forma de cristales blancos. Para obtener el crack se

incorporan elementos químicos como éter, amoníaco y bicarbonato de sodio, entre otros. El crack es 15 veces más barato que la cocaína. Por ese motivo lo adoptaron las clases sociales más bajas. De allí que se la conoce como la "cocaína del pobre".

El crack llega al cerebro en cuestión de segundos y sus efectos y consecuencias son más agudos y destructivos que los de la pasta de coca porque la tolerancia y la dependencia se producen en forma instantánea. Además, el riesgo de muerte por envenenamiento se eleva en forma alarmante. En los fumadores de crack se han constatado roturas de la aorta ascendente, que se produce por el aumento exagerado de la temperatura sistólica.

Una intoxicación severa de cocaína produce un cuadro de angustia, depresión, palidez marcada, sudoración fría y viscosa, pérdida del conocimiento, alta presión arterial, taquipnea, convulsiones y puede llegar al paro respiratorio. Al comienzo de una intoxicación aguda se sienten fuertes dolores de cabeza, excitación, temblores, taquicardia y mareos. El caminar se hace vacilante. La arritmia cardíaca que provoca puede darse en forma directa o por la acción de la droga sobre la recaptación de catecolaminas. Suelen darse arritmias y taquicardias ventriculares, fibrilación y asistolia.

En las mujeres embarazadas, el uso de cocaína puede producir vasoconstricción placentaria, contracciones anormales, abortos espontáneos, malformaciones congénitas, mortalidad perinatal y alteraciones en la conducta del recién nacido.

Los síntomas físicos que produce la cocaína son los siguientes:

- Ardor en los ojos.
- Resecamiento de la garganta.
- Palpitaciones y temblores.
- Sudoración abundante
- Dolor de cabeza y mareos.
- Dilatación de pupilas.
- Contracciones de los músculos de los ojos.
- Fiebre, convulsiones y delirios.
- Desnutrición y pérdida de peso.
- Deficiencia inmunológica.
- Afecciones cardíacas y hepáticas.
- Enfisema pulmonar.
- Muerte por intoxicación.

Las consecuencias en la psiquis del consumo de la droga son:

- Pérdida de las motivaciones.
- Depresión.
- Apatía, irresponsabilidad, desinterés.
- Aislamiento.
- Dificultades para interrelacionarse.
- Abandono del aspecto personal.
- Pérdida de la memoria y de la concentración.
- Agresividad, descontrol, impulsos delictivos, violencia.
- Suspiciencia extrema y paranoia.
- Inclinación al suicidio.

El "Paco", también llamado pasta base o base por los mismos consumidores, es un producto, derivado de la pasta base que se elabora en pequeñas cocinas desde hace aproximadamente una década, fundamentalmente en el Conurbano bonaerense y en villas de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas de las sustancias que se identificaron para su

producción son cafeína, bicarbonato de sodio, anfetaminas y alcaloides de cocaína. Como su producción no es masiva, tienen distintos componentes y distintas sustancias de corte. Es por esto que resulta difícil definir con exactitud los componentes de esta sustancia.

Después de la crisis que atravesó el país en el año 2001, 2002, el consumo de “paco” se incrementó progresivamente, fundamentalmente entre jóvenes de sectores más carenciados de Buenos Aires.

El consumo se realiza por medio de pipas caseras elaboradas con trozos de antenas y latas perforadas con virulana a modo de filtro. El efecto es rápido y dura poco tiempo, por eso se genera la necesidad de consumir rápidamente otra dosis para mantener la sensación de bienestar. También puede consumirse mezclado con tabaco o marihuana y el efecto es más atenuado.

Las etapas por las que atraviesa el consumidor de paco son las siguientes:

- Euforia, con sensaciones de placer, euforia, intensificación del estado anímico, disminución del hambre, el sueño y la fatiga, aumento de la presión sanguínea y el ritmo respiratorio.
- Disforia: sentimiento de angustia, depresión e inseguridad.
- Adicción: consumo sin interrupción para evitar la sensación de disforia.
- Psicosis y alucinaciones: después de muchas horas de consume se pierde el contacto con la realidad y comienza un cuadro de agitación, paranoia y alucinaciones.

Algunos de los efectos secundarios que se producen con el consumo de paco son:

- Pérdida excesiva de peso
- Debilitamiento de los músculos.
- Desgano e insomnio.
- Náuseas y vómitos
- Migraña severa.
- Afecciones respiratorias
- Expectoración de sangre del tracto respiratorio
- Ulceraciones en los labios y cavidad bucal
- Comportamiento errático y violento

ALCOHOL

El alcohol etílico es una sustancia psicoactiva que se encuentra en bebidas alcohólicas y perfumes. Es un depresor del Sistema Nervioso Central. La acción depresora se inicia sobre sistemas inhibidores de la formación reticular que controlan la actividad cortical asociativa. Es por esto que aparenta en un comienzo como efecto estimulante, de desinhibición, exaltación y verbosidad, pero ya desde el comienzo va acompañado de una disminución de la actividad psicomotora y perturbaciones del estado de alerta y de respuestas.

Las bebidas alcohólicas poseen distinta graduación alcohólica: el vino tiene entre 12 y 18 %, la cerveza entre el 3,5 y el 5 % y las bebidas destiladas y licores tiene hasta un 50 %.

Los efectos del alcohol dependerán de la cantidad ingerida, el tiempo transcurrido de la ingesta, la graduación de alcohol de la bebida, la contextura física, el sexo, la presencia

o no de alimentos en el estómago, la tolerancia, el estado clínico y psicológico y la combinación con otras sustancias.

El uso crónico de alcohol produce tolerancia y dependencia física, debiendo ingerir una dosis a la mañana para mantener el nivel en sangre o levantarse durante la noche para evitar la ansiedad que produce la disminución en el organismo.

Los daños físicos más habituales del consumidor crónico del alcohol son:

- Trastornos hepáticos que pueden terminar en cirrosis
- Trastornos digestivos: gastritis, úlceras, várices esofágicas
- Complicaciones cardiológicas
- Lesiones del sistema nervioso periférico: trastornos en la marcha, Disminución de la sensibilidad en pies y manos
- Alteraciones psiquiátricas

La tolerancia al alcohol varía según la persona y puede estar relacionada con la presencia de antecedentes familiares de alcoholismo.

Las manifestaciones físicas de la intoxicación aguda son:

- Cambios de comportamiento, alteraciones de la percepción y del juicio.
- Ansiedad.
- Convulsiones, depresión respiratoria. Coma.
- Hipotermia.
- Vasodilatación. Taquicardia. Shock.
- Nauseas, vómitos, hipoglucemia.
- Gastritis. Hemorragias.

El síndrome de abstinencia de alcohol aparece 8 horas después de la última ingesta con manifestaciones leves como el temblor generalizado y la máxima intensidad aparece entre las 24 y 36 horas, acompañado con trastornos neurovegetativos, náuseas, vómitos, cuadro confusional leve, alucinaciones visuales y auditivas.

La forma más grave de síndrome de abstinencia es el llamado Delirium Tremens, tiene un índice de mortalidad entre el 5 y el 10 % si el paciente no recibe el tratamiento adecuado. El cuadro clínico consiste en: confusión severa con alucinaciones auditivas y visuales, agitación psicomotora, temblores, insomnio, taquicardia, hipertermia, midriasis, sudoración.

Las bebidas alcohólicas existen prácticamente desde el comienzo de la humanidad, formando parte de la cultura en rituales y modos medicinales.

En la actualidad el consumo de alcohol es el mayor problema que se presenta en la Salud Pública, no solo en lo que se refiere a las enfermedades que puede producir el consumo de larga data, sino también en lo que se refiere a accidentes de tránsito, traumatismos varios y episodios de violencia.

PSICOFARMACOS

Por su eficacia comprobada son los fármacos más utilizados en la actualidad en la terapéutica de los estados de ansiedad. Entre otras, las acciones farmacodinámicas que proveen son: ansiolítica, sedante, relajante muscular, acción anticonvulsivante y acción hipnótico.

Algunos médicos recetan de forma indiscriminada la droga al paciente que ha empezado a depender sin tener en cuenta que ya no cumple la finalidad terapéutica que animaba el uso en un principio.

En este momento las benzodiacepinas se encuentran en gran cantidad en el mercado ilícito de estupefacientes y con fácil acceso.

El abuso o la combinación de benzodiacepinas con otros psicofármacos o con alcohol pueden producir aumento de la ansiedad, insomnio, palpitaciones, temblores, sobresedación, vértigo, incoordinación motora, debilidad muscular y conducta hostil. Si el uso se prolonga, pueden producir dependencia y síndrome de abstinencia.

La intoxicación aguda de benzodiacepinas puede producir distintos grados de somnolencia, depresión del sensorio, obnubilación, hipotonía generalizada.

Generalmente la sobredosis de benzodiacepinas, si no está combinada con alcohol o con otros fármacos, no produce la muerte. En algunos casos de intento de suicidio, si ingresa a tiempo a un servicio médico, se puede rescatar el tóxico con lavado gástrico.

Las benzodiacepinas se pueden clasificar según la duración de las mismas en el organismo:

- De acción corta:

Midazolán 2-5 hs. Hipnótico

Triazolán 1.7- 3 hs. Hipnótico

- De acción intermedia:

Alplazolán 11-19 hs. Ansiolítico

Lorazepan 10-20 hs. Ansiolítico

Oxazepan 3-21 hs. Ansiolítico

Flunitrazepan 10-20 hs. Hipnótico

- De acción prolongada:

Clordiazepóxido 5-30 hs. Ansiolítico

Clorazepato 36-200 hs. Ansiolítico

Clonazepam 20-50 hs. Ansiolítico, anticonvulsionante, miorrelajante.

Flurazepam 50-100 hs. Hipnótico

Y los efectos adversos más frecuentes del consumo de benzodiacepinas son confusión mental, hipotonía muscular, somnolencia, desorientación, amnesia retrógrada y fragmentaria, alucinaciones, náuseas, vómitos, entre otras.

El uso prolongado produce dependencia psicológica y física.

Actualmente los jóvenes combinan indiscriminadamente en lo que llaman “jarra loca” cualquier medicamento que consiguen, principalmente benzodiacepinas y alcohol.

Los efectos producidos serán el resultado de los medicamentos que se mezclen, entre ellos, hipoglucemia, daños neuronales, amnesia transitoria, agresividad, desmayo, coma.

SOLVENTES E INHALANTES

El consumo de solventes volátiles está difundido entre los consumidores más chicos y de menores recursos económicos.

Son sustancias cuyos vapores se difunden rápidamente en el aire, se absorben a través del pulmón y afecta al Sistema Nervioso Central.

El efecto inmediato es de euforia y después deprime el S.N.C.

Entre los más consumidos se encuentran los hidrocarburos (gas, nafta, kerosene, benceno, tolueno –poxiran-), éteres, cetonas.

Los efectos secundarios de la intoxicación con solventes volátiles son:

- Náuseas, vómitos, diarreas.
- Cefaleas, excitación psicomotriz
- Estado confusional
- Convulsiones
- Coma
- Dificultad respiratoria
- Depresión respiratoria
- Arritmias cardíacas
- Infarto de miocardio

OPIÁCEOS

El fruto del cual se obtiene el opio y sus derivados se conoce con el nombre de adormidera o amapola. Es un polvo de color tostado. Se extrae de los granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno.

Entre sus derivados se encuentran la morfina, la heroína, la metadona y la codeína. En el mercado ilegal de medicamentos, se consigue un antitusígeno llamado “Aseptobrón”. Todos ellos pueden brindar extraordinarios beneficios terapéuticos si son recetados y controlados por un médico, pero el uso descontrolado produce efectos devastadores.

El cultivo de la flor del opio se origina en el sudeste asiático (Birmania, Tailandia, Camboya y Laos). En los últimos años se ha extendido a otros países, como Colombia, para asegurar el suministro constante a los grandes centros de consumo. Los opiáceos se presentan como polvo para fumar o solución inyectable. Este narcótico produce un estado de euforia y ensoñación; una sensación de éxtasis que se acorta rápidamente a causa de la tolerancia. Al poco tiempo de uso, los adictos experimentan síntomas de abstinencia entre una y otra toma, que se caracterizan por presentar un cuadro pseudo-gripal en el curso de las primeras 12 horas: estornudos, sudoración, lagrimeo, bostezos y dolores musculares. Luego de 36 horas de abstinencia los síntomas se intensifican. Aparecen escalofríos, sofocos, insomnio, diarrea, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea. Si no se repite la toma, los síntomas declinan en los diez días subsiguientes. En cambio si se prolonga su uso, se inicia el camino de la dependencia sin atenuantes, cuyos efectos físicos son:

- Epidermis enrojecida
- Pupilas contraídas.
- Náuseas.
- Decaimiento de la función respiratoria.
- Pérdida de reflejos.
- Falta de respuesta a los estímulos.
- Hipotensión.
- Desaceleración cardíaca.
- Convulsiones.
- Riesgo de muerte

Los efectos psicológicos son similares a los de otros estimulantes:

- Euforia.
- Energía.
- Placer.
- Vigor sexual.

Pero en cuanto decae la acción de la droga, aparece la angustia, la depresión, el abatimiento y la desazón.

El opio produce adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica. La intensidad del síndrome de abstinencia, y su gravedad, depende de varios factores: tipo de droga, tiempo de uso, personalidad del consumidor, etcétera. Los primeros síntomas comienzan a parecer ocho horas después de la última dosis con lagrimeo, sudoración, bostezos y sueño agitado. A continuación los síntomas se agudizan gradualmente y aparecen: irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, debilidad y depresión. Le sigue un cuadro gastrointestinal severo con náuseas y vómitos, dolores, cólicos y diarreas, lo cual provoca una deshidratación importante. Le siguen flashes de frío y calor, contracturas musculares y dolores óseos en la espalda, los brazos y las piernas. Este período intenso dura alrededor de diez días aunque existe un efecto residual más largo que provoca alteraciones en la conducta que inducen a una recaída.

MARIHUANA

El cáñamo común es una planta herbácea anual cuya única especie es la *Cannabis sativa*, que presenta dos variedades: *Cannabis sativa* índica y americana. Es un arbusto silvestre que crece en zonas húmedas y tropicales, pudiendo llegar a una altura de cinco metros, extrayéndose de él los cannabinoides. La marihuana es la picadura de la parte superior de la planta (hojas y tallos).

Su componente psicoactivo más relevante es el Delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones o tortas.

Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica.

Los síntomas característicos de la intoxicación son: relajación, inyección conjuntival, euforia, sequedad de las mucosas, aumento de apetito, compromiso de la destreza y habilidad motora, retención urinaria, taquicardia, ansiedad.

Los efectos más importantes suceden en el SNC y en el aparato cardiovascular.

En dosis altas puede producir psicosis tóxicas (alucinaciones visuales y auditivas)

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de este último. El color de la hoja va del verde amarillento al marrón oscuro según el lugar de procedencia. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: El producto resultante del corte de la parte superior de la planta (hojas y tallos), cuando ésta es troceada y enrollada como cigarrillos, recibe el nombre de "marihuana" (también es conocida como "hierba", "chala", "porro", etc.; su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

La marihuana es la forma más frecuente, conteniendo de 0,3 a 3,5 % de THC; la concentración de THC llega al 10 % en el hachís, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachís, implica efectos psicológicos

similares a los expresados en la forma fumada pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

Fumar Cannabis es altamente irritante para la nasofaringe y la mucosa bronquial y, por tanto, aumenta el riesgo de tos crónica y otros signos y síntomas de patología nasofaríngea. El consumo crónico se asocia a veces al aumento de peso, probablemente como resultado de comer en exceso y de la disminución de la actividad física. El consumo crónico de grandes cantidades puede provocar faringitis, sinusitis, bronquitis con tos persistente, enfisema y displasia pulmonar.

La marihuana afecta las características y funciones sexuales masculinas y femeninas. Se ha comprobado una estrecha relación entre su consumo y esterilidad. Las dosis altas de la droga pueden posponer la pubertad en los varones y tener efectos adversos en la producción de esperma. Entre las mujeres, puede cambiar el ciclo menstrual normal e inhibir la producción de óvulos.

La droga impide la función normal de las células T, cuando se trata de defender al sistema respiratorio de ciertos tipos de infecciones. Las personas que tienen el virus HIV, o cuyos sistemas inmunes no funcionan adecuadamente deben evitar su uso.

La característica esencial de la intoxicación por cannabis es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo. La intoxicación se inicia típicamente con una sensación de bienestar seguida de síntomas que incluyen euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente.

La intoxicación se presenta en unos minutos si se fuma Cannabis, pero puede tardar horas si la droga es ingerida por vía oral. Los efectos duran habitualmente 3-4 horas, siendo mayor la duración cuando la sustancia es administrada por vía oral.

Debido a que muchos cannabinoides, incluyendo el delta-9-THC, son solubles en grasas, los efectos pueden durar o reaparecer ocasionalmente en 12-24 horas a causa de la lenta liberación de las sustancias psicoactivas de los tejidos grasos o de la circulación enterohepática.

Aun las dosis bajas afectan el equilibrio y la estabilidad de la postura, efectos que son más visibles cuando se cierran los ojos. Puede demostrarse disminución de la fuerza muscular y de la seguridad de las manos. Está relativamente respetada la realización de tareas motoras bastantes simples y de tiempo de reacción simples, mientras no se alcancen dosis más elevadas. Los procesos más complejos, incluyendo la percepción, la atención y el procesamiento de información requerida para manejar o volar, son deteriorados por dosis equivalentes a uno o dos cigarrillos. La alteración persiste durante 4-8 horas, mucho más allá del tiempo en que el sujeto percibe los efectos subjetivos de la droga.

Las dosis más elevadas de delta-9-THC pueden inducir alucinaciones francas, ilusiones y sentimientos paranoides. El pensamiento se torna confuso y desorganizado; la despersonalización y la alteración del sentido del tiempo se acentúan. La euforia puede ser reemplazada por una ansiedad que alcanza proporciones de pánico.

Con dosis suficientemente elevadas, el cuadro clínico es el de una psicosis tóxica, con alucinaciones, despersonalización y pérdida del juicio de realidad. Esta reacción puede aparecer en forma aguda o sólo después de meses de uso.

La dependencia y el abuso de Cannabis se presentan habitualmente al cabo de un largo período de tiempo. Quienes llegan a la dependencia establecen típicamente un patrón de consumo crónico que aumenta gradualmente tanto en frecuencia como en cantidad. Con el consumo crónico hay a veces una disminución o pérdida de los efectos placenteros de la sustancia.

Prácticamente es nula la consulta en servicios de salud por el abuso de esta sustancia.

KETAMINA

Es un derivado de la fenciclidina y se comporta como un anestésico de acción corta, con un efecto disociativo.

Es un líquido translúcido que se deriva del PCP, aunque a diferencia de su precursor, no produce efectos permanentes de orden neurológico o fisiológico. Se vende en soluciones inyectables, aunque últimamente ha aparecido clandestinamente comercializada en forma de polvo.

La administración de ketamina puede llegar a provocar convulsiones, parálisis, náuseas, paros respiratorios y muerte. Este anestésico, que habitualmente se utiliza para sedar a caballos y gatos, actúa como psicodélico y es especialmente peligroso combinado con determinados ansiolíticos, antiasmáticos y antidepresivos y también si se consume con sustancias como el éxtasis, la cocaína, los opiáceos o el speed.

En 1965 los laboratorios Parke & Davis lanzan la ketamina como agente anestésico bajo los nombres comerciales de Ketalin®, Ketalar® y Ketina® para uso humano y de Ketaset® para uso veterinario.

La ketamina, también recibe el nombre de K o vitamina K.

Mecanismo de acción y formas de empleo. La ketamina se administra por inyección intramuscular o intravenosa. También puede inhalarse o fumarse después de ser calentada y transformada en cristales. Al igual que el PCP, genera anestesia disociativa: interrumpe en forma selectiva las vías cerebrales de asociación y produce bloqueo sensorial.

Los efectos comienzan en un par de minutos y duran menos de una hora. Cierta individuo que se administró 80 mg. por vía intravenosa describió su experiencia a la revista High Times en los siguientes términos:

Su uso continuo durante más de tres semanas ocasiona tolerancia. Aunque no produce dependencia física, tiene un leve potencial para crear dependencia psicológica.

Sobre dosificación. Las intoxicaciones agudas con ketamina provocan depresión respiratoria.

LSD

El nombre científico de la droga es diatilamida del ácido lisérgico (LSD). Se incluyen dentro de las llamadas drogas alucinógenas o psicodélicas. Es una droga sintética que se hace a partir de los alcaloides del cornezuelo, un hongo que parasita en el centeno y otros cereales de Europa.

El LSD es incoloro, inodoro e insípido, soluble en agua. Se absorbe por vía gastrointestinal e inhalatoria.

En la jerga de los adictos al LSD se le dice "ácido", "viajes" y "hongos", "tripa" entre otros nombres. El LSD se presenta en forma de tabletas, polvo, solución.

Las sustancias alteradoras de la mente pueden provocar efectos negativos que se contraponen a las expectativas que despiertan. El LSD es una droga tan impredecible que si el usuario no está preparado para la experiencia o está psicológicamente alterado, puede tener un "mal viaje". Los efectos buscados son el aumento de la sensibilidad hacia los sonidos y los colores, la exaltación del humor, la disociación, la embriaguez y la relajación, pero esto se da solamente en un 50% de las experimentaciones.

Los efectos físicos que produce el LSD son:

- Taquicardia.
- Hormigueo y entumecimiento en las extremidades.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Dilatación de las pupilas.
- Debilidad y pérdida de peso.
- Escalofríos.
- Vértigo.
- Vómitos.

En el plano psíquico:

- Afecta la creatividad.
- Produce mente flotante y sinestesias
- Perturba las emociones y genera cambios de humor.
- Provoca depresión y confusión mental.
- Activa la ansiedad y lleva a la desesperación.
- Crea delirios persecutorios.
- Lleva a la locura.

El LSD tiene además un valor residual que hace experimentar los mismos efectos, aun pasadas varias semanas o incluso meses de haberlo consumido, llamado “flashback”.

En cuanto a las secuelas que deja esta droga, los resultados de algunos estudios preliminares hacen sospechar alteraciones cromosómicas y reacciones de tipo psicótico en personas con historial psicopatológico.

Una droga similar al LSD es la PCP o "Polvo de ángel", que apareció en 1959 y fue utilizada como anestésico y luego descartada por los médicos. El "Polvo de ángel" fue muy popular en la década del '70 y todavía se consume.

BIBLIOGRAFIA

- Damín Carlos, Di Biasi Beatriz “Venta de medicamentos fuera de la farmacia, publicidad y drogodependencias: relaciones peligrosas. Material de la Cátedra de Toxicología UBA
- Nápoli Mónica “Farmacodependencias”
- Vallejo Norma, “Aspectos toxicológicos de la drogodependencia” SEDRONAR 1998.

OTRAS FUENTES CONSULTADAS:

Artículos

- Clarín “Los remedios para mezclar con alcohol se sacan de casa” 28.4.2009
- Clarín “Un gramo de paco puede costar hasta 600 pesos” 5.9.2009
- La Nación “Logran determinar que es el paco” 4.9.2009

