

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL**

**ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS ILÍCITAS
Y TRATAMIENTO APLICABLE**

Autora: Abog. Ruwuisela González Rojas.

Valencia, Octubre de 2003

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE DERECHO
ÁREA DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL
ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS ILÍCITAS
Y TRATAMIENTO APLICABLE**

Autora: Abog. Ruwuisela González Rojas.

Año: 2003

RESUMEN

El consumo de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) está deteriorando a la juventud. La investigación se realizó porque en Venezuela, específicamente en la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo, residen adolescentes consumidores de sustancias ilícitas, lo que conlleva que se presenten serios problemas de descomposición social en su base familiar, y por consiguiente, esta problemática repercute en la comunidad donde ellos viven. Por ello, el principal objetivo de la investigación fue precisar la carencia de un tratamiento eficaz para adolescentes

consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes) en Puerto Cabello, siendo sus objetivos específicos: Verificar la existencia de centros especializados para aplicar tratamiento a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas en Puerto Cabello; Comprobar si el tratamiento aplicado a los adolescentes en los centros especializados son efectivos para lograr superar la problemática de salud que confrontan; Identificar el nivel de participación familiar en el proceso de aplicación del tratamiento dirigido al adolescente consumidor; Proponer la implantación de un tratamiento de cura desintoxicación orientado a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas. Para ello, se utilizó una metodología basada en una investigación de campo de tipo descriptivo con base documental. Además, se aplicó un cuestionario a una muestra constituida por el personal de un centro de desintoxicación y rehabilitación para fármacodependientes. A través del análisis de campo y de los datos obtenidos de la aplicación del instrumento, la autora destacó que a medida en que corren los tiempos el problema de la adicción a los estupefacientes crece incontrolablemente; se han suscrito Acuerdos Internacionales, se han creado leyes y cualquier otro tipo de normativa para regular el medio en que debe desarrollarse la vida del niño y el adolescente, pero al parecer, el Estado y sus instituciones, y la sociedad con su actitud se empeñan en hacer que estos documentos sean letra muerta, pues el trato que en la mayoría de los casos reciben estos jóvenes es el que se le otorga a una persona que ha cometido un delito y que debe ser juzgado, cuando es obvio que son seres humanos que están enfermos y que requieren de un tratamiento. Lamentablemente, no existe un tratamiento aplicable para los adolescentes, ya que ni siquiera existe un centro especializado para ellos, por lo que se propone su creación.

Palabras Claves: Adolescentes. Consumidor. Tratamiento. Sustancias ilícitas.

INTRODUCCIÓN

Innegablemente, la situación que atraviesan los adolescentes en la Venezuela de hoy, sobre todo aquellos que viven en circunstancias socioeconómicas precarias,

constituyen una población de altísimo riesgo para el uso indebido y abuso de las sustancias ilícitas, entendidas éstas como sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas.

De manera especial, los adolescentes de los sectores marginales han desarrollado rasgos subculturales, al no compartir valores ni prerrogativas de la cultura dominante; su relación emocional con el entorno es deficiente, haciendo peso además las condiciones de hacinamiento en que viven; sufren de hostilidad hacia sí mismos como hacia los otros.

En ese sentido, destaca el hecho de que sentirse y ser rechazados por el resto de la sociedad los hace asumir actitudes violentas para poder defenderse, y en ese ir y venir empiezan a consumir estupefacientes, lo que incrementa su conducta antisocial, en vista de que para conseguir estas sustancias incurren en acciones delictivas.

No se debe olvidar que esta población tiene acceso limitado a fuentes de empleo y centros educativos; esto incrementa su hostilidad y en consecuencia el consumo de sustancias, la integración de bandas, los atracos y otros actos antisociales con matices violentos, los cuales constituyen formas de proyectar su agresividad hacia la clase dominante.

En la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo, esta situación está creando verdaderos estragos, en virtud de que cada día aumenta de manera alarmante el número de adolescentes que consumen estupefacientes, los cuales son vistos como delincuentes comunes y no como personas enfermas y que necesitan de ayuda profesional, no un castigo.

Es por esta razón que el presente trabajo se enmarca dentro del análisis de la situación que en la actualidad viven los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas y del tratamiento que reciben. Siendo así, este trabajo está dividido de la siguiente manera:

Capítulo I: Incluye el problema de investigación; su planteamiento, formulación de la investigación; objetivos general y específicos; y justificación de la investigación.

Capítulo II: Comprende los antecedentes de la investigación; los antecedentes históricos del tema; las bases teóricas; las bases legales y la definición de términos básicos.

Capítulo III: Involucra la metodología usada, abarcando en ese sentido el tipo de investigación; población y muestra; técnicas e instrumentos de recolección de datos; técnicas de análisis de datos; validez y confiabilidad del instrumento y análisis de campo.

Capítulo IV: Plantea el análisis de los resultados obtenidos durante la recolección de datos y su respectiva interpretación.

Capítulo V: Esta parte la constituyen las conclusiones y recomendaciones a las cuales llegó la investigadora, en base a los datos recogidos y a la experiencia personal de la misma.

Por último, se mencionan las referencias bibliográficas consultadas y los anexos que complementan la información contenida en el trabajo.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

A. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El consumo de sustancias ilícitas, que se conocen como estupefacientes o psicotrópicas, y en lo sucesivo la autora así las denomina, es una realidad crítica que está deteriorando a la juventud mundial actual, y por supuesto Venezuela no se escapa de ello. Como bien es sabido, las ciudades portuarias constituyen focos de alto consumo de este tipo de sustancias, y la localidad de Puerto Cabello, Estado Carabobo, no está exenta de esta situación.

Bajo esa perspectiva, la investigación se realizó en razón de que existe en Venezuela, y más específicamente en la ciudad de Puerto Cabello, muchos jóvenes consumidores de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, lo que trae como consecuencia que se presenten profundos y serios problemas de descomposición social en su base fundamental que es la familia.

Por consiguiente, esta inquietante problemática ha repercutido y sigue repercutiendo todavía y de forma altamente negativa y nociva dentro tanto del núcleo familiar como en la comunidad donde estos adolescentes residen, crecen y se desarrollan.

Efectivamente, la marcada presencia de estas sustancias ilegales en esta localidad, innegablemente conlleva a un problema de estado, quien es el ente responsable de crear y fomentar políticas adecuadas para la prevención, por cuanto el consumo de estas sustancias podría llegar a causar un daño irreversible a la salud de los adolescentes, lo cual sería lamentable, pues estos individuos representan el futuro de la nación.

El análisis precedente se justifica en el hecho palpable o evidencia basada en que la investigadora ha observado, durante todo el lapso de tiempo que lleva de vigencia la Ley Orgánica Para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), cómo con demasiada frecuencia son presentados ante el Tribunal de Control de la Extensión de Puerto Cabello, Estado Carabobo cualquier cantidad de adolescentes que resultan ser consumidores de sustancias ilícitas tales como la cocaína, la marihuana, el crack, etc.

Ello sin lugar a dudas ha causado gran preocupación en la autora, en vista de que en las audiencias de presentación de los mismos se ha reflejado que gran parte de estos adolescentes buscan en las sustancias estupefacientes y psicotrópicas la familia que nunca jamás han tenido, entre otras cosas.

Esta es la principal razón por la cual, al no tener esa figura protectora y amorosa que los apoye ante cualquier problema que pudieran enfrentar, buscan refugio en estas sustancias ilícitas.

B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para nadie es un secreto, que el contexto vivencial de la sociedad de finales de siglo XX y nacimiento del siglo XXI viene caracterizado por una cultura de la drogodependencia.

Desde la mañana cuando se toma cafeína o tefilina, al desayuno, hasta la noche, momento en el cual las personas pueden relajarse al volver a la casa, con un aperitivo alcohólico, o un inductor del sueño con un somnífero, recetado por el medico, se está haciendo uso de diferentes sustancias, que inciden sobre el sistema nervioso central, para enfrentar estas peripecias de la cotidianidad.

Además, muchos individuos se activan a medida que va transcurriendo el día, aspirando nicotina. Aun cuando los estupefacientes han estado presentes en todas las culturas y a través de todas las épocas de la humanidad, hoy más que nunca son más las personas que los consumen, hay más cantidad y hay más facilidades para conseguirlos.

Es interesante ver que cuando se realiza una encuesta y se le pregunta a las personas por los mayores problemas de la sociedad actual, siempre sale nombrado dentro de los cinco primeros lugares el "problema de drogas". Y cuando se consulta a la gente el porqué de este problema siempre se nombra como un problema de pobres y de marginales.

Pero la realidad es que desde hace mucho tiempo que los estupefacientes dejaron de ser un problema callejero y de marginales, y esto ocurrió cuando las sustancias psicotrópicas fueron el mejor negocio para algunos y la peor desgracia para otros, y ha pasado a ser desde hace mucho tiempo un asunto de interés gubernamental.

Y esto es cierto hasta el punto de que existen organismos tales como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las drogas (CICAD), donde los países del Hemisferio, convencidos de la importancia de los efectos de este mal entre sus habitantes, mancomunan esfuerzos en la lucha contra el uso indebido, la producción, tráfico y distribución ilícitos de estupefacientes y sus modalidades conexas.

Ello se debe principalmente a que los problemas generados por esta situación siguen siendo graves e interrelacionados. Motivo de especial preocupación son las negativas consecuencias que conllevan los estupefacientes ilícitos y demás sustancias

controladas, así como los delitos conexos, en la medida que constituyen una seria amenaza para la salud e integridad de la persona humana y para el normal desarrollo de los pueblos, al tiempo que imponen enormes costos sociales, económicos y políticos a los Estados.

Como es obvio, Venezuela no escapa de esta circunstancia. Efectivamente, el Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica dio a conocer el informe sobre la certificación de la ayuda que los países le prestan en la lucha antinarcóticos.

Lastimosamente, el documento identifica claramente a Venezuela entre los Veintitrés (23) países del mundo con mayor tránsito o producción de psicofármacos en todo el planeta y entre los Veinte (20) más implicados en el lavado de dinero del narcotráfico.

Según se expresa en el mencionado informe, los 2.200 kilómetros de extensión de la frontera de Venezuela con la República de Colombia están bastante lejos del control del Gobierno, a través de sus mecanismos de seguridad y defensa de la soberanía de la nación, y ofrecen oportunidades para las actividades de producción y contrabando de estupefacientes.

Efectivamente, el reporte indica que Venezuela se ha convertido en una ruta bien desarrollada y excelente para asegurar lograr un embarque anual de unas cien (100) toneladas métricas o más de cocaína destinada a los Estados Unidos de Norteamérica y Europa.

Además, en el documento se dice que las autoridades venezolanas han hecho lo posible por combatir el tráfico y consumo de sustancias psicotrópicas, pero estas actividades se han visto obstaculizadas por asignaciones presupuestarias deficientes con ese objetivo.

Ahora bien, es oportuno señalar que, a los efectos de facilitar y dar coherencia a las actividades en contra de los estupefacientes, en el país se han encauzado varias alternativas, destacándose entre ellas los instrumentos jurídicos que regulan esta actividad.

En ese sentido, es oportuno mencionar el caso de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP), aparte de las distintas instituciones que de manera independiente o por iniciativa del Poder Ejecutivo Nacional, Regional o Local realizan actividades y programas destinados a combatir esta calamidad.

No obstante, los esfuerzos no han sido en realidad suficientes. Y la prueba de ello se refleja en el alto índice de consumo de estas sustancias en las principales ciudades del territorio nacional, tal como el caso de Puerto Cabello, Estado Carabobo. Evidentemente, en virtud de su posición estratégica privilegiada, es un blanco fácil tanto de entrada, como distribución y salida al territorio y al exterior de este tipo de sustancias.

Como es de esperarse, la población es víctima fácil de caer en la adicción, dada las actuales condiciones sociales y económicas del país. Dentro de esta población, se ha observado con preocupación que los adolescentes han resultado ser los que mayormente caen en este problema, acarreando graves consecuencias para su familia y su entorno general.

Bajo esta perspectiva, se tiene que un gran número de adolescentes residentes en Puerto Cabello se encontraron inmersos en el consumo de sustancias estupefacientes, motivo por el cual es necesario considerar que los mismos, deben ser considerados y tratados como enfermos y no como delincuentes, siendo menester establecer mecanismos de control y orientación de profesionales idóneos, especializados.

Entre estos profesionales destacan los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales para ayudar a superar la situación que confrontan no los adolescentes y su familia, quienes deben instruirse sobre cómo impartir mejor orientación en sus hogares y qué principios respetar en la formación del carácter de sus hijos, especialmente en la adolescencia, donde se requiere dedicarles más atención e incentivarlos en los estudios y otros intereses que les ayude a aumentar su autoestima.

Por todas estas razones, es elemental realizar un análisis extensivo y crítico que permita verificar si los mecanismos que actualmente existen en esta localidad, al ser

aplicables a los adolescentes con problemas de consumo son verdaderamente efectivos para combatir esta gran enfermedad.

Es importante señalar que el aumento del consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas se ha transformado en una de las causas más preocupantes no sólo a nivel local y regional, sino también a nivel nacional e internacional, debido al efecto nocivo que estas sustancias generan en el ser humano el cual influye negativamente en el futuro de la humanidad y por ende de la sociedad y el mundo entero.

Es por ello que se hace imperativo y obligatorio aunar esfuerzos y trabajar en mancomunidad para poder combatir de manera efectiva este inmenso mal que está acabando con la adolescencia venezolana, y así lograr una efectiva erradicación del mismo.

C. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta todas las consideraciones que fueron antes mencionadas, se tiene que las mismas permiten formular el problema de la siguiente manera: ¿Existe en la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo, un tratamiento eficaz, que sea aplicable a los adolescentes consumidores de sustancias estupefacientes o psicotrópicas?

D. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

D.1. OBJETIVO GENERAL

Precisar la carencia de un tratamiento eficaz o adecuado para adolescentes consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes) en Puerto Cabello, Estado Carabobo.

D.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la existencia de centros especializados para la aplicación tratamiento a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas en la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo.

- Comprobar si el tratamiento aplicado a los adolescentes en los centros especializados son efectivos para lograr superar la problemática de salud que confrontan.
- Identificar el nivel de participación familiar en el proceso de aplicación del tratamiento dirigido al adolescente consumidor.
- Proponer la implantación de un tratamiento de cura desintoxicación orientado hacia los adolescentes con problemas de consumo de sustancias ilícitas o estupefacientes.

E. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En virtud de la experiencia adquirida laborando en el Tribunal de Control Sección Adolescentes extensión Puerto Cabello, la investigadora pudo evidenciar que los adolescentes presentados por ante este tribunal resultaron ser consumidores de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, y en su gran mayoría están incurso en hechos delictivos.

Con todo lo anteriormente expuesto, se puede afirmar categóricamente que los mencionados adolescentes son tratados como delincuentes, sin tomar en cuenta primeramente que la LOPNA no lo permite, y segundo el problema de salud que éstos presentan, el cual es el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, pues se está hablando de personas enfermas, y es allí donde está la raíz del problema.

Innegablemente, esta circunstancia que se presenta ha generado gran inquietud en la investigadora, por cuanto dicha situación va en contra de cualquier normativa vigente en Venezuela y en el derecho internacional en cuanto a la infancia y la adolescencia.

Es oportuno señalar que se trata de un problema que atañe a todos los venezolanos, y cuya solución no se puede dejar en manos de un pequeño grupo de personas, lo que amerita unir esfuerzos para garantizarle al país una juventud sana y así lograr vencer esta problemática, que ha incursionado en las escuelas,

universidades, talleres, campos deportivos, sitios de recreación (discotecas, parques, gimnasios), y hasta en aquellos lugares donde la imaginación no llega.

Como bien es sabido, este problema, por causa de sus peculiaridades, alcances y consecuencias debe obligatoriamente ser enfrentado por todos y cada uno de los integrantes de la sociedad, ya que cualquier miembro de una determinada familia podría convertirse en una víctima más de esta terrible enfermedad, que día a día desgraciadamente ha ido acabando con el porvenir de los adolescentes y el progreso o superación del país.

Es por ello que la presente investigación está perfectamente justificada, porque conociendo el aspecto jurídico que tiene este tema, se puede partir de esta base para generar una serie de datos que revelen la situación actual del problema en la zona de Puerto Cabello, los medios de combate con los cuales se cuenta y las posibles alternativas para mejorar la estrategia que le permita a la sociedad hacerle frente a esta realidad.

De igual manera, el estudio representa una novedad, pues permite ahondar un poco más en las realidades de las personas que son sujetos de las leyes, en este caso la LOPNA y la LOSEP, para tratar de llegar al verdadero fondo del problema y hacer efectivo lo que contemplan estas leyes para prevenir el incremento de delitos relacionados con los estupefacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta parte, corresponde hacer un análisis de aquellos trabajos análogos al presente, que sirven de soporte y agregan valor al estudio.

En primer lugar, se menciona a Salinas, C. (1997), el cual se denomina “Drogas, Derecho Penal y Menores de Edad”. Se trata de un análisis cuyo objetivo es determinar la posición de la legislación penal y de menores ante el menor de edad que posee o consume sustancias estupefacientes y la disyuntiva de tratarlos como

personas que necesitan de un proceso de reeducación o delincuentes que deben cumplir con una pena, tal como un delincuente adulto. La investigación se enmarcó en un diseño exploratorio con base documental. Entre sus conclusiones, el autor destacó la importancia de tomar al niño o adolescente como un sujeto enfermo y no como un delincuente, y de la necesidad del sistema legislativo de crear mecanismos que coadyuven en este proceso de reeducación.

Por otro lado, se halla la investigación desarrollada por Gottsbacher, M. (2001), titulada “Drogas y Prevención del Delito”, trabajo presentado bajo los auspicios del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El objetivo del estudio fue abordar la interrelación entre la reducción de la oferta y reducción de la demanda de estupefacientes, analizar el vínculo entre violencia y drogas; y delincuencia y drogas, la prevención, tratamiento y reinserción social, entre otras alternativas. A tal efecto, la investigación se enmarcó en una investigación documental, haciendo uso de fuentes bibliográficas principalmente y el análisis de documentos y textos.

Como conclusión, el autor señaló la importancia de atenuar la pesada carga social que el problema de la droga representa para la sociedad en el siglo XXI sólo será posible reduciendo la demanda de drogas, unida a la restricción de la oferta, fortalecimiento de programas encaminados a sancionar a responsables del tráfico de drogas, la colaboración con la sociedad civil para idear técnicas de eliminación de la violencia, la creación de programas eficaces para confiscar los activos de los narcotraficantes y la promoción de medidas para castigar a los blanqueadores de dinero.

También se destacó que el entorno social es clave, en vista de que si no existen las posibilidades para que los jóvenes puedan desarrollar su creatividad, proyectos de vida y espíritu es probable que muchas culturas juveniles se manifiesten en el uso de drogas, violencia y delitos conexos; no es problema individual sino responsabilidad de la sociedad para contrarrestar este problema. No es solamente un problema de jóvenes, adictos y de delincuentes sino también de legisladores, gobierno, poder

judicial, medios, padres de familia, escuelas y universidades, sociedad civil, empresarios, etc.

B. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Primeramente, cabe reseñar que los estupefacientes se han utilizado desde la existencia de las más antiguas civilizaciones con finalidades religiosas y médicas, así como también un medio de evasión del mundo cotidiano y para subsanar el dolor físico y mental. De hecho, etimológicamente de la palabra *pharmakon* (remedio y veneno en el antiguo griego), se derivan otras como *farmacia* y *farmacopea*.

Los pueblos que hoy día aún son considerados como primitivos practican el uso de alguna sustancia psicotrópica. Por ejemplo, los aborígenes australianos (considerados como uno de los pueblos más primitivos del mundo) mastican la planta *pituri*, gracias a sus efectos narcóticos.

Se sabe que los asirios, egipcios, griegos, romanos y árabes usaron algunos psicofármacos con fines médicos, para la magia o la iniciación de los misterios religiosos. Asimismo, los indios de México usaron el peyote y los de Perú las hojas de coca para diversos fines.

Por su parte, los sumerios elaboraron psicofármacos medicinales con sal, salitre, casia, cortezas de sauces, asafétida, tomillo, semillas, raíces, entre otros. Los médicos de aquella época trabajaban con estas sustancias naturales pero, por no conocer exactamente sus propiedades y mucho menos sus consecuencias, muchas veces cegaban a la gente provocando la adicción y la destrucción de los hombres.

Una tablilla que data de hace 4000 años es la prueba más antigua del uso de sustancias psicotrópicas, en la que el sumerio anónimo enumera algunos remedios contra enfermedades que no describía.

Lo mismo sucedía con los egipcios, cuyos aciertos terapéuticos no eran del todo eficientes; de hecho, en tiempos de los faraones se usaba el aceite de ricino como laxante. Los babilonios utilizaron por primera vez la belladona (hierba de Eurasia) contra la tos, y los chinos descubrieron que el hígado y el hierro curaban la anemia.

B.1. DESDE LA ANTIGUA GRECIA

Hipócrates fue uno de los médicos griegos más destacados de Occidente. Ciertamente, sus experiencias con estupefacientes las expandió hacia el Imperio Romano. Entre las sustancias estudiadas figuran más de doscientos cincuenta, entre ellas un estimulante cardíaco. En las columnas del templo dedicado a Esculapio, dios de la medicina, escribieron ya recetas de algunas combinaciones farmacológicas.

Por otra parte, gracias a la labor del médico griego Dioscórides (quien escribió el primer tratado serio sobre farmacología), el saber de las drogas se expandió hacia Arabia y la Edad Media.

Los romanos profundizaron el desarrollo de fármacos y aumentaron el número de drogas medicinales. Dicho legado se trasladó posteriormente a Oriente (Bizancio y cercano Oriente), haciendo de los musulmanes los mejores de la Edad Media. De hecho, en Las Mil y Una Noches se vislumbran ciertas sustancias utilizadas, al tiempo que Bagdad era en centro farmacéutico y médico del mundo.

En la edad de Oro de las drogas, los árabes se destacaron por generar las más extrañas y eficientes sustancias. Avicena, filósofo y médico musulmán, escribió El canon de la medicina que por mucho tiempo fue un libro insigne en Oriente Próximo y Europa.

Con un legado enorme, los estupefacientes árabes emigraron al mundo occidental y con ellos la sistematización de la farmacia en su sentido más amplio y absoluto. Con la aparición de las boticas la gente tenía un lugar donde curarse y aliviar sus males.

Guy de Chauliac, el padre de la cirugía francesa, instaba a los médicos a que llevaran medicinas en sus visitas. De igual manera, se estableció una clara relación entre los médicos y los pacientes a través de los libros de receta en los cuales, por cierto, los nombres de las sustancias se encontraban abreviados en latín.

B.2. LAS DROGAS EN LA EDAD MEDIA

En la Edad Media, los alquimistas árabes descubrieron y fabricaron algunos fármacos como alcohol destilado y diversos extractos vegetales, los cuales siguieron

proliferándose hasta el siglo XVII junto con ingredientes tan antiguos y singulares como las perlas machacadas, los dientes de lobo pulverizados y las momias molidas.

En esta época existían estrechos lazos entre la religión y la medicina, representando los restos de esta alianza los hospitales de la actualidad afiliados a alguna religión particular, todos los grupos médicos misionales y las órdenes de monjas enfermeras.

Algunos excelentes médicos de esa época fueron obispos que recetaban remedios médicos y espirituales; para los creyentes ambos eran eficaces; por ello, los estimulantes espirituales destacan de los antiguos retratos de Cristo Farmacéutico, ilustración que fue común en las farmacias europeas hasta el siglo XVIII.

Durante la Edad Media, las sustancias farmacológicas se usaron ampliamente por los monjes a pesar de que la alquimia y la superstición estuvieron mezcladas con la farmacia. Igualmente, en América los indígenas desarrollaron remedios contra la enfermedad a lo largo de los siglos. En Perú se usaba la quina para tratar la malaria, y los indios yanomamis mataban a sus presas con las flechas impregnadas en curare.

Durante el siglo XVI Paracelso, médico químico suizo, hizo énfasis en la importancia de observar la naturaleza. Además, fue el primero en hablar de la doctrina que consideraba a los procesos vitales como procesos químicos y que, por tanto, en el estudio de la química puede hallarse la curación de las enfermedades. Para ello hizo uso del azufre, el plomo, el hierro, el antimonio y el cobre.

Ya con el Renacimiento, se empezó a hablar de la existencia de las farmacias se equiparon con las primeras inquietudes del progreso científico. Las farmacias ya estaban equipadas con máquinas que destilaban y alambiques y se convirtieron en los primeros laboratorios de química.

Bajo la supervisión de gremios importantes, los farmacéuticos del siglo XVII se especializaron en la producción de drogas galénicas y químicas. En este siglo destaca el descubrimiento de la vacuna contra la viruela logrado por el médico inglés Edward Jenner.

B.3. LLEGA EL SIGLO XIX

No fue hasta principios del siglo XIX cuando los boticarios, químicos o los propietarios de herbolarios obtenían sus materias primas localmente o en otros continentes (el opio de Persia o la ipecacuana y corteza de quina de América del Sur), adquiriéndolas a través de los especieros y comerciantes. Con ellas, fabricaban jarabes, pomadas y tinturas entre otros.

Para el siglo XIX la farmacia se volvió una profesión independiente, creándose la primera escuela en Philadelphia en 1821. En 1805 se logró aislar la morfina del opio, el “gas de la risa” (óxido nitroso) es empleado por primera vez como anestésico general por el dentista estadounidense Horace Wells en 1844; el éter, por su parte, fue usado por primera vez por el también dentista americano William Morton en 1846.

En 1860, el cirujano inglés, Mr. Joseph Lister, introduce la aplicación de un antiséptico en forma de ácido carbónico débil, para lograr prevenir las infecciones en las operaciones quirúrgicas. Cabe destacar, en otro orden de ideas, que en 1833 se desarrolló la utilización de la cocaína como anestésico local, en una operación oftalmológica.

Por otra parte, en la cultura occidental el consumo de alcohol ha sido aceptado socialmente desde hace siglos. Luego de la conquista de América apareció el tabaco, cuya utilización tuvo un fuerte apogeo cuando los conquistadores lo usaron gracias a los indígenas.

A partir de entonces, otras drogas ampliaron la gama de productos de esta índole y fueron empleados en Europa y América: el hachís, el opio, al coca, los sintéticos (como el LSD), las anfetaminas, pegamentos y pare usted de contar.

B.4. PANORAMA ACTUAL

En el siglo XX, el alcohol es un producto de consumo mundial. Su difusión en el orbe entero fue primero lenta; sin embargo, a partir de la década de los sesenta, su consumo se generalizó en todos los sectores poblacionales y sociales, así como entre grupos de mujeres y jóvenes.

Precisamente en ese decenio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó de manera alarmante que los problemas relacionados con el abuso de bebidas

alcohólicas representaban uno de los mayores retos para la salud pública de todo el mundo.

Con estos antecedentes, es lógico pensar que el uso de las drogas y el desarrollo de las farmacología se haya disparado de forma vertiginosa, desde la creación de las más útiles vacunas hasta la proliferación de múltiples sustancias que, de forma irresponsable y como una forma de evasión a la realidad, han llegado hasta todos los rincones del mundo, sin discriminar religión, credo ni sociedad en específico.

Para combatir esta problemática, Venezuela cuenta con un Plan Nacional para la Prevención y el Control de la Producción, el Tráfico y Consumo de Drogas, que cubre las áreas de reducción de la oferta, reducción de la demanda y medidas de control.

Asimismo, este plan no cubre las áreas de estructura institucional, presupuesto y sistema de evaluación. Cabe señalar que Venezuela ha tomado varias medidas administrativas para comenzar a incorporar estas áreas al plan nacional. El Plan tuvo vigencia en el período 1995-1999.

Su base administrativa emana de una resolución del Consejo de Ministros de fecha 19 de julio del año 1995. Por otro lado, existe una autoridad central de coordinación, denominada Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID), la cual coordina las actividades de reducción de la demanda, reducción de la oferta, medidas de control y el centro de información.

Su base legal de creación es la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas “LOSEP” vigente desde el año 1993. La CONACUID tiene un presupuesto que es parte del Ministerio para la Secretaría de la Presidencia. Asimismo, Venezuela ha ratificado las convenciones de las Naciones Unidas de los años 1971 y 1988.

De igual manera, se ha adherido a la Convención de las Naciones Unidas de 1961. También ha ratificado las Convenciones Interamericanas sobre Asistencia Mutua en Materia Penal y contra la Corrupción. Posee normas legales y

reglamentarias para tratar el tema drogas conforme a las convenciones internacionales.

En específico, tiene una legislación relativa a lavado de activos, sustancias químicas y armas de fuego, municiones y explosivos, de acuerdo con los reglamentos modelo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas “CICAD”.

Cuenta además con un sistema integrado para la recolección y mantenimiento de estadísticas y documentos. También mantiene, en acervos distintos y aislados, documentos y estadísticas sobre reducción de la demanda, reducción de la oferta y medidas de control.

Asimismo, tiene documentos relativos al impacto de las drogas ilícitas en la sociedad. Venezuela ha informado que posee estadísticas sobre este tema, las cuales actualmente se están sistematizando.

C. BASES TEÓRICAS

C.1. ESTUPEFACIENTES. DEFINICIÓN

En primera instancia, conviene hacer referencia al concepto de toxicomanía. En ese orden de ideas, la Enciclopedia Encarta (2001) revela lo siguiente:

Estado psicológico y en ocasiones físico caracterizado por la necesidad compulsiva de consumir una droga para experimentar sus efectos psicológicos. La adicción es una forma grave de dependencia en la que suele haber además una acusada dependencia física. Esto significa que el tóxico ha provocado ciertas alteraciones fisiológicas en el organismo, como demuestra la aparición del fenómeno de tolerancia (cuando son necesarias dosis cada vez más elevadas para conseguir el mismo efecto), o del síndrome de abstinencia al desaparecer los efectos. El síndrome de abstinencia se manifiesta por la aparición de náuseas, diarrea o dolor; estos síntomas son variables según el tóxico consumido. La dependencia psicológica, o habituación, consiste en una

fuerte compulsión hacia el consumo de la sustancia, aunque no se desarrolle síndrome de abstinencia (Buscar Toxicomanía).

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

A este respecto, se tiene que el Comité de Expertos de la Sociedad de las Naciones, en el año de 1957, pronunció que la toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica, provocada por el empleo reiterado de ciertas sustancias tóxicas.

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

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

De igual manera, entre otros aspectos, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, señala claramente que: “...dependencia respecto a las drogas es el estado que resulta de la absorción de una droga, repetida periódicamente o continuamente”.

De acuerdo a la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, por estupefaciente se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, que figuran en las listas I o II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Como se puede notar, es un término usado, con mayor frecuencia, en un contexto legal, y se refiere a la droga no prescrita médicamente que actúa sobre el sistema nervioso central, produciendo dependencia física y/o psicológica, dando lugar a la adicción.

C.2. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUPEFACIENTES

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

- a) Euphorica: Comprende los venenos sedativos del espíritu, tales como el opio y sus distintos derivados: morfina, heroína, codeína, dionina. El autor mencionado incluye en este grupo la cocaína, sobre la cual se hará luego una pequeña consideración.
- b) Phantástica: Comprende los venenos alucinatorios de los sentidos: LSD, mescalina (de ciertos cactus alucinógenos), psilocibina (de ciertos hongos alucinatorios) y, aunque ciertos permisionistas opinen lo contrario, la marihuana.
- c) Inebrantia: Se incluyen los venenos embriagadores, como el alcohol y el éter, debiéndose incluir también los inhalantes, lamentablemente difundidos hoy entre los adolescentes (nafta, ésteres, hidrocarburos aromáticos, etc.).
- d) Hipnótica: Comprende las sustancias narcóticas como los barbitúricos, benzodiacepinas, fenotiacinas, metaqualona, mazindol.
- e) Exitantias: Sustancias estimulantes del psiquismo, tales como la cocaína, las anfetaminas y el cath y, en menor grado, la cafeína y el tabaco.

C.3. TIPOS DE DEPENDENCIA

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

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

- Dependencia morfínica;
- Dependencia cocaínica;
- Dependencia cannábica;
- Dependencia barbitúrica;
- Dependencia anfetamínica;
- Dependencia alucinógena;
- Dependencia alcohólica.

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

C.3.1. Dependencia Morfínica

Se llama comúnmente “adormidera”, variedad de amapola ordinaria del Asia Menor. Su nombre botánico es *Papaver Somniferum*, y de sus cápsulas (frutos) se extrae, mediante una adecuada incisión, un látex que, por oxidación al aire adquiere un color pardo oscuro: es el opio, producto rico en ciertos alcaloides provistos de potente acción farmacológica: morfina, papaverina, codeína y tebaína.

Del opio se obtiene la morfina, polvo blanco cristalino, que mediante un proceso químico relativamente sencillo se transforma en heroína (diacetil morfina). Cada planta de amapola rinde unos cinco gramos de opio bruto, que contiene alrededor del 10% de la morfina.

Tanto la morfina como la heroína son ampliamente utilizadas por los individuos adictos por vía endovenosa, mediante la autoinyección. Es cierto también que ambos alcaloides producen efectos hipnóticos y analgésicos de gran intensidad. De igual manera, engendran verdadera dependencia física, con un

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

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

C.3.2. Dependencia Cocaínica

Fundamentalmente, la cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de un arbusto ordinario de América de Sur, el *Erythroxylon Coca*. Desde tiempo inmemorial, los indígenas de extensas zonas de Bolivia y Perú mascan las hojas del arbusto, práctica denominada “coqueo”, a fin de aumentar su resistencia a la fatiga, el hambre y la sed.

Las hojas contienen alrededor del 1% de un alcaloide denominado cocaína, que transformado en clorohidrato por aspiración del producto tal cual, que constituye un polvo blanco cristalino, el cual se absorbe a través de la mucosa nasal, pasando rápidamente a la sangre (cocainomanía), y de ahí al sistema nervioso central.

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

En los últimos tiempos se ha difundido el fumado del alcaloide en su forma básica, es decir, no salificado como clorohidrato, mezclado con tabaco o marihuana, modalidad llamada “crack”. El alcaloide es absorbido por vía pulmonar, llegando al cerebro en contados segundos y produciendo un intenso y súbito “rush”, una enorme euforia, que dura varios minutos para pasar luego a una muy desagradablemente depresión, lo que lleva al adicto a volver a fumar; de esta manera se suceden euforias y depresiones, lo que puede conducir al sujeto al paro cardiorrespiratorio fatal.

Tradicionalmente se consideró que la cocaína no producía dependencia física. Con la aparición del “crack” esta afirmación se desvanece: un adicto a la cocaína, que

utiliza tal forma de consumo, no deja de fumar mientras disponga de droga, o de los medios para conseguirla. La demanda psíquica es de una violencia tal que el sujeto constituye un serio peligro para el personal médico y de seguridad.

C.3.3. Dependencia Cannábica

Las propiedades embriagantes del cáñamo, de nombre científico *Cannabis Sativa*, el cual es cultivado en las mesetas de la India, cuya resina es llamada “haschish”, se utilizaban hace siglos para provocar exaltación dionisiaca en ciertas ceremonias religiosas. Esta especie vegetal presenta dos formas de consumo. Por un lado, la resina segregada por las flores femeninas, recolectada adecuadamente, se consume con diversos nombres: el ya citado haschish, charas, chira, etc.

La otra forma, más común y accesible, es el producto obtenido por secado y picado de las hojas y sumidades floridas de las plantas, con el que se arman cigarrillos, que son fumados por los adictos para el logro de los efectos psicotóxicos (alucinógenos) buscados.

El principio activo de la marihuana, responsable de la acción psicotóxica buscada por los adictos, es el tetrahidrocannabinol (THC). Se estima en cincuenta microgramos de THC por kg de peso del sujeto, la dosis umbral para el logro de los efectos alucinógenos buscados por el fumador de este estupefaciente. De acuerdo con lo consignado, un “porro” contendría alrededor de cinco mil microgramos de THC, dosis más que suficiente para que un sujeto de setenta kg de peso alcance tal umbral.

Se acepta actualmente que el *Cannabis* produce el fenómeno de tolerancia, incluso existen casos de adictos que han sufrido síndrome de abstinencia. Está comprobado que el consumo de THC produce alto grado de tolerancia, que obliga a aumentar radicalmente las dosis iniciales (de 10 a 20 veces, para lograr igual efecto).

Atento a la distribución irregular del THC en la planta, derivada del sexo de la misma y de la parte de ella de donde procede, en la última reunión de expertos, convocada por la OMS en Buenos Aires (1987), se consideró conveniente precisar una definición clara sobre esta sustancia psicotrópica, aceptándose la siguiente: “Por “cannabis” se entiende cualquier parte de cualquier planta del género *Cannabis* que

contenga una o más de las sustancias químicas identificadas como cannabinoides que sean objeto de medidas de fiscalización a nivel internacional o nacional”.

C.3.4. Dependencia Barbitúrica

Tal y como se les conoce hasta ahora, los barbitúricos consisten en sustancias derivadas de la malonilurea, compuesto obtenido por la unión del ácido malónico con la urea. Su acción farmacológica básicamente se puede definir como hipnótica y sedante.

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

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

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

Es importante acotar que, está probado científicamente que su uso crónico produce tolerancia y dependencia psíquica y física. Asimismo, los barbitúricos de acción corta e intermedia son frecuentemente objeto de abuso por parte de los consumidores, en virtud del inmediato inicio de su efecto, y a la intensidad del mismo.

A su vez, los barbitúricos tienden a ser reemplazados por ciertos represores del sistema nervioso central, a los cuales se conoce con el nombre genérico de ansiolíticos, entre los cuales se encuentran especialmente las benzodiazepinas (clordiazepóxido, diazepam, oxacepán, etc.), de amplio uso terapéutico y extraterapéutico.

Ya en el año 1962, la Organización Mundial de la Salud llamó la atención internacional sobre el peligro que representaba el uso indiscriminado de este amplio

grupo de “píldoras de la felicidad”. En mayor escala, todos ellos crean hábito y dependencia.

C.3.5. Dependencia Anfetamínica

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

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

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

C.3.6. Dependencia Alucinógena

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

La mescalina, alcaloide del peyotl, cactus mexicano, y la psilocibina, existente en ciertos hongos también mexicanos, son conocidas desde hace siglos, y consumidas por los indígenas de dicho origen. El cactus, cortado en rodajas, y los hongos, crudos

o desecados, son ingeridos directamente, experimentándose profundas perturbaciones mentales unos treinta minutos después de la ingesta.

A estas sustancias naturales se suma una sustancia semisintética, el LSD 25, producido a partir del ácido lisérgico obtenido del *claviceps purpurea*, hongo que parasita el centeno y otras especies vegetales. El LSD 25 es la dietil amida de ese ácido; el número 25 corresponde a una serie de modificaciones químicas experimentales efectuadas sobre la molécula del ácido lisérgico obtenido del cornezuelo del centeno, por Hoffmann, descubridor de este alucinógeno.

Todas las sustancias producen una fase de excitación psíquica, acompañada de alteraciones del sistema nervioso autónomo (midriasis, taquicardia y salivación), alucinaciones visuales ricas en contenido, y con sensación de movimiento, un estado placentero y eufórico que, al desaparecer, desencadena frecuentemente un cuadro de ansiedad y angustia.

Luego de las alucinaciones, aparece un trastorno de la personalidad, conocido comúnmente con el nombre de “despersonalización”, el cual provoca el singular hecho de que el sujeto, aunque se halle plenamente consciente, se siente ajeno a sí mismo.

Es importante señalar que los alucinógenos han sido utilizados en psicoterapia con anterioridad, y en el tratamiento del alcoholismo crónico. Hoy por hoy se los ha abandonado en la ciencia médica, dada su alta peligrosidad y potencial de adicción psíquica.

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

C.3.7. Inhalación de Solventes

La inhalación de solventes, con el propósito de alterar un estado de ánimo y evadir la realidad, se conoce desde hace mucho tiempo. Las primeras observaciones

sobre inhalación voluntaria de solventes datan de un trabajo publicado en EE. UU., en 1951 (*Psychiatriis Quaterly*).

Los productos químicos utilizados para llevar a cabo esta deleznable práctica presentan variada composición química: se trata, en general, de gases o líquidos volátiles: hidrocarburos aromáticos (benceno, tolueno, xilenos), freones, ésteres (acetato de etilio, acetato de amilo), cetona, solventes halogenados, etc.

Su diversidad química dificulta su clasificación farmacológica. Sus propiedades para inducir un estado de confusión hacen que, en oportunidades, se los defina como “delirantes”. Son, casi todos ellos, depresores del sistema nervioso central, por lo cual se los ha incluido también entre los “sedantes”. Lo más lógico sería clasificarlos como al alcohol, al cual se asemejan en algunos aspectos, tales como los anestésicos.

En 1959 apareció en EE.UU. la práctica de la inhalación de los adhesivos utilizados en aeromodelismo. Éstos consistían en soluciones de poliestireno en tolueno. La práctica se extendió rápidamente con el nombre de “glue sniffing”, favorecida por la inadecuada difusión periodística.

Actualmente los productos más utilizados son los adhesivos de neoprene (Suprabond, Poxirrán, etc.). El solvente de ellos es mezcla de tolueno y hexano, a los cuales se debe, exclusivamente, el efecto embriagante, en especial al primero de los nombrados.

Los adictos –generalmente niños o adolescentes- realizan la inhalación mediante técnicas variadas, siempre tendientes a lograr una alta concentración del solvente. La forma más común es la de colocar el cemento en una bolsa de plástico, que se sostiene contra la boca, incluyendo a veces la nariz, e inhalando los vapores hasta obtener el efecto deseado. Al cabo de unos minutos comienza la sensación de euforia buscada, y luego se continúa inhalando más lentamente, para mantener ese estado, hasta que se agota el vapor del solvente.

Son consecuencia de las drogas alucinógenas: confusión, embriaguez, lenguaje farfullante, secreción nasal, cefaléas, sensación de entumecimiento, etcétera. Cuando la dosis se incrementa, los efectos sedantes son más marcados, y pueden sobrevenir

somnolencia, estupor y depresión respiratoria e inconciencia (Interin Report of the Comisión 5 – The non medical use of drugs information – Ottawa, Canadá – 1973).

En resumen, a pesar de la apariencia inocua en este tipo de sustancia, existe, en su inhalación, un serio riesgo de muerte. Obvia, pero lamentablemente, estos productos son de fácil obtención y su expendio no está sujeto a restricción alguna; todos ellos son de uso común en diversas actividades y oficios.

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

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

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

C.4. EL TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA

Como se ha venido repitiendo incansablemente, la adicción es una enfermedad o un desorden que responde positivamente al tratamiento adecuado. Al igual que otros desordenes de naturaleza crónica, existe una tendencia a la recaída, pero la recuperación es posible.

Para ello se recurre a un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación. El tratamiento es un proceso, que consiste en una serie de intervenciones estructuradas, dirigidas a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida.

Es importante considerar en este caso, que cada persona es un ser diferente y tiene necesidades distintas, las cuales varían dependiendo de su edad, grado de

dependencia, tipo de dependencia, etc. Por esto cada tratamiento debe ser planeado tomando en cuenta estas diferencias y los recursos disponibles para cada caso.

A través de la historia del tratamiento, se han desarrollado distintos modelos de tratamiento, con bases distintas, pero todos orientados hacia ofrecer la posibilidad de recuperación a las personas afectadas con la adicción. Los planes de tratamiento pueden contener varias estrategias o herramientas de intervención. Casi siempre mientras más tiempo en intensidad del tratamiento mejor pronóstico para la evolución.

Es importante considerar que la mayoría de los adictos a los estupefacientes, no aceptan su condición fácil ni inmediatamente. En este sentido, se podría abordar inicialmente dos vías de acceso para poder inducir y motivar al dependiente a someterse al tratamiento: la persuasión, es decir hablar con el consumidor o consumidora con franqueza y serenidad, a la vez de manifestarle que todo el núcleo familiar va a comenzar a recibir consejería especializada sea con el acompañamiento de él o ella o sin ellos.

Sin embargo, no es recomendable, suplicarle, llorarle o llevarlo engañado, forzarlo u ofrecerle alguna recompensa a estas personas, ya que si se asume alguna de esas actitudes, posiblemente el consumidor acepte ir a tratarse, pero por una "ganancia secundaria".

Luego de conversar con el paciente consumidor, si hay una respuesta de reticencia e incluso de agresividad, no conviene insistir ni desesperarse; como quiera que haya otras vías por intentar para ingresar al mundo de la recuperación.

Un segundo acceso, es el relacionado con la consejería y la terapia para el núcleo familiar, donde no es necesaria la participación del adicto. Se trata de un enfoque donde se dota de información básica del fenómeno de las drogas a la familia, así como se le da pautas para poder convivir con el paciente y poder comenzar a neutralizar las conductas manipulatorias, de agresividad y comportamientos antisociales.

Todo ello se ha expuesto tomando como base una realidad en la mayoría de las familias, que desafortunadamente tienen un hijo o hija dependiente de drogas: la desinformación del hecho adictivo, aspecto que suele reforzar y perpetuar el consumo.

Por otro lado, asumiendo que el adicto acepte recibir la ayuda profesional, es básico tomar en consideración que lo primero que se debe hacer es que la persona enferma pase por un exhaustivo examen psicológico y médico psiquiátrico, antes que pensar en algún tipo de tratamiento para éste, ya que en función de la evaluación y el diagnóstico se podrá encausar al modelo de terapia o de tratamiento que más se ajuste al caso.

Entre las alternativas de tratamiento se encuentran, entre otros: tratamiento breve, hospital de día, clínica de fin de semana, la clínica de noche, el internamiento hospitalario, la comunidad terapéutica, los grupos de autoayuda, los grupos religiosos, y la ayuda para las poblaciones especiales, tales como los grupos de encuentro para púberes y los adolescentes consumidores experimentales, no adictos.

Tener en cuenta que al margen del modelo, el tratamiento es un proceso de largo plazo de varias fases, donde hay que asegurarse que el establecimiento o servicio donde se ha acudido sea de reconocida trayectoria donde hayan profesionales de diversas áreas de la salud, es decir donde la intervención debiera ser de tipo interdisciplinario.

Finalmente, si se opta por internar a la persona adicta es menester estar atentos a conocer las condiciones, permisos y licencias oficiales del centro, conocer los deberes y derechos de los pacientes internados. Es oportuno recordar que un paciente no puede ser internado contra su voluntad, el secuestro es un grave delito penal.

D. BASES LEGALES

La problemática reflejada en este estudio se soporta en los principios y disposiciones contenidas en textos de la legislación venezolana. En primera instancia, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra a los niños y

adolescentes como sujetos de derecho amparados por las leyes y demás órganos jurídicos para garantizar su seguridad y desarrollo hasta llegar a la edad adulta.

En efecto, el Artículo 78 de la Carta Fundamental de Venezuela señala de manera bien explícita lo siguiente:

Artículo 78. Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la Ley, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, las familias y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa, y creará un sistema rector nacional para la protección integral de las niñas, niños y adolescentes.

Al analizar este Artículo se observa lo previsto en la Constitución sobre la Convención de los Derechos del Niño, que obliga al Estado y a la sociedad en general a poner mayor atención a la población que no ha cumplido la mayoría de edad en Venezuela, especialmente a aquellos cuya situación es altamente problemática, como sucede en el caso de los adolescentes que consumen sustancias ilícitas (estupefacientes).

Con la implantación de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA), la legislación venezolana ha dado un importante paso en la lucha para darles a los niños y adolescentes de la nación la calidad de vida que merecen aunque desde luego le falta mucho por recorrer para llevar este ideal a la realidad.

Ahora bien, en el caso de los adolescentes con problemas de fármacodependencia, los cuales constituyen objeto de la presente investigación, la LOPNA contempla una serie de disposiciones que dictan todas las pautas que se han

de seguir para enfrentar su situación. Es así como en el Artículo 51 de esta Ley, se establece la garantía de protección contra el consumo de sustancias ilícitas.

Artículo 51. Protección Contra Sustancias Alcohólicas Estupefacientes y Psicotrópicas. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar políticas y programas de prevención contra el uso ilícito de sustancias alcohólicas, estupefacientes y Psicotrópicas. Asimismo, debe asegurar programas permanentes de atención especial para la recuperación de los niños y adolescentes dependiente y consumidores de estas sustancias.

Para ello, la LOPNA promueve la creación de programas para atender las distintas necesidades y el fortalecimiento de los valores para los niños y adolescentes. Esto es importante considerarlo, pues para nadie es un secreto que la realidad de estas personas, especialmente la de los adolescentes consumidores es otra, y al revisar el contenido de los siguientes artículos se podrá comprender porqué:

Artículo 123. Definición. El programa es la secuencia de acciones desarrolladas por personas o entidades con fines pedagógicos, de protección, atención, capacitación, inserción social, fortalecimiento de relaciones afectivas y otros valores, dirigidas a niños y adolescentes.

Artículo 124. Tipos. Con el objeto de desarrollar políticas y permitir la ejecución de las medidas se establecen, con carácter indicativo, los siguientes programas:

- a) De asistencia: Para satisfacer las necesidades de los niños, adolescentes y sus familias, que se encuentren en situación de pobreza o afectados por desastres naturales y calamidades;
- b) De apoyo u orientación: Para estimular la integración del niño y el adolescente en el seno de su familia y de la sociedad, así como guiar el desarrollo armónico de las relaciones entre los miembros de la familia;

- c) De Colocación Familiar: Para organizar la colocación de niños y adolescentes en familias sustitutas mediante un proceso de selección, capacitación y apoyo a quienes se dispongan a incorporarse en el programa;
- d) De Rehabilitación y Prevención: Para atender a los niños y adolescentes que sean objeto de torturas, maltratos, explotación, abuso, discriminación, crueldad, negligencia u opresión; tengan necesidades especiales tales como discapacitados y superdotados; sean consumidores de sustancias alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicas; padezcan de enfermedades infecto-contagiosas; tengan embarazo precoz; así como para evitar la aparición de estas situaciones;
- e) De Identificación: Para atender las necesidades de inscripción de los niños y adolescentes en el Registro del estado Civil y de obtener sus documentos de identidad;
- f) De Formación, Adiestramiento y Capacitación: Para satisfacer las necesidades de capacitación de las personas que se dediquen a la atención de niños y adolescentes; así como las necesidades de adiestramiento y formación de los niños o adolescentes, sus padres, representantes o responsables;
- g) De localización: Para atender las necesidades de los niños y adolescentes de localizar a sus padres, familiares, representantes o responsables; que se encuentren extraviados, desaparecidos o hayan sido de alguna forma separados del seno de su familia o de la entidad de atención en la que se encuentran, o les hayan violado su derecho a la identidad;
- h) De Abrigo: Para atender a los niños y adolescentes que lo necesiten, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 127 de esta Ley;

- i) Comunicacionales: Para garantizar la oferta suficiente de información, mensaje y programas dirigidos a niños y adolescentes divulgados por cualquier medio comunicacional o a través de redes y a que esta oferta contribuya al goce efectivo de los derechos a la educación, salud, recreación, participación, información y a un entorno sano de todos los niños y adolescentes, estimulando su desarrollo integral;
- j) Socio-educativos: Para la ejecución de las sanciones impuestas a las adolescentes por infracción a la Ley Penal;
- k) Promoción y Defensa: Para permitir que los niños y adolescentes conozcan sus derechos y los medios para defenderlos;
- l) Culturales: Para la preparación artística, respeto y difusión de los valores autóctonos y de la cultura universal.

En esta oportunidad, es necesario resaltar lo previsto en el literal “d” del Artículo 124 que habla de la rehabilitación y prevención para los niños y adolescentes que han sufrido maltratos, torturas o que sufren problemas de adicción a las sustancias alcohólicas o estupefacientes.

En el caso que ocupa la presente investigación, se requiere tomar medidas adecuadas a la condición de los adolescentes, que garanticen su seguridad y trato especial o que en todo caso siempre favorezcan al adolescente.

Es oportuno reseñar que en cuanto a estas medidas, la LOSEP señala en su Artículo 76 medidas de seguridad aplicables a los consumidores de estas sustancias y que también pueden ser aplicadas a los adolescentes, pero siempre teniendo en cuenta el trato especial por su condición vulnerable.

En todo caso, es necesario observar lo que se dispone en los artículos 537 y 538 de la LOPNA, para evitar caer en la violación de los derechos de los niños y adolescentes al querer tratarlos como delincuentes comunes, pues por lo general se les juzga por cometer delitos tales como el robo, sin tomar en cuenta que lo hacen para poder adquirir las sustancias a las cuales son adictos.

Es por ello que se ha considerar los siguientes enunciados, referidos al Título V, que versa sobre el Sistema Penal de Responsabilidad del Adolescente, Capítulo I, que incluye las Disposiciones Generales, Sección Segunda, referida al Ámbito de Aplicación, y Sección Tercera, que habla sobre las Garantías Fundamentales:

Artículo 537. Interpretación y Aplicación. Las disposiciones de este Título deben interpretarse y aplicarse en armonía con sus principios rectores, los principios generales de la Constitución del Derecho Penal y Procesal Penal, y de los tratados internacionales, consagrados a favor de la persona y especialmente de: los adolescentes. En todo lo que no se encuentre expresamente regulado en este Título, deben aplicarse supletoriamente la legislación penal, sustantiva y procesal y, en su defecto el Código de Procedimiento Civil.

Artículo 538. Dignidad. Se debe respetar la dignidad inherente al ser humano, el derecho a la igualdad ante la ley la integridad personal y el libre desarrollo de la personalidad. Ningún adolescente puede ser limitado en el ejercicio de sus derechos y garantías más allá de los fines, alcances y contenidos de las medidas cautelares o definitivas que se deba imponer.

Por otro lado, merece especial énfasis las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP), pues la temática del estudio lo reclama, aunque no contemple claramente disposiciones especiales orientadas hacia los adolescentes que consuman este tipo de sustancias.

Aún así, es importante exponer el concepto que esta Ley le otorga a las sustancias ilícitas, entendiéndose éstas como sustancias estupefacientes y psicotrópicas, el cual está contenido en su Título I, de las Disposiciones Generales:

Artículo 2°.- A los efectos de esta Ley, se consideran sustancias estupefacientes y psicotrópicas:

- 1) Las drogas, preparados, especialidades farmacéuticas y sales, incluidas en las listas anexas a las leyes aprobatorias de la

"Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes", del "Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas"; así mismo, a los efectos de esta Ley, se consideran materias primas, insumos, productos químicos, solventes y precursores, todas aquellas sustancias que aparecen señaladas en el cuadro I y cuadro II de la "Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas";

- 2) Aquellas otras que, por resolución del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, sean consideradas como tales, las cuales se identificarán con el nombre genérico que haya adoptado la Organización Mundial de la Salud, en razón a que su consumo pueda producir un estado de dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que tenga como resultado alucinaciones, trastornos de la función motora, del juicio, del comportamiento, percepción o del estado de ánimo o que su consumo ilícito pueda producir efecto; análogos a los que produce el consumo de una de las sustancias de las listas a que se refiere el ordinal 1º de este artículo.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, por resolución, podrá declarar bajo control las sustancias utilizadas para la producción de medicamentos, susceptibles de ser desviados a la fabricación ilícita de estupefacientes y psicotrópicos, que no figuren en los cuadros I y II de la "Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas", identificándolas con el nombre genérico que haya adoptado la Organización Mundial de la Salud.

El Ministerio de Fomento, por resolución, podrá declarar bajo control las materias primas, insumos, productos químicos, solventes, precursores y cualesquiera otro no destinados a la elaboración de

medicamentos cuya utilización pudiera desviarse a la producción ilícita de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, que no figuren en los cuadros I y II de la "Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas".

Se adoptan en todas su partes las definiciones expresadas, en las leyes aprobatorias de la "Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes", de fecha 16 de diciembre de 1968, del "Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas", de fecha 20 de enero de 1972 y la "Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas", de fecha 21 de junio de 1991.

Parágrafo Único: A los efectos de esta Ley, es materia prima lo que la industria ilícita del tráfico de sustancias estupefacientes y psicotrópicas necesita emplear en las labores de fabricación, elaboración o transformación para producir sustancias estupefacientes y psicotrópicas, aunque provenga de otras operaciones industriales de industrias lícitas.

En cuanto al consumo de estas sustancias, la LOSEP contempla en sus artículos 75 y 76 el siguiente manifiesto:

Título IV: Del Consumo

Capítulo I: Del Consumo y las Medidas de Seguridad

Artículo 75.- Quedan sujetos a las medidas de seguridad previstas en esta Ley:

- 1) El consumidor de las sustancias a que se refiere este texto legal.
- 2) Quien siendo consumidor, posea dichas sustancias en dosis personal para su consumo. A tal efecto, se tendrá como dosis personal, hasta dos (2) gramos en los casos de cocaína o sus derivados, compuestos o mezclas, con uno o varios ingredientes, y hasta veinte (20) gramos en los casos de cannabis sativa. En la posesión para el consumo de otras sustancias estupefacientes o

psicotrópicas, el Juez considerará las cantidades semejantes de acuerdo a la naturaleza y presentación habitual de la sustancia, a los efectos señalados se considerará el grado de pureza.

En este caso, el Juez decidirá con vista al informe que presenten los expertos forenses a que se refiere el artículo 114 de esta Ley.

Artículo 76.-En los casos provistos en el artículo precedente se aplicarán las siguientes medidas de seguridad:

- 1) Internamiento en un centro de rehabilitación o de terapia especializada.
- 2) Cura o desintoxicación.
- 3) Readaptación social del sujeto consumidor.
- 4) Libertad vigilada o seguimiento.
- 5) Expulsión del territorio de la República del consumidor extranjero no residente.

No obstante lo mencionado en estos artículos, es necesario aclarar que en el caso de los adolescentes consumidores se aplican las medidas contenidas en los numerales 2 y 4 del Artículo 76 de la LOSEP, cuyos conceptos también están contemplados en dicha Ley:

Artículo 77.- El internamiento en un centro de rehabilitación o de terapia especializada, consiste en hacer residir al fármacodependiente en un establecimiento adecuado para su tratamiento. La cura o desintoxicación es el conjunto de procedimientos terapéuticos dirigidos a la recuperación de la salud física y mental del fármacodependiente, con o sin internamiento.

Artículo 79.- La libertad vigilada o seguimiento consiste en recomendar al consumidor ocasional, a uno o más especialistas para orientar su conducta y prevenir la posible reiteración en el consumo. Este seguimiento conlleva control periódico mediante examen toxicológico, realizado por médicos forenses.

Conviene señalar que la aplicación de estas medidas, de acuerdo al Artículo 81 de la LOSEP, viene condicionada por la definición de fármacodependiente del Decimosexto Informe de 1969 de la Organización Mundial de la Salud y las modificaciones a esta definición que dicha Organización declare oficialmente, lo cual orientará al Juez para aplicar dichas medidas.

Seguidamente, conviene señalar los conceptos de “fármacodependiente” y “consumidor ocasional” de acuerdo con la LOSEP:

Artículo 82.- Se entiende por fármacodependiente al consumidor del tipo intensificado, caracterizado por un consumo a nivel mínimo de dosis diaria, generalmente motivado por la necesidad de aliviar tensiones. Es un consumo regular, escalando a patrones de consumo que pueden definirse como dependencia, de manera que se convierta en una actividad de la vida diaria, aún cuando el individuo siga integrado a la comunidad. El consumidor de tipo compulsivo está caracterizado por altos niveles de consumo en frecuencia e intensidad, con dependencias fisiológicas o psicológicas, de manera que el funcionamiento individual y social se reduce al mínimo.

Artículo 83.- Se entiende por consumidor ocasional quien sea declarado del tipo experimental, motivado generalmente por la curiosidad, en un ensayo a corto plazo de baja frecuencia. El consumidor de tipo recreacional se caracteriza por un acto voluntario que no tiende a la escalada, ni en frecuencia ni en intensidad. No se puede considerar como dependencia. El consumidor de tipo circunstancial se caracteriza por una motivación para lograr un efecto anticipado, con el fin de enfrentar una situación o condición de tipo personal o vocacional.

Otro punto importante de esta Ley tiene que ver con lo dispuesto en su Artículo 84, el cual establece que los Ministerios Público y de Sanidad y Asistencia Social son entes que vigilan y controlan, en el área de su competencia, el funcionamiento de los

centros de rehabilitación, de cura o desintoxicación y de readaptación social dirigidos a los consumidores de sustancias ilícitas para garantizar el cumplimiento de sus fines.

A su vez, en esta Ley se ratifica la función del Estado como principal ente encargado de generar las políticas de prevención y control de las actividades relacionadas con las sustancias estupefacientes y su consumo ilícito por parte de los adolescentes, y de asegurar el tratamiento adecuado para lograr la recuperación de estas personas. En efecto, en el Título V, Capítulos I y II de esta Ley se expone:

Artículo 91.- Se declara de interés público la prevención, control, inspección y fiscalización de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas a que se refiere esta Ley. Es función del Estado adoptar las medidas que considere necesarias para prevenir, controlar y evitar el tráfico y el consumo ilícito de las mismas. El Estado diseñará y desarrollará planes y acciones en materia de predicción, previsión y prevención, a fin de disminuir y controlar el tráfico y el consumo de las sustancias a que se refiere esta Ley.

Artículo 92.- Es deber del Estado asegurar el tratamiento, a los fines de rehabilitación, educación y readaptación social de las personas afectadas por el consumo indebido de sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Igualmente proveerá la enseñanza de un arte u oficio para aquellas personas que lo requieran.

Artículo 96.- El Estado prestará protección y auxilio a aquellas personas que, siendo consumidoras de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas a que se refiere esta Ley, se presenten voluntariamente a los centros de rehabilitación, a los fines de curación y a ellos se sometan. Dichas personas permanecerán en el anonimato mientras dure el tratamiento. El estado creará casas intermedias para los consumidores que, voluntariamente, deseen someterse al tratamiento de rehabilitación y reincorporación establecido en esta Ley; mientras son ubicados en los centros creados para esos fines, estas casas

intermedias servirán para dar alojamiento y comida a los consumidores antes de su ingreso, así mismo, a los rehabilitados, en la fase intermedia de adaptación. Se reglamentará el tiempo de estadía en dichas casas, según las necesidades de los casos.

Artículo 97.- Se considerará servicio a favor de la colectividad y de utilidad pública, la constitución de sociedades civiles, asociaciones y fundaciones sin fines de lucro para la prevención, rehabilitación y la investigación científica sobre la materia a que se refiere esta Ley, pero las mismas deberán estar bajo la supervisión, control y fiscalización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Comisión Nacional contra el Uso ilícito de las Drogas.

Artículo 102.- El Ministerio de Educación y el de la Familia diseñarán y desarrollarán programas de prevención integral social, tendientes a la capacitación de educadores y orientadores, a fin de implementar dentro del pensum académico todo lo relacionado al uso y abuso del consumo de drogas. En tal sentido elaborarán:

- 1) A nivel de educación básica, media y técnica, programas de información y formación.
- 2) A nivel de universidades e institutos universitarios, a través del Consejo Nacional de Universidades coordinados por la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas, programas de educación, investigación y extensión sobre la materia. Así mismo, el Ministerio de Educación, conjuntamente con los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social, de la Familia y del Trabajo, coordinados por la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas, diseñarán y desarrollarán programas sistemáticos para la población en general y para los que no puedan asistir a los programas de educación básica, media y superior e igualmente para los padres y representantes de los educandos.

Artículo 106.- El Estado, por órgano del Ministerio de Justicia, creará centros de rehabilitación para consumidores, con el fin de someter a tratamiento a los reclusos que lo requieran.

Artículo 107.- El Ejecutivo Nacional, por órgano de las Gobernaciones de los Estados, Territorio Federal y Distrito Federal, creará en el Territorio Nacional centros de orientación y centros de rehabilitación para consumidores de las sustancias a que se refiere esta Ley, debiendo los mismos estar adscritos al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, bajo la supervisión de la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas.

Todas estas disposiciones son válidas, pero en su aplicación siempre hay que considerar la circunstancia especial de los adolescentes, por tratarse de sujetos que según la Constitución de 1999 y la LOPNA merecen un tratamiento especial, que tienda a favorecer su desarrollo normal y su incorporación positiva a la sociedad.

Seguidamente, es necesario citar algunos artículos del Capítulo I del Título VI de la LOSEP, el cual está referido al Procedimiento en los casos del Consumo Ilícito de las Sustancias a que se refiere esta Ley:

Artículo 110.- La persona que fuere sorprendida en el consumo ilícito de las sustancias a que se refiere esta Ley o que las adquiriera o posea en dosis no superior a la medida diaria establecida en el artículo 75 para su consumo personal, será depositada en un centro de prevención especial no penitenciario y quedará sometida al procedimiento que se instruirá conforme a las reglas del presente Capítulo.

Artículo 111.- El procedimiento se abrirá mediante un auto de proceder; iniciado el mismo, se impondrá al investigado del derecho que tiene de estar asistido de un abogado de su confianza y las actuaciones serán secretas, menos para el investigado, el abogado asistente y el representante del Ministerio Público.

Artículo 112.- Si la investigación sumaria se inicia por el Cuerpo Técnico de Policía Judicial o las fuerzas Armadas de Cooperación, éstos deberán, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, participar respectivamente al Juez de Primera Instancia en lo Penal y al representante del Ministerio Público del procedimiento iniciado; dentro de este mismo lapso dichos organismos ordenarán la práctica de la experticia toxicológica de orina, sangre u otros fluidos orgánicos al presunto consumidor, así como la experticia químico botánica de la sustancia incautada; una vez efectuados los exámenes al presunto consumidor, se pondrá en libertad provisional imponiéndosele de la obligación de presentarse dos (2) veces, al organismo policial que hubiere instruido el procedimiento, hasta el término de dicha investigación policial, la cual no podrá exceder de ocho (8) días, contados a partir de la aprehensión del presunto consumidor; transcurridos estos días los órganos de Policía Judicial principal están obligados a remitir el expediente, con el resultado de las experticias solicitadas, al Tribunal de Primera Instancia en lo Penal que corresponda, debiendo seguir presentándose el presunto consumidor por lo menos dos (2) veces, ante el Tribunal de la causa, durante el término que tome para decidir, el cual no podrá exceder de ocho (8) días. Si la detención la efectuase un órgano de la Policía Judicial auxiliar, éste lo pondrá, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su aprehensión, a la orden del Cuerpo Técnico de Policía Judicial, con el acta de procedimiento correspondiente.

Artículo 113.- El Juez de Primera Instancia en lo Penal que corresponda deberá decidir, con vista a lo actuado, en el término de ocho (8) días a partir de la fecha de haber recibido el expediente, si ratifica esta medida de libertad provisional, cuando conste en el examen toxicológico del individuo, de las sustancias y de los

elementos de la averiguación que es consumidor, o si la revoca porque no lo es, para que se inicie el procedimiento penal de esta Ley, por el delito cometido. Si consta que es consumidor, el Juez ordenará practicar al mismo los exámenes a que se refiere el artículo 114, a fin de acordar las medidas de seguridad que recomiendan los especialistas y el procedimiento de reincorporación social. Durante dicho término, el Tribunal podrá ampliar las actuaciones policiales previas y ordenar la práctica de cuantas diligencias crea conveniente.

Artículo 114.- El consumidor será sometido a examen médico, psiquiátrico, psicológico forense y, si fuere necesario, a solicitud del Juez, a nuevo examen toxicológico; a tal efecto se designarán dos (2) expertos forenses por lo menos. En la jurisdicción donde no los hubiere, el Juez podrá llamar a profesionales en ejercicio privado que residan en su demarcación y al declararlos como peritos, prestarán juramento y llenarán las demás prescripciones establecidas en el artículo 145 del Código de Enjuiciamiento Criminal. También podrá el Juez llamar y declarar peritos en aquellos casos que crea necesario para la mejor administración de justicia, mediante auto razonado.

Artículo 115.- Si se comprobare que el consumidor es la fármacodependiente será sometido al tratamiento obligatorio que recomiendan los especialistas. Si de la averiguación y los exámenes forenses se comprobare que el investigado es consumidor ocasional, el Juez acordará su libertad y lo someterá al control de especialistas designados al efecto, por el tiempo que éstos indiquen. Dichos especialistas deberán informar periódicamente al Juez de la causa acerca del estado del consumidor. Con vistas al informe, en ambos casos, el Juez ordenará la continuación o suspensión de la medida de seguridad.

Entre otras disposiciones, resalta la del Artículo 118, donde señala la aplicación de este procedimiento cuando el consumidor sea menor de dieciocho (18) años de edad, es decir, se aplicará el presente procedimiento, pero siempre teniendo presente el Artículo 537 de la LOPNA, y la causa será competencia del Juez de Control de la Sección de Adolescentes de la jurisdicción, pues ya no se habla de Juez de Menores.

Ello invariablemente significa que durante el procedimiento el menor será sometido al régimen que establezca la LOPNA para el caso o en caso de vacío, recurrir a tratados y convenios internacionales en la materia, por el tiempo que dure el tratamiento.

Ahora bien, vale la pena mencionar aquí las Normas de Funcionamiento de los Establecimientos de Atención al Fármacodependiente, del Sector Público y Privado, emanadas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Por supuesto estas normas abarcan todo tipo de establecimientos, en los cuales se incluyen invariablemente los que atienden adolescentes con problemas de consumo de sustancias ilícitas. En primer lugar, en el Capítulo I de estas normas está contenido lo siguiente:

Capítulo I: Disposiciones Generales

Artículo 1º.- Para los fines de la presente normativa, se considera centros de tratamiento y rehabilitación de pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas, establecimientos públicos y privados creados para atender problemas que se derivan del consumo nocivo y dependencia de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en todas sus facetas, es decir, tratamiento de la intoxicación y el síndrome de abstinencia agudo, tratamiento de la dependencia y de las complicaciones físicas psicosociales del consumo.

Artículo 2º.- Se considera también que realizan actividades de asistencia al paciente fármacodependiente y consumidor ocasional drogas, aquellos establecimientos dependientes de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social, Justicia, de las Familia, de los Gobiernos,

de los Estados y Municipios, de los Institutos Autónomos y de Fundaciones creadas por estos organismos o por particulares, que atienden los problemas señalados en el Artículo 1º de la presente Resolución.

Artículo 3.- La asistencia a pacientes fármacodependientes consumidores ocasionales de drogas será brindada por:

1. Hospitales Generales (Salas de Emergencia y de Hospitalización, incluyendo Unidades Psiquiátricas).
2. Hospitales Psiquiátricos.
3. Centros Especializados.
4. Ambulatorios especializados en fármacodependencia.
5. Ambulatorios especializados en Psiquiatría
6. Casas Intermedias (Residencias Comunitarias para fármacodependientes en Recuperación).
7. Establecimientos Psiquiátricos de Larga Estancia (Decreto N° 3.146, publicado en Gaceta Oficial N° 35.312, del 06 de octubre de 1993).

Sección I: De la Admisión del Paciente

Artículo 6º.- Los centros de tratamiento y rehabilitación de pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas están en obligación de prestar asistencia a todos los pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos especificados en el Clasificador Internacional de Enfermedades Vigente.

Artículo 7º.- Los establecimientos señalados en el Artículo 2º de la presente Resolución, solo atenderán a aquellos pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas que ajusten a las especificaciones del mismo, de acuerdo a lo contemplado en la normativa para cada tipo de establecimiento.

Como habrá podido observarse, en este capítulo se dispone el concepto de centros de tratamiento y rehabilitación de pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas; dicho concepto está contemplado en el Artículo 1, donde destaca que dichos centros son creados para atender problemas derivados del consumo de sustancias ilícitas mediante tratamiento especial.

Asimismo, el Artículo 2 de este texto consagra que las actividades realizadas por estos centros también pueden ser llevadas a efecto por órganos dependientes de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social, Justicia, Familia, Gobiernos estatales y municipales, Institutos Autónomos y fundaciones públicas o particulares. Por último, el Artículo 3 de la Normativa describe el tipo de instituciones que deben brindar la asistencia al fármacodependiente.

Ahora bien, en cuanto a la admisión del paciente, también contemplada en el Capítulo I, pero en una sección aparte, se tiene que en los artículos 6 y 7 se describen las condiciones que deben cumplir los pacientes fármacodependientes para que puedan ser atendidos en los centros destinados a su tratamiento y rehabilitación.

De seguido, el Capítulo II de esta Normativa, denominado Normas Específicas para los Centros Públicos y Privados de Tratamiento y Rehabilitación de Pacientes fármacodependientes y Consumidores Ocasionales de Drogas establece de manera explícita aspectos a observar en un Centro público o privado, destinado al tratamiento y rehabilitación de pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas. Está dividido en varias secciones y cada una contempla un aspecto concreto.

Sección I: Objetivos Generales

Artículo 14.- Todo paciente referido a otro servicio debe ir acompañado de un informe clínico estandarizado sobre el mismo y deberá proporcionársele al paciente una constancia del envío de dicho informe a la institución a donde es referido.

Artículo 15.- La composición de los equipos que trabajan en el tratamiento, rehabilitación y reincorporación social de los consumidores y dependientes de sustancias estupefacientes y

psicotrópicas es multidisciplinaria y la dinámica de trabajo es de colaboración interdisciplinaria.

Artículo 16.- Los establecimientos públicos o privados para el tratamiento de rehabilitación de pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas deben ser dirigidos por médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, educadores o trabajadores sociales, con experiencia demostrada y suficiente en el Área de Fármacodependencia y en la Administración de Servicios de Salud Pública, por lo que se recomienda que tengan aprobado el curso Medio de Salud Pública.

Como se puede observar, en la primera sección de este capítulo se exponen los objetivos generales, condensados en tres artículos (14, 15 y 16). En esas disposiciones destaca principalmente que todo paciente que ingrese a un centro debe ir con un informe de su situación (Artículo 14); a su vez, se promueve la instalación en los centros de equipos multidisciplinarios que deben actuar de forma interdependiente en el tratamiento del paciente (Artículo 15).

También se señala que estos centros deben ser dirigidos por psiquiatras, psicólogos clínicos, educadores o trabajadores sociales, con basta experiencia en el Área de Fármacodependencia y de Administración de Servicios de Salud Pública, recomendando que tengan aprobado el curso Medio de Salud Pública (Artículo 16).

De seguido, se considera la Sección II, que contempla la Evaluación y el Ingreso de Pacientes, y abarca desde el Artículo 17 hasta el 26. No obstante la investigadora sólo consideró algunos de ellos, los que a su criterio resultaron de mayor relevancia para el tema tratado.

Artículo 17.- Los servicios públicos y privados de atención para los pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas deben ser accesibles a todos los grupos de población, garantizándoles igual oportunidad de acceso a los mismos tipos de atención.

Artículo 18.- La disponibilidad de servicio de estos centros para la población que los necesite, será independiente de su sexo, edad, capacidad de pago, origen étnico, lenguaje, religión, afiliación política o condición social.

Artículo 19.- Los centros de tratamiento a los que se refiere esta Resolución brindarán atención para los pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas, independiente de cual sea el tipo de droga utilizada, la vía de administración, el carácter legal de la droga o los antecedentes de tratamiento.

Artículo 20.- El trato para los consultantes a estos centros por parte del personal que allí labora, debe enmarcarse dentro de las normas mínimas de cortesía y respeto, favoreciendo la prevalencia de un ambiente positivo y amigable que favorezca la recuperación de aquellos.

Artículo 22.- Los centros de atención para los pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas, deberán procurar las condiciones para permitir la prosecución del tratamiento de otras afecciones de salud concomitantes que pudiera presentar el paciente, sin que ello perjudique sus posibilidades de ingreso.

Artículo 23.- Debe existir un contacto regular entre los centros especializados de atención para los pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas y otros servicios de atención (servicios de salud, policía, sistema judicial) que garanticen la oportuna y adecuada derivación de pacientes y la realización de las interconsultas que fueren necesarias.

Artículo 24.- Debe existir un plan de evaluación inicial, para los solicitantes de tratamiento, en base a instrumentos normalizados, que incluyan las explotaciones físicas, psicológicas y sociales que permitan detectar posibles complicaciones y establecer la prioridad de

intervenciones de acuerdo a un programa de tratamiento coordinado. El resultado de estas evaluaciones debe registrarse en la historia clínica de ingreso, la cual incluye la Ficha de Registro de Consumo de Drogas y la realización del diagnóstico de acuerdo a los criterios del Clasificador Internacional de Enfermedades vigente.

Parágrafo Único: Las instituciones deben contar con el apoyo de personal técnico idóneo para esta evaluación y disponer de acceso a medios de laboratorio, de radiología e imaginología que permitan la evaluación del estado físico y mental de los pacientes, así como la identificación de sustancias de abuso y otros tóxicos.

De acuerdo a lo que se establece en esta sección, se tiene que estos centros deben ser de igual oportunidad para el acceso y atención a todos los grupos de la población (Artículo 17); asimismo, la disponibilidad de los servicios en los centros de rehabilitación será independiente del sexo, edad, capacidad de pago, raza, lenguaje, religión, afiliación política o condición social (Artículo 18).

Por otro lado, el Artículo 19 consagra que tampoco se hace discriminación para la atención en los centros atendiendo al tipo de dependencia, aspecto legal de la misma o antecedentes del tratamiento. A su vez, el Artículo 20 plantea que el trato en estos centros por parte del personal debe enmarcarse en un ambiente de cortesía, respeto y amistad que favorezca la recuperación de los pacientes.

De seguido, los artículos 22 y 23 prevén que los centros para el tratamiento de la drogodependencia deben procurar la asistencia a la salud de manera integral de los pacientes, durante su estancia en dicho centro, y para ello deben mantener contacto con los centros de atención de salud en general.

Por último, el Artículo 24 señala que debe existir un plan de evaluación inicial para solicitantes de tratamiento, en base a instrumentos normalizados, que incluyan exploraciones físicas, psicológicas y sociales que permitan detectar complicaciones y establecer la prioridad de intervenciones de acuerdo a un programa de tratamiento coordinado. Señala además, que las instituciones deben contar con el apoyo de

personal técnico para esta evaluación y tener acceso a laboratorios de radiología e imaginología que permitan evaluar el estado físico y mental de los pacientes.

Sección III: Del Tratamiento y la Rehabilitación

Artículo 27.- Debe llevarse un registro del tratamiento del paciente, el cual incluye las intervenciones terapéuticas realizadas debidamente fundamentadas y la evolución clínica regularmente actualizada para asegurar la continuidad de la atención. Debe disponerse de medios de evaluación objetiva de los progresos del tratamiento, tales como servicios de laboratorio o escalas estandarizadas de evaluación.

Artículo 28.- El programa de tratamiento deberá adecuarse a las necesidades particulares de cada sujeto, tomando en consideración el tipo de droga, su patrón de utilización, la gravedad de la dependencia, sus condiciones físicas, mentales y socioculturales. Se seleccionarán las alternativas terapéuticas idóneas de acuerdo al balance entre los riesgos y beneficios potenciales de la misma. Se describirán al paciente las diversas opciones terapéuticas posibles y deben existir normas escritas sobre las indicaciones y usos de las diferentes intervenciones, las cuales deben estar disponibles. Las pautas de intervención deben tener su basamento en resultados de investigaciones científicas o en su defecto, en el consenso de los expertos en la materia y las mismas deben actualizarse periódicamente.

Artículo 29.- El personal del centro debe promover la participación activa del paciente en cuanto a la evaluación de su tratamiento y la realización de las modificaciones correspondientes al mismo, en la búsqueda de la optimización de los resultados terapéuticos.

Artículo 31.- Debe procurarse en la medida de lo posible, el apoyo de los grupos de autoayuda y otros grupos comunitarios a los centros de tratamiento para pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas. Tanto el paciente como sus familiares deben ser

informados de la disponibilidad de estos servicios de apoyo, al igual que de los centros de urgencia que prestan servicio continuo y de los procedimientos a seguir en caso de recaídas o de reaparición de los síntomas.

Artículo 32.- Deben promoverse las conexiones interinstitucionales necesarias para brindar atención a los hijos y otros familiares de consumidores, en cuanto a las consecuencias derivadas del consumo.

Sección IV: Del Egreso, Referencia y Seguimiento

Artículo 33.- El egreso estará definido por una evaluación previa del grado de recuperación del paciente. En caso de fracaso total o parcial del plan de tratamiento inicial, se examinarán planes alternativos. Las fugas deben ser notificadas a los familiares, representantes legales y autoridades competentes, en forma inmediata por el personal del centro.

Artículo 36.- Los centros de tratamiento para fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas, deben tener claramente definidos los criterios que norman la permanencia de los mismos en el tratamiento, así como de los procedimientos disciplinarios a seguir en el caso de violaciones a las reglas de los servicios. Deberán precisarse los criterios que justifiquen la retención de pacientes, como en los casos de minoría de edad, intoxicación y peligro para la vida del paciente.

Sección VI: De los Derechos de los Pacientes

Artículo 42.- En los centros de tratamiento para fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas se debe garantizar la protección de los derechos humanos de los pacientes, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de la ONU, Resolución 217 A III, del 10 de Diciembre de 1.948) y a los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el

Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Resolución 46/119 de la Asamblea General de la ONU.).

Artículo 43.- La información sobre los progresos del tratamiento de los pacientes o de su participación en el tratamiento no se revela a ningún individuo, ni autoridad sin el consentimiento previo del paciente, salvo en el caso de que exista mandato judicial que así lo requiera. No se realizará registro fotográfico, grabaciones de audio o vídeo u otros medios similares, sin el consentimiento informado previo del paciente, el cual se obtendrá después de explicarle la finalidad de dicho registro.

Artículo 44.- Los pacientes serán plenamente informados de la naturaleza y contenido del tratamiento, así como de los riesgos y beneficios esperados y de las condiciones o restricciones del mismo.

Artículo 45.- El paciente tiene derecho a mantenerse en contacto con su familia u otras personas cercanas y a recibir visitas de ellas, dentro de las pautas establecidas en el programa de tratamiento.

Artículo 47.- En los centros de tratamiento para fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas no debe usarse la coerción física para detener o encerrar pacientes que tengan capacidad legal para salir del establecimiento.

Artículo 48.- Debe implementarse en los centros de tratamiento para fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas un procedimiento que permita procesar quejas relativas al trato recibido y al respeto de los derechos humanos. Dicho procedimiento debe hacerse del conocimiento de los usuarios del servicio y sus familiares cuando acuden en busca de atención.

Sección VII: De los Aspectos Físicoambientales de los Establecimientos

Artículo 49.- El ambiente físico de los servicios debe cumplir con los estándares concebidos para la protección del bienestar de los pacientes, lo cual debe incluir el acceso a áreas recreativas, cuyas dimensiones y características deben adecuarse a tal finalidad. Debe evitarse la utilización de paredones, rejas u otros elementos arquitectónicos de tipo carcelario.

Artículo 50.- El establecimiento donde se presta asistencia a pacientes fármacodependientes y consumidores ocasionales de drogas debe colaborar en la realización de inspecciones oficiales, con el objeto de verificar el cumplimiento de las normas que garanticen la protección de la salud y la seguridad de los pacientes y el personal.

Artículo 51.- El espacio y la dotación de mobiliario y equipos deben ser suficientes para el número de pacientes atendidos, debe garantizar la privacidad y confidencialidad de las intervenciones terapéuticas. Las dimensiones, condiciones de iluminación y acústica de los distintos ambientes deben adecuarse a la función a la que están destinados.

Artículo 52.- La institución debe contar con una dotación de medicamentos y equipos básicos y específicos para el tratamiento de los problemas clínicos más frecuentes y las complicaciones derivadas del uso de drogas.

Artículo 53.- Debe contarse con una dotación suficiente de equipos y materiales para primeros auxilios, la cual contendrá por lo menos un antiséptico, algodón, cinta adhesiva, bandas elásticas vendas de gasa y compresas adhesivas, inyectadoras, termómetros, tensiómetro, estetoscopio y equipo de cirugía menor.

Artículo 54.- Debe garantizarse a los pacientes la existencia de un mobiliario privado adecuado y accesible, en el cual puedan guardar con seguridad sus artículos personales durante el tiempo que permanezcan en el centro.

Artículo 55.- Los pacientes tratados en régimen de internación deben tener derecho a la privacidad, de común acuerdo con la institución, para lo cual debe destinarse un espacio privado. La privacidad de las funciones corporales de los pacientes debe estar convenientemente asegurada, mediante la existencia de puertas en los sanitarios y duchas, las cuales puedan ser cerradas por dentro, teniendo el personal llaves de las mismas para abrirlas en caso de emergencia.

Artículo 56.- Los servicios sanitarios al igual que el resto de las instalaciones deben estar en buen estado de funcionamiento y mantenimiento. Debe garantizarse un adecuado abastecimiento de agua potable y para la higiene, al igual que dotación de artículos tales como papel higiénico, jabón y toallas sanitarias.

Artículo 57.- La vestimenta de los pacientes en tratamiento debe adecuarse a las costumbres locales, en ningún caso deberá usarse alguna indumentaria que genere estigma o discriminación. No se permitirá la deambulacion de pacientes desnudos en ninguno de los ambientes del establecimiento.

Artículo 58.- Debe garantizarse que el servicio de cocina cumpla con las normas requeridas de higiene y alimentación. Debe existir un espacio y utensilios apropiados para las comidas.

Artículo 59.- Los materiales, equipos y medicamentos que pudieran representar algún riesgo para los pacientes deben encontrarse fuera de su alcance, en espacios apropiados y protegidos bajo llave.

Sección VIII: Del Personal

Artículo 60.- Debe existir un registro del personal que labora en el centro, con garantía de la confidencialidad de la información allí recogida. Las condiciones de trabajo de personal deben estar adecuadamente definidas, especificando detalladamente las funciones correspondientes a cada miembro, así como lo relativo a la

remuneración, beneficios laborales y las políticas existentes en cuanto a procedimientos disciplinarios, todo lo cual debe estar disponible por escrito.

Artículo 61.- Debe garantizarse la disponibilidad de personal calificado en los centros en todo momento durante el tratamiento.

Artículo 62.- El personal debe ser seleccionado en base a un procedimiento que garantice la competencia para las funciones que va a ejercer, también se tomará en cuenta las características de la población a ser atendida.

Parágrafo Único.- La competencia de los candidatos a trabajar como miembros del equipo técnico de un centro de tratamiento debe ser avalada por una comisión técnica del mismo centro designada para tal fin, en base a criterios estandarizados establecidos conjuntamente entre los centros y la División de Salud Mental.

Artículo 63.- Debe realizarse un programa estandarizado de adiestramiento a los miembros del personal previo a su ingreso, el cual contemple el manejo de los problemas asociados al consumo y dependencia de las drogas, las características específicas del programa de tratamiento que presta la institución, el manejo de situaciones de emergencia y prestación de primeros auxilios. En todo caso el personal debe contar con el apoyo expedido de los especialistas en el área de tratamiento, para resolver problemas que pudieran presentarse en el manejo de los pacientes.

Artículo 64.- El personal debe recibir actualización regular del adiestramiento y de la formación en el área clínica. Deben realizarse actividades regulares de discusión de casos por el equipo en conjunto. El tiempo dedicado a actividades de capacitación y supervisión del personal, no debe ser menor del 10% del tiempo total de trabajo. La supervisión del personal debe hacerse regularmente. Se hará una vez al

año una evaluación interna del servicio, de acuerdo a las metas programadas y a los objetivos específicos.

Artículo 65.- Se dispondrá de personal de apoyo para el manejo de pacientes violentos, a fin de preservar la seguridad de los demás pacientes y del personal. Debe existir un manual de procedimientos escrito para el manejo de episodios de violencia en la institución.

Artículo 66.- Durante las horas de actividad del programa de tratamiento debe haber más de un miembro del equipo en servicio, con capacidad demostrada para resolver las cuestiones de tipo operativo o clínico que pudieran presentarse. Debe haber por lo menos un miembro del equipo por cada cinco pacientes durante el día y por quince pacientes durante la noche.

Artículo 67.- Se promoverán programas de estímulo y salvaguarda de la estabilidad emocional del personal de la institución. El personal debe disponer de lugares aislados del ambiente de trabajo, para descansos regulares durante períodos apropiados del día.

Artículo 68.- El equipo técnico de la institución deberá contar con la participación de Médico general, médico psiquiatra, psicólogo clínico, profesionales y auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, trabajador social, odontólogo, agentes de ayuda juvenil y voluntarios o rehabilitados. La proporción en que participen cada uno de estos profesionales dependerá del tipo de programa que realice el centro y para todos deberán cumplirse las especificaciones contenidas en los artículos 62 y 63 de esta Resolución.

Sección IX: De la Evaluación

Artículo 69.- La evaluación de los programas de tratamiento debe realizarse periódicamente, con un mínimo de una vez al año. En dicha evaluación deben incluirse los índices hospitalarios y la programación

y realización de actividades en relación de actividades en relación al número de pacientes atendidos y el rendimiento del equipo técnico.

E. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adicción: Necesidad imperiosa de consumir droga regularmente. Viene determinada por fenómenos psíquicos y físicos.

Adolescencia: Etapa de comprendida entre la niñez y la adultez. Es el periodo que va desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar cerca de los 14 años en los varones y de 12 años en las hembras. Aunque esta etapa de transición varía según las culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

Adolescente: Según el Artículo 2 de la LOPNA, es toda persona con 12 años o más y menos de 18 años de edad. Al dudar sobre si la persona es niño o adolescente, se presume niño hasta prueba en contrario. Si hay dudas sobre si la persona es adolescente o mayor de 18 años, se presume adolescente hasta prueba en contrario.

Anfetamina: Fármaco que tiene acción estimulante sobre el sistema nervioso central y periférico. Produce contracción del esfínter de la vejiga de la orina y, como estimulante, disminuye el apetito. Su consumo regular produce toxicomanía.

Barbitúrico: Familia de fármacos derivados del ácido barbitúrico ($C_4H_4N_2O_3$) que producen depresión cerebral. Dependiendo de su dosis tiene efecto tranquilizante, hipnótico, anticonvulsivo o anestésico. Los barbitúricos de acción ultracorta, como el tiopental, se usan para inducir anestesia quirúrgica. Los de acción larga, como el fenobarbital, se emplean para prevenir ataques epilépticos. A veces se usan como drogas de abuso, pues tanto por vía intravenosa como por vía oral producen síntomas similares al alcohol: desinhibición, comportamiento rudo y violento, pérdida de coordinación muscular, depresión y sedación. Además, producen dependencia física y adicción. La sobredosis puede causar shock, depresión respiratoria, coma o la muerte.

Cannabis: Género que contiene una especie anual herbácea de tallos altos, ásperos y vellosos; se extraen fibras del tallo, aceite de las semillas y drogas de las hojas y flores. Las drogas bhang, hachís y marihuana tienen como ingrediente principal resinas narcóticas que se encuentran sobre todo en los pelos glandulares de la planta y que se forman en mayor abundancia en condiciones tropicales calurosas. En muchos países está prohibido el cultivo de Cannabis sin autorización.

Cáñamo: Nombre común de una hierba anual asiática y de la fibra fuerte y dúctil que se obtiene de ella. El cáñamo se conoce también como cáñamo índico, aunque este nombre hace referencia en especial a la variedad Cannabis sativa indica.

Cocaína: Alcaloide obtenido de la planta de coca, empleado como anestésico local. Se usa extensamente como estupefaciente. El clorhidrato de cocaína, una sal hidrosoluble, es un polvo blanco seco que se inhala mediante un tubo fino introducido en el orificio nasal. Los consumidores sienten euforia, estimulación y disminución del apetito. También aumenta frecuencia cardíaca, presión sanguínea y dilata las pupilas. Su uso crónico puede producir abscesos cutáneos, perforación del tabique nasal, pérdida de peso y lesión del sistema nervioso. Entre los efectos mentales nocivos se cuentan inquietud, ansiedad e irritabilidad intensas, y en ocasiones psicosis paranoide.

Consumidor: Dícese del que utiliza las mercancías o artículos que compra.

Consumidor Compulsivo: Se caracteriza por la dependencia fisiológica o psicológica, presenta altos niveles de consumo en frecuencia e intensidad, reduciendo al mínimo el funcionamiento individual y social.

Consumidor Ocasional: Es aquel que incursiona y experimenta en el mundo de las drogas por la curiosidad, en baja frecuencia.

Consumidor Circunstancial: Cuando el consumo se debe a la necesidad de enfrentar una situación de tipo personal u ocasional, es una motivación para lograr un efecto anticipado.

Consumo: Gasto de aquellas cosas que con el uso se extinguen o destruyen.

Desintoxicación: Procedimiento terapéutico destinado a eliminar los efectos de una intoxicación aguda. Habitualmente se refiere a la deshabitación del alcoholismo

y drogadicciones. Para ello, el paciente debe estar convencido realmente de lo pernicioso de la adicción y debe querer rehabilitarse y estar dispuesto a esforzarse y sacrificarse para conseguirlo; el médico y el entorno familiar y social deben influirle en este sentido, pero la decisión firme y constante es estrictamente personal.

Dietilamida del ácido lisérgico (LSD): Fármaco alucinógeno potente, también llamado compuesto psicodélico o psicofármaco, derivado del ácido lisérgico, que es un componente del mohó del cornezuelo del centeno, hongo que crece sobre el grano de centeno; produce cambios oníricos en el humor y pensamiento, y altera la percepción del tiempo y del espacio. El LSD no produce dependencia física, y ha sido probado en el tratamiento del autismo infantil, el alcoholismo, y para acelerar la psicoterapia, pero no se ha establecido ninguna indicación médica. Su empleo fuera de la medicina es ilegal en la mayoría de los países del hemisferio occidental.

Estimulante: Cualquier sustancia que produce excitación del sistema nervioso central, aumenta el estado alerta y disminuye la sensación de fatiga. La cafeína es el estimulante más importante. La cocaína y las anfetaminas producen sensaciones de euforia más intensas. La cafeína se encuentra en igual proporción en el café y el té, en el cacao y bebidas de cola. Aunque es un estimulante muy suave, la sobredosis de cafeína puede producir estimulación excesiva, palpitaciones e insomnio.

Estupefaciente: Sustancia narcótica que produce pérdida de sensibilidad y degeneración, como los derivados del opio y cocaína. En derecho penal, el problema de los estupefacientes es importante por cuanto su uso, distribución y simple tenencia (salvo cuando ésta es legítima, cual sucede en el caso de los laboratorios y de las farmacias) pueden configurar delito. El tema es también importante en criminología, ya que la aplicación de esas drogas origina la comisión de delitos.

Marihuana: Mezcla de hojas, tallos y flores de la planta de cáñamo. Este estupefaciente se fuma o se mastica; no produce adicción física pero sí dependencia psicológica. Al consumirla se describen dos efectos: primero estimulación, mareo y euforia, y luego sedación y tranquilidad placentera. Los cambios de humor vienen acompañados de alteración en las percepciones de tiempo, espacio y dimensiones del

propio cuerpo; también se observa aumento del apetito, de la percepción sensorial y sensación de placer. Los efectos negativos incluyen confusión, ansiedad, miedo, sensación de desamparo y pérdida de autocontrol.

Narcóticos: Término que se aplicó originalmente a todos los compuestos que producen insensibilidad a los estímulos externos mediante la depresión del sistema nervioso central, pero que en la actualidad se aplica principalmente a los fármacos conocidos como opiáceos, compuestos que se extraen de la amapola del opio y sus derivados químicos. También se clasifican como narcóticos los opioides, compuestos químicos totalmente sintéticos pero que se parecen a los opiáceos en sus efectos.

Peyote: Nombre común de una cactácea inerme con forma de nabo nativa de México y el suroeste de Estados Unidos. La parte aérea, parecida a un hongo y de color grisáceo, contiene nueve alcaloides, entre ellos la mescalina, que es el más activo. Para usar el cacto como droga, la parte aérea se consume seca, en infusión o pulverizada y envasada en cápsulas. El peyote y la mescalina han sido objeto de abuso en años recientes.

Psicofármacos: Sustancias químicas que alteran el comportamiento, el humor, la percepción o las funciones mentales.

Psicotrópico: Por "sustancia sicotrópica" se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural que figure en las Listas I, II, III o IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Síndrome de Abstinencia: Es una serie de síntomas que las personas tienen cuando dejan de consumir de repente alguna sustancia que genere adicción, después de haberlo tomado por largo tiempo. Algunas personas pueden sufrir una tembladera liviana o sudores fríos. Algunas personas alucinan--escuchan y ven cosas que no existen. La peor forma del síndrome de abstinencia se llama "DT" o delirium tremens. El DT puede ser muy serio si uno no recibe el tratamiento de un médico.

Toxicomanía: Estado psicológico y en ocasiones físico caracterizado por la necesidad compulsiva de consumir una droga para experimentar sus efectos

psicológicos. La adicción es una forma grave de dependencia en la que suele haber además una acusada dependencia física.

Tratamiento: Excepto en el caso de la dependencia a opiáceos, las prestaciones médicas más habituales en el contexto de las toxicomanías se limitan casi siempre al manejo de los problemas de sobredosificación, reacciones adversas a la ingesta de tóxicos o las eventuales complicaciones derivadas del consumo de drogas, como la malnutrición o las enfermedades provocadas por el uso de jeringuillas sin esterilizar. Los consumidores de barbitúricos o anfetaminas pueden precisar ingreso en un centro de desintoxicación como en el caso de los alcohólicos. Cualquiera que sea el tóxico responsable de la dependencia, el objetivo de la mayor parte de los programas de tratamiento es la abstinencia.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Como bien es sabido, para el desarrollo adecuado de un trabajo de investigación, es necesario antes que nada identificar claramente cuál es el tipo de investigación, cuya definición estará dada de acuerdo a las fuentes utilizadas para obtener los datos:

Según lo que Cázares y otros (1990) explican:

se puede afirmar que existen por lo menos tres tipos de investigación: documental, de campo y experimental. Parece, por las clases de materiales que se manejan, que estas investigaciones son excluyentes. Sin embargo, con frecuencia se complementan en la práctica y por ello profundizan más en la problemática que abordan. (Pág. 18).

Es por esta razón que el tipo de investigación del presente trabajo de grado, en el cual se propone precisar la carencia de un tratamiento para los adolescentes consumidores de estupefacientes, corresponde a un tipo de investigación de campo enmarcado en un estudio descriptivo.

Según Méndez (1995) “Los estudios descriptivos acuden a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios. También pueden utilizarse informes y documentos elaborados por otros investigadores” (Pág. 126).

Bajo esta perspectiva, se explica entonces la complejidad del tipo de investigación que se realiza este trabajo, englobando a su vez la documentación necesaria para poder lograr los objetivos de la investigación, así como la labor realizada en los centros de tratamientos para los adolescentes consumidores de drogas, que en definitiva es lo que permitió plantearse el problema de las investigación.

Asimismo, el trabajo es de campo, en vista de que otra parte de la recopilación de la información se realiza siguiendo los acontecimientos que rondan el ambiente específico, ambiente de adicción a los estupefacientes por parte de los adolescentes en que se presenta el fenómeno de estudio.

En ese sentido, de acuerdo a lo que señalan Cázares y otros (1990), la investigación de campo “es aquella en que el mismo objeto de estudio sirve como fuente de información para el investigador. Consiste en la observación, directa y en vivo, de cosas, comportamiento de personas, circunstancias en que ocurren ciertos hechos” (Pág. 18).

Igualmente, el presente estudio es un trabajo de tipo documental, por cuanto gran parte de la investigación se centra de forma repetitiva y acentuada en la recopilación de los datos existentes en forma documental, tanto como bases teóricas, antecedentes, como las leyes que reglamentan la situación de los niños y adolescentes existente en el país.

B. Población y Muestra

Para realizar la investigación, se realizó una encuesta, para lo cual se hizo necesaria la identificación de la población. En este caso, se identificó en primera instancia las fuentes, las cuales Sabino (1994) especifica “que pueden ser personas,

situaciones o hechos que observan directamente, o materiales bibliográficos de diversa naturaleza” (Pág. 58), son, según el autor, las llamadas unidades de datos.

Para identificar las unidades de datos en esta investigación, se analizaron en profundidad los hechos en cuestión. En el caso de estudio la gama es amplia, es decir, se acumulan un conjunto de elementos que diversos orígenes, por lo cual hay que minimizar en lo posible dichas unidades.

Es por esta razón que se tomó la decisión de seleccionar como universo de estudio o población al personal que labora en el Centro Oasis de Vida Nueva, ubicado en la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo, el cual alcanza un total de ocho (08) personas.

Para la determinación de la muestra representativa que según Sabino (1994) “Lo que se busca al emplear una muestra es que, observando una porción relativamente reducida de unidades, se obtengan conclusiones semejantes a las que lograríamos si se estudiara el universo total.” (Pág. 120), se tiene que la misma estará representada por el mismo número de integrantes de la población.

C. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Según Tamayo y Tamayo (1997), se trata de “el procedimiento, lugar y condiciones de la recolección de datos. Esta sección es la expresión operativa del diseño de investigación, la especificación concreta de cómo se hará la investigación” (Pág. 120).

En primer lugar se utilizarán técnicas y protocolos instrumentales de la investigación documental, fundamentalmente para el análisis de las fuentes que permiten abordar y desarrollar los requisitos del momento teórico: la observación documental, la presentación resumida, resumen analítico y resumen crítico.

Operacionalmente, para manejar las fuentes documentales se utilizarán como técnicas: el subrayado, fichaje, citas y notas de referenciales bibliográficas, presentación del trabajo escrito entre otras.

Entre las herramientas utilizadas, se encuentran la entrevista que llevó a efecto la investigadora a los adolescentes reclusos en el Centro, a través de la cual se lleva a cabo un proceso de comunicación verbal recíproca con el fin de recoger información a partir de una finalidad previamente establecida.

Igualmente, se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas, las cuales permitieron ampliar la información mediante el análisis estadístico, análisis individuales de cada uno de los ítems que la conformaron, y que permitieron generar las conclusiones.

D. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que han sido recopilados los datos mediante las técnicas de recolección de datos seleccionadas, se hizo necesario en esta parte procesar la información obtenida, es decir, aplicar procedimientos gráficos para la presentación de los mismos.

En ese sentido, Méndez (1995) advierte:

La definición de las técnicas anteriores exige la determinación de procedimientos de codificación y tabulación de la información. Este proceso consiste en el recuento, clasificación y ordenación en tablas o cuadros. Estos procedimientos dependen de la clase de estudio o investigación y del tipo de datos (Pág. 148).

Por supuesto, dichos procedimientos están relacionado con cuadros estadísticos e ilustraciones como lo son: diagramas circulares, gráficos de barras, curvas, etc., los cuales permitieron presentar los hechos atendiendo a las características de la investigación.

Asimismo, la elaboración de las técnicas que se implementaron para la presentación de la información que fue obtenida durante el proceso, se realizó de forma mecánica partiendo del uso de computadoras. Cabe considerar, que la utilización de estas técnicas, siguió la normativa y recomendaciones de carácter metodológico.

Por otro lado, en esta etapa de procesamiento minucioso de la información, se distinguieron y se agruparon respectivamente los datos numéricos de los datos verbales de cada uno de los ítems del cuestionario, con el fin de incorporar el conjunto de procedimientos que permitieron conocer las características de los mismos.

Por supuesto, toda esta actividad fue realizada con el propósito de que los datos tengan un significado objetivo y coherente dentro de la presente investigación. La razón de ello está en ordenar los datos y dar respuesta lógica a los objetivos planteados en el estudio, evidenciar los principales hallazgos encontrados y conectarlos con el análisis que viene realizando la autora durante todo el proceso de investigación.

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

En esta oportunidad, se tiene que para dar validez al contenido del instrumento que se utilizó para la recolección de los datos, que en esta oportunidad fue el cuestionario, se tiene que el mismo fue previamente sometido a juicio de expertos especialistas en la materia, tanto metodológica, como de legislación de niños y adolescentes, y muy especialmente en adolescentes que presentan problemas de fármacodependencia,

Ciertamente, estos expertos en sus respectivas áreas hicieron las observaciones pertinentes al caso en estudio aquí planteado, y en base a las mismas se elaboró la versión definitiva.

En ese orden de ideas, la validez es definida por Tamayo y Tamayo (1997) como: “el acuerdo entre el resultado de una prueba o medida y la cosa que se propone ser medida” (Pág. 211).

Por otra parte, la confiabilidad se midió a través del Coeficiente de Confiabilidad KR₂₀ de Kurder y Richardson, el cual permite estimar la confianza de una medición. Este tipo de indicador según Hernández y otros (1998) “produce un coeficiente que puede oscilar entre 0 y 1”. (Pág. 241).

A continuación, se presentan los siguientes resultados:

Tabla Nro. 1
Resultados del Cuestionario en Valores Absolutos

Ítem	Sí	No	Total
1	8	0	8,00
2	8	0	8,00
3	8	0	8,00
4	8	0	8,00
5	7	1	8,00
6	8	0	8,00
7	7	1	8,00
8	7	1	8,00
9	7	1	8,00
10	8	0	8,00
11	8	0	8,00
12	8	0	8,00
13	8	0	8,00
14	8	0	8,00
15	8	0	8,00
Totales	116	4	120,00

Fuente: Cálculos Propios

Tabla Nro. 2
Resultados del Cuestionario en Valores Porcentuales

Ítem	Sí	No	Total
1	100,00%	0,00%	100%
2	100,00%	0,00%	100%
3	100,00%	0,00%	100%
4	100,00%	0,00%	100%
5	87,50%	12,50%	100%
6	100,00%	0,00%	100%
7	87,50%	12,50%	100%
8	87,50%	12,50%	100%
9	87,50%	12,50%	100%
10	100,00%	0,00%	100%
11	100,00%	0,00%	100%
12	100,00%	0,00%	100%
13	100,00%	0,00%	100%
14	100,00%	0,00%	100%
15	100,00%	0,00%	100%
Totales	96,67%	3,33%	100%

Fuente: Cálculos Propios

Cálculo de la Confiabilidad del Cuestionario:

Datos:	$S_t^2 = 4,022663071$	Donde:	$S_t^2 =$ Desviación Estádar
	$p = 0,966667$		$p/q =$ probabilidad de
	$q = 0,033333$		ocurrencia de respuestas
	$K = 15$		$K =$ N° de ítems

Mediante el estadístico KR_{20} :

$$\text{Sustituyendo } KR_{20} \text{ es: } \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum p \cdot q \cdot K}{\sum S_t^2} \right]$$

$$\text{Donde } KR_{20} \text{ es igual a: } \frac{15}{14} \left[1 - \frac{0,483333333}{4,0227} \right]$$

$$KR_{20}: 1,0714286 \left[1 - 0,120153 \right]$$

$$KR_{20}: 0,871265096$$

Según el resultado de KR_{20} se interpreta que el instrumento es bastante confiable; y a través de la muestra se puede inferir los resultados de la población.

F. ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS ILÍCITAS Y TRATAMIENTO APLICABLE

Siempre se ha hablado de forma constante e insistente acerca de la grave problemática que en la actualidad está atravesando la población de adolescentes que consumen sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) no sólo en el ámbito de Venezuela sino en todo el mundo, pues se trata de una circunstancia de carácter global.

Y lo que agrava aún más la situación es que en la medida en que corren los tiempos, y se supone que en el siglo XXI se avanza hacia el mejoramiento de la

calidad de vida de las personas, en esa misma medida el problema crece y crece de manera incontrolable.

Tratados y Acuerdos Internacionales, la Constitución, las leyes y cualquier otro tipo de normativa se ha creado e implantado, y se le han incluido disposiciones para regular el medio en que debe desarrollarse la vida de un individuo que no ha cumplido dieciocho años, y que en ese proceso sufre una serie de situaciones de transformación que incidirán definitivamente en su desenvolvimiento a futuro en su rol de adulto.

Pero, ¿qué es lo que realmente ha pasado? Al parecer, el Estado y sus instituciones, y la sociedad con su actitud siguen empeñadas en hacer que estos documentos sean letra muerta, que todo siga a la deriva, que buena parte del futuro de un país se quede en buenas intenciones, y promover y mantener de forma consciente o inconsciente el uso de métodos y procedimientos que menoscaban y violan visiblemente la dignidad de las personas que por diferentes circunstancias han caído en problemas de adicción, como en el caso de los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas.

Aquí no se está relatando una fantasía o un hecho sucedido hace mucho tiempo, en vista de que las cifras hablan por sí solas. A continuación, se muestra un cuadro resumen estadístico de causas de adolescentes que han ingresado al Tribunal de Control Sección Adolescentes de Puerto Cabello, Estado Carabobo. Dichas causas corresponden al período comprendido entre el mes de enero del año 2001 y el mes de enero del año 2002

Tabla Nro. 3: Causas Contra la Salud Pública Ingresadas al Tribunal de Control Sección Adolescentes, Período Enero 2001 – Enero 2002

Día	Mes	Año	Causa N°
04	Enero	2001	1C – 058 – 01
05	Enero	2001	1C – 059 – 01
05	Enero	2001	1C – 060 – 01
10	Enero	2001	2C – 058 – 02
02	Febrero	2001	1C – 070 – 01
05	Febrero	2001	1C – 073 – 01

07	Febrero	2001	1C – 075 – 01
09	Febrero	2001	2C – 076 – 01
11	Febrero	2001	2C – 077 – 01
04	Marzo	2001	2C – 079 – 01
11	Marzo	2001	2C – 082 – 01
17	Marzo	2001	1C – 084 – 01
17	Marzo	2001	1C – 085 – 01
24	Marzo	2001	2C – 089 – 01
07	Abril	2001	2C – 094 – 01
22	Abril	2001	2C – 100 – 01
30	Abril	2001	1C – 104 – 01
11	Mayo	2001	1C – 111 – 01
18	Mayo	2001	2C – 114 – 01
25	Mayo	2001	1C – 117 – 01
22	Junio	2001	1C – 127 – 01
24	Junio	2001	1C – 130 – 01
03	Julio	2001	1C – 134 – 01
24	Julio	2001	1C – 145 – 01
26	Julio	2001	2C – 147 – 01
30	Julio	2001	1C – 149 – 01
07	Agosto	2001	2C – 152 – 01
12	Agosto	2001	2C – 157 – 01
22	Agosto	2001	2C – 164 – 01
12	Septiembre	2001	2C – 171 – 01
26	Septiembre	2001	2C – 178 – 01
28	Septiembre	2001	1C – 179 – 01
23	Octubre	2001	1C – 186 – 01
27	Octubre	2001	1C – 188 – 01
31	Octubre	2001	1C – 190 – 01
07	Noviembre	2001	2C – 194 – 01
07	Noviembre	2001	1C – 195 – 01
11	Noviembre	2001	1C – 199 – 01
13	Noviembre	2001	2C – 200 – 01
27	Noviembre	2001	2C – 208 – 01
17	Diciembre	2001	1C – 210 – 01
16	Enero	2002	1C – 219 – 01
16	Enero	2002	1C – 220 – 01
21	Enero	2002	1C – 222 – 01
24	Enero	2002	1C – 224 – 01
26	Enero	2002	2C – 226 – 02
31	Enero	2002	2C – 228 – 02

Fuente: Datos Suministrados por el Tribunal de Control Sección Adolescentes, Pto. Cabello.

Todas las causas reflejadas en el cuadro, son de adolescentes que resultaron ser consumidores de sustancias ilícitas. ¿Cuál es el trato que en la mayoría de los casos reciben estos jóvenes? El que se le otorga a una persona que ha cometido un delito y que debe ser juzgado, cuando es obvio que son seres humanos que están enfermos y que requieren de un tratamiento.

Inexplicablemente, en los momentos en que las personas que están encargadas de hacer cumplir las leyes hacen su trabajo, hay una clarísima y palpable tendencia hacia el olvido de los beneficios protectores que otorga la Ley a toda aquella persona que no ha cumplido aún los 18 años de edad, aparte de la cantidad de condicionantes que presenta la conducta de un adolescente que tiene problemas de fármacodependencia.

Por lo general, el adolescente adicto vive inmerso en un medio social que de alguna u otra manera ha influido en su conformación, y el medio más próximo con el cual cuenta es el núcleo familiar. Hay que ser ciego para no darse cuenta de cual es la situación real de la familia de un adolescente que por consumo de sustancias ilícitas va a parar a un Tribunal.

Este adolescente proviene comúnmente de hogares desintegrados; esta desintegración involucra tanto el aspecto de padres que viven separados o que sencillamente no existen, o vínculos de integración viciados, que vienen dados por ejemplo en la vinculación para obtener bienes materiales con empobrecimiento de los intercambios afectivos.

No es raro encontrarse en el Tribunal de Control Sección Adolescentes con adolescentes que son inducidos por sus propios padres al consumo, y que además son obligados por éstos a conseguir el sustento de la familia, lo cual lo obliga muchas veces a delinquir.

A su vez, estos muchachos se caracterizan por una madurez por debajo de lo esperado para su edad cronológica, por una mayor discriminación, por una acentuada pobreza de juicio, por un ego altamente vulnerable, por una gran influenciabilidad y por una marcada impulsividad.

Indudablemente, estos individuos lamentablemente se han visto privados de cuidados especiales desde muy corta edad, lo que sumado al ya patológico vínculo establecido, dadas las características de personalidad de los integrantes del grupo familiar y de las propias, inician tempranamente incursiones en el terreno de los actos antisociales.

Por otro lado, se observa un marcado déficit comunicacional, debido a la persistente falta de intercambio verbal, impidiendo en consecuencia reacciones afectivas positivas con tendencia a la negación de situación depresiva. Así, el adolescente busca refugio en las sustancias ilícitas, para salir de la depresión, para enfrentar su soledad.

Asimismo, se observan altos índices de violencia: violencia ésta que viene dada por el trato ofrecido por los padres, violencia por el abandono en que se ven estos muchachos y que los obliga a luchar para subsistir, violencia por la falta de afecto, jamás han recibido una formación que les inculque auténticos valores de amor, respeto y armonía.

Con el correr del tiempo, aunado al aumento de la agresividad se ve el progresivo deterioro de su personalidad, pues las experiencias correctoras recibidas sencillamente no han contribuido a modificar de manera positiva la conducta que viene arrastrando.

En concreto, en el Tribunal de Control Sección Adolescentes de Puerto Cabello, Estado Carabobo, la historia de estos adolescentes consumidores se resume de la siguiente manera:

- Adolescentes que trabajan desde temprana edad en la calle, como limpiabotas o como vendedores ambulantes, por ejemplo.

- Adolescentes cuyos padres tienen problemas mentales, o bien viven en la indigencia, o tienen problemas de alcohol.
- Adolescentes cuyos padres se conducen de manera violenta y hostil, o que sencillamente abandonan el núcleo familiar para formar nuevas parejas sin importarles sus hijos.
- Adolescentes cuyos padres los inducen al consumo de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas).
- Adolescentes que para conseguir los estupefacientes que consumen incurren en hechos ilícitos como el robo.
- Adolescentes que se sienten acorralados por su situación y atentan contra su propia vida.

Ante una situación así, no es mucho lo que un Tribunal puede hacer si no existe la estructura necesaria y adecuada para atacar a fondo esta problemática. Es más que evidente que en la ciudad de Puerto Cabello realmente no existe un tratamiento especial para los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas, y la razón es porque sencillamente no existe un centro especializado para tratar la problemática de dichos adolescentes.

¿Por qué el trato debe ser especial, diferente al de los adultos y separados físicamente de ellos? Primero porque las leyes lo estipulan y segundo porque este trato especial se debe a que la adolescencia es un proceso conflictivo, lo que no significa que sea anormal.

Por supuesto, atravesar dicho proceso con todo el éxito dependerá básicamente de la capacidad del individuo enfermo para transformarse en una personalidad útil. Si lo que trae de su infancia ha sido negativo, será mucho más difícil su tránsito y si al mismo tiempo falla la regulación, si el joven rechaza o no puede ser capaz de responder a aquello que de él se espera, la sociedad lo reprobará sintiéndolo extraño e indeseable.

De esto, se deduce que necesariamente el adolescente que consume sustancias estupefacientes requiere de una atención especializada en un centro especializado creado exclusivamente para su tratamiento de cura y desintoxicación, y para que en ese proceso el adolescente recupere su moral, su dignidad y que a su egreso tenga una disposición positiva ante la vida, que lo convierta en un ciudadano correcto y responsable.

Lamentablemente, la investigación aquí desarrollada reveló de manera enfática la ausencia de este centro especial en la ciudad de Puerto Cabello, y destaca la presencia de uno en donde se reciben por igual a adolescentes y adultos, pero que sumado a ello, la estrategia empleada no es, a juicio de la investigadora, la más completa.

La base para este juicio no es otra que la experiencia que se tiene al respecto de otros lugares que están destinados a la cura de la fármacodependencia, en donde se toma en cuenta el apoyo familiar, comunitario, gubernamental, amén de la lucha por inculcar valores morales basados en el trabajo, el estudio, la religión, las actividades sanas y de esparcimiento, y la búsqueda de la integración de estos pacientes entre ellos mismos, para que aprendan a manejar sus relaciones con el entorno que les rodea.

No se ponen en duda los esfuerzos que desesperadamente llevan a cabo el equipo que labora en el Centro Oasis de Vida Nueva, pero sus resultados no son los más alentadores. Es verdad que tiene poco tiempo de funcionamiento el centro, pero al remitirse a la Ley en cuanto a los adolescentes, es evidente que el centro no reúne las características, además que un tratamiento eficaz no puede basarse únicamente en “la palabra de Dios”.

¿Qué es lo que verdaderamente se quiere? Llamar la atención, a la conciencia. Prevenir es un buen comienzo. ¿Cómo? Eso es trabajo de las comunidades, de hablarle claramente a la colectividad acerca del consumo de sustancias ilícitas, de fomentar la armonía dentro del seno familiar, a través de la ayuda profesional, entre otros aspectos.

No obstante, cuando expresado en términos coloquiales “el mal ya está hecho”, a esa labor preventiva se le debe sumar el involucramiento de autoridades y colectividad general para crear un lugar donde se brinde la debida asistencia al adolescente fármacodependiente. Este lugar debe reunir al menos las siguientes características:

- Instalaciones cómodas y seguras.
- Espacios debidamente adecuados para la terapia curativa, el estudio, esparcimiento y recreación.
- Un equipo de profesionales expertos en las ramas de psicología, psiquiatría, educación, trabajo social, medicina, educación física que marque la pauta de las actividades.
- Un personal constantemente capacitado y actualizado en todo lo que tenga que ver con la fármacodependencia.
- Un cronograma completo de actividades que mantenga ocupado al adolescente en los espacios de tiempo en que no recibe terapia de desintoxicación.
- Una comunidad y una familia involucrada que le recuerde al adolescente que es un ser humano valioso y que le desea su pronta recuperación.
- Un sistema de justicia más humano y comprometido con la idea de que las leyes se hacen para cumplirlas en todos sus artículos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En primer lugar, es importante considerar que con el propósito de que los datos encontrados tengan algún significado dentro de la presente investigación, se hace necesario introducir un conjunto de operaciones, a objeto de organizarlos e intentar dar respuesta a los objetivos específicos planteados en el estudio.

Por otro lado, se deben evidenciar los hallazgos encontrados, conectándolos de manera directa con las bases teóricas que sustentan dicho estudio, así como los conocimientos que se dispone en relación al problema, enmarcados dentro de los procesos que deben seguirse con respecto a los tratamientos para adolescentes con problemas de consumo de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas).

Para ello, se procedió a la elaboración de un instrumento de recolección de datos conocido como el cuestionario, el cual fue claramente definido con anterioridad. En ese sentido, dicho cuestionario consta de 15 preguntas, las cuales fueron aplicadas a una muestra previamente seleccionada. A continuación, se muestra el resultado obtenido de la aplicación de este instrumento.

- 1) ¿En el Centro de Rehabilitación Oasis de Vida Nueva se tratan pacientes con problemas de adicción a las sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas)?

Tabla Nro. 4: Pacientes con Problemas de Adicción

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

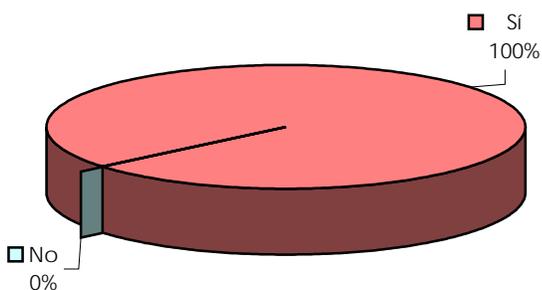


Gráfico Nro. 1: Pacientes con Problemas de Adicción

Datos tomados de la Tabla Nro. 4

Análisis: De acuerdo con los resultados arrojados por este ítem, el 100 por ciento de la muestra en estudio coincide en que en el Centro de Rehabilitación Oasis de Vida Nueva se tratan pacientes con problemas de adicción a las sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas), lo cual indica la existencia de un centro de tratamiento de rehabilitación para consumidores de sustancias estupefacientes en la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo.

2) ¿El Centro atiende a pacientes adultos y adolescentes con problemas de consumo de sustancias ilícitas?

Tabla Nro. 5: Pacientes Adultos y Adolescentes

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

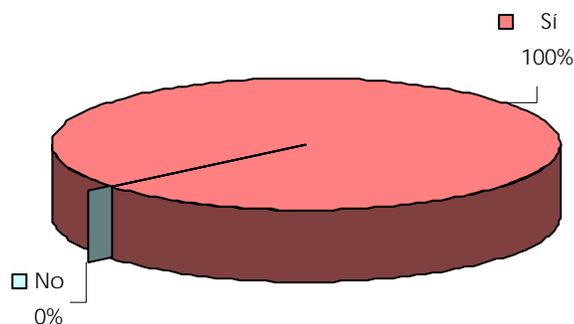


Gráfico Nro. 2: Pacientes Adultos y Adolescentes

Datos tomados de la Tabla Nro. 5

Análisis: En cuanto a este ítem, se tiene que el 100 por ciento de la población sometida a estudio coincidió en que el Centro de Rehabilitación “Oasis de Vida Nueva” atiende a pacientes adultos y adolescentes con problemas de consumo de sustancias ilícitas.

- 3) ¿Los pacientes del Centro reciben el mismo tipo de atención, sin distinguir la problemática que presentan?

Tabla Nro. 6: Tipo de Atención según Problemática

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

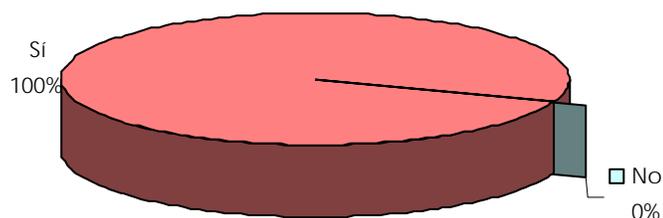


Gráfico Nro. 3: Tipo de Atención según Problemática

Datos tomados de la Tabla Nro. 6

Análisis: En esta oportunidad, la totalidad (100 por ciento) de la masa encuestada respondió de forma afirmativa que los pacientes del Centro reciben el mismo tipo de atención, sin distinguir la problemática que presentan. Esto es negativo, ya que existen diferentes tipos de adicción y categorías de consumidores, lo que implica la necesidad de un tratamiento para cada caso específico, evidenciándose una falla en relación a este aspecto.

- 4) ¿Tanto los pacientes adultos como adolescentes reclusos reciben el mismo tipo de atención?

Tabla Nro. 7: Tipo de Atención para Adolescentes y Adultos

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

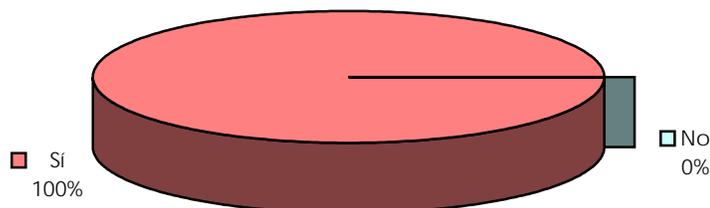


Gráfico Nro. 4: Tipo de Atención para Adolescentes y Adultos Datos tomados de la Tabla Nro. 7

Análisis: Una vez más, de manera categórica el 100 por ciento de los interrogados contestaron que tanto los pacientes adultos como adolescentes reclusos en el Centro reciben el mismo tipo de atención, lo cual es indicativo de una falla, en vista de que no se le puede dar el mismo trato a un paciente adulto que a un adolescente, pues lo que se recomienda es separar a estos dos tipos de poblaciones y brindarles una atención adecuada según su edad.

5) ¿Hace falta en el Centro un tratamiento específico aplicado a los consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas)?

Tabla Nro. 8: Tratamiento Específico para Consumidores de Sustancias Ilícitas (Estupefacientes y Psicotrópicas)

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	7	87,5%
No	1	12,5%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

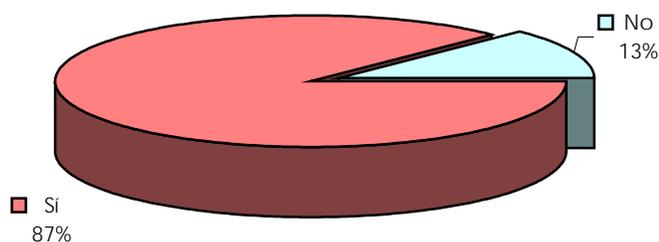


Gráfico Nro. 5: Tratamiento Específico para Consumidores de Sustancias Ilícitas (Estupefacientes y Psicotrópicas).
 Datos tomados de la Tabla Nro. 8

Análisis: Según los resultados arrojados por esta pregunta, mientras que un 12,5 por ciento respondió que no, el 87,5 por ciento de los encuestados respondieron que sí hace falta en el Centro un tratamiento específico aplicado a los consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas). Ello revela la necesidad de contar con programas que vayan dirigidos según la edad y el tipo de adicción que presenta el consumidor recluido.

6) ¿El actual tratamiento es aplicado tanto a los pacientes adultos como a adolescentes por igual?

Tabla Nro. 9: Tratamiento Actual

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

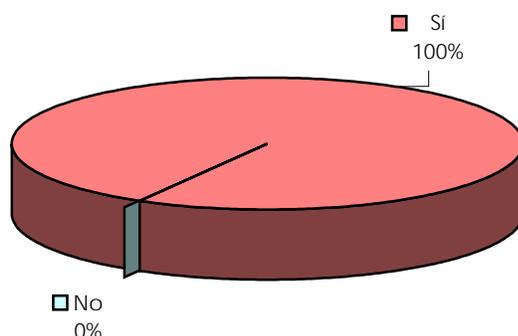


Gráfico Nro. 6: Tratamiento Actual
 Datos tomados de la Tabla Nro. 9

Análisis: En cuanto a esta pregunta, los resultados arrojados señalan que el 100 por ciento de la muestra sometida a estudio concuerda de manera afirmativa en que el actual tratamiento es aplicado tanto a los pacientes adultos como a adolescentes por igual, sin tomar en cuenta las necesidades y exigencias de acuerdo a la edad de los pacientes, lo cual viola las normativas jurídicas en cuanto al trato especial que se le debe dar a los adolescentes consumidores de drogas.

7) ¿Piensa usted que el personal que labora en el Centro está insuficientemente preparado a nivel profesional para cumplir sus funciones?

Tabla Nro. 10: Personal Preparado

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	7	87,5%
No	1	12,5%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

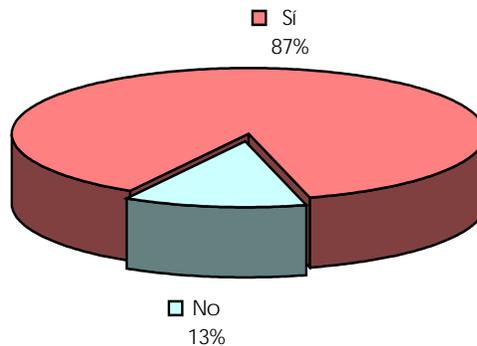


Gráfico Nro. 7: Personal Preparado
 Datos tomados de la Tabla Nro. 10

Análisis: A este respecto, se tiene que la masa encuestada contestó en un 87,5 por ciento que sí piensa que el personal que labora en el Centro está insuficientemente preparado a nivel profesional para cumplir sus funciones, mientras que un 12,5 por ciento respondió que no. Esta importante mayoría revela otra falla relacionada con el equipo humano que debe tratar a los pacientes consumidores recluidos en el centro, lo cual es altamente negativo, pues el personal debe reunir requisitos especiales para poder lograr la recuperación de los fármacodependientes.

8) ¿Considera usted que se requiere de mayor cantidad de personal para laborar en el Centro?

Tabla Nro. 11: Necesidad de Personal

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	7	87,5%
No	1	12,5%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

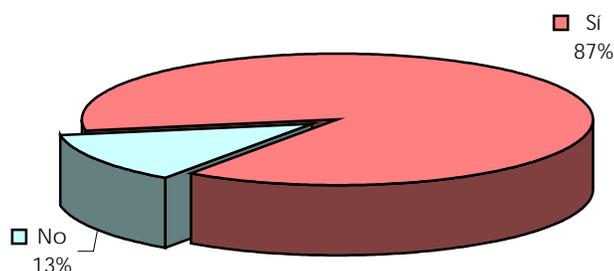


Gráfico Nro. 8: Necesidad de Personal
Datos tomados de la Tabla Nro. 11

Análisis: En esta ocasión, los resultados muestran que el 87,5 por ciento de los interrogados coinciden afirmativamente en que se requiere de mayor cantidad de personal para laborar en el Centro, y un 12,5 por ciento dijo que no. No obstante, la gran mayoría reconoce que se necesita mayor número de personas para poder atender correctamente las necesidades de este tipo de pacientes, que están viviendo un proceso de desintoxicación y rehabilitación para poder incorporarse positiva y activamente a la sociedad.

9) ¿Cree usted que existen fallas en la capacitación y entrenamiento constante que se le debe dar al personal?

Tabla Nro. 12: Capacitación y Entrenamiento de Personal

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	7	87,5%
No	1	12,5%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

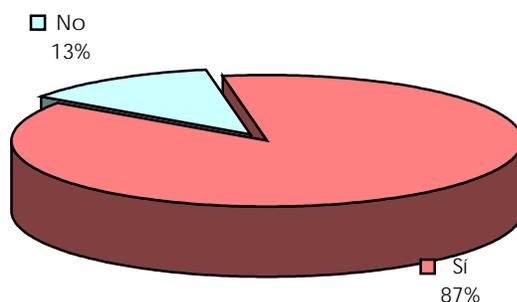


Gráfico Nro. 9: Capacitación y Entrenamiento de Personal. Datos tomados de la Tabla Nro. 12

Análisis: Con relación a esta pregunta, se observa que un 12,5 por ciento no cree que existen fallas en la capacitación y entrenamiento constante que se le debe dar al personal; sin embargo el 87,5 por ciento respondió que sí. Gracias a la mayoría de respuestas afirmativas, se puede inferir que el personal de este Centro no recibe la capacitación adecuada y constante para llevar a cabo sus labores con eficiencia, razón por la cual está desactualizado en cuanto a los métodos para tratar este problema.

10) ¿La mayoría de los pacientes adolescentes recluidos por consumo de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) presentan problemas en su núcleo familiar?

Tabla Nro. 13: Problemas en el Núcleo Familiar

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

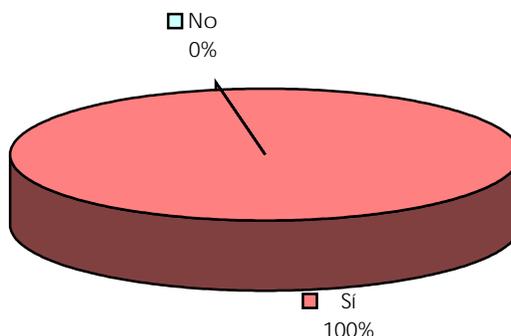


Gráfico Nro. 10: Problemas en el Núcleo Familiar

Datos tomados de la Tabla Nro. 13

Análisis: De forma contundente, el 100 por ciento de los encuestados señalaron afirmativamente que la mayoría de los pacientes adolescentes reclusos por consumo de estupefacientes presentan problemas en su núcleo familiar, lo cual indudablemente dificulta la labor que se realiza en el centro, por cuanto la armonía familiar es un factor clave en el proceso de curación.

11) ¿Participan de forma poco activa los familiares del adolescente consumidor en el proceso de rehabilitación?

Tabla Nro. 14: Participación de Familiares en Proceso de Rehabilitación

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

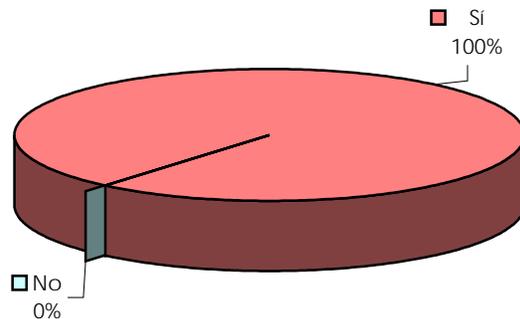


Gráfico Nro. 11: Participación de Familiares en Proceso de Rehabilitación. Datos tomados de la Tabla Nro. 14

Análisis: Una vez más, la muestra estudiada respondió en un categórico 100 por ciento de forma afirmativa que participan de forma poco activa los familiares del adolescente consumidor en el proceso de rehabilitación, lo cual entorpece aún más el proceso de recuperación del adolescente consumidor de sustancias estupefacientes.

12) ¿Cree que es necesario promover mayor participación de la familia del adolescente consumidor de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) en su proceso de curación?

Tabla Nro. 15: Promoción de la Participación Familiar

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

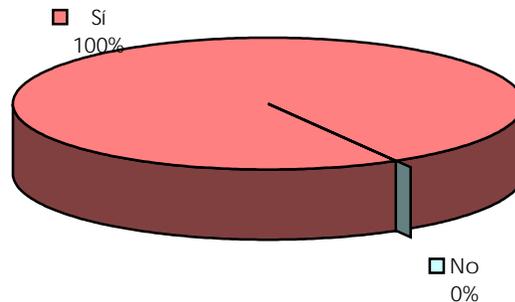


Gráfico Nro. 12: Promoción de la Participación Familiar. Datos tomados de la Tabla Nro. 15

Análisis: En esta oportunidad, también se denota un resultado unánime, al constatar que el 100 por ciento de la población encuestada respondió que sí es necesario promover mayor participación de la familia del adolescente consumidor de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) en su proceso de curación, ya que el apoyo de los parientes es una fuerza positiva que motiva al adolescente, lo hace sentirse apreciado y útil para sus seres queridos y esto es altamente positivo para lograr su pronta recuperación

13) ¿Considera usted que es necesario establecer diferentes tratamientos de acuerdo a la edad de los pacientes?

Tabla Nro. 16: Tratamiento según Edad y Tipo de Adicción

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

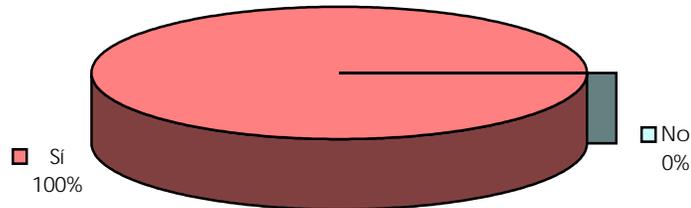


Gráfico Nro. 13: Tratamiento según Edad y Tipo de Adicción. Datos tomados de la Tabla Nro. 16

Análisis: De acuerdo a los resultados arrojados por este ítem, se tiene que el 100 por ciento de la muestra que fue interrogada manifestó que sí es necesario establecer diferentes tratamientos de acuerdo a la edad de los pacientes, debido a que el trato de adolescentes requiere de una atención especial, diferente a la de una adulto, aparte de que la LOPNA así lo establece.

14) ¿Cree usted que es necesario diseñar y aplicar un tratamiento especialmente dirigido a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes psicotrópicas)?

Tabla Nro. 17: Tratamiento para Adolescentes Consumidores

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

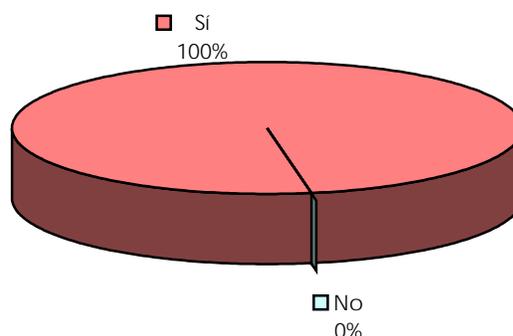


Gráfico Nro. 14: Tratamiento para Adolescentes Consumidores. Datos tomados de la Tabla Nro. 17

Análisis: En cuanto a este ítem, la muestra encuestada tuvo un consenso del 100 por ciento de respuestas afirmativas que señalan que sí es necesario diseñar y aplicar un tratamiento especialmente dirigido a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas), para así dar cumplimiento a las disposiciones legales que protegen al adolescente que se encuentra en esta circunstancia tan difícil y problemática.

15) ¿Considera usted que este tratamiento puede incrementar el índice de pacientes reinsertados positivamente en la sociedad?

Tabla Nro. 18: Tratamiento Vs. Índice de Reinserción

Alternativas	No. Personas	Porcentaje
Sí	8	100%
No	0	0%
Total	8	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario

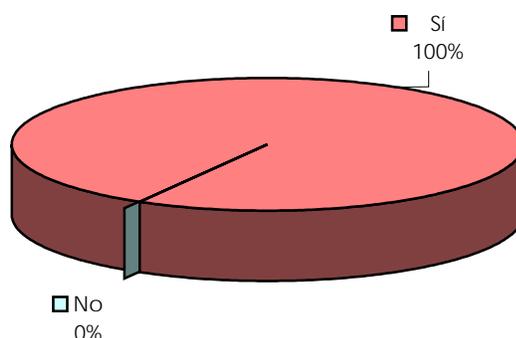


Gráfico Nro. 15: Tratamiento Vs. Índice de Reinserción
 Datos tomados de la Tabla Nro. 18

Análisis: Una vez más, el 100 por ciento de los individuos que conforman la muestra objeto de estudio coincidió de manera unánime en que este tratamiento sí puede incrementar el índice de pacientes reinsertados positivamente en la sociedad, lo que daría cumplimiento a las normas jurídicas que rigen en esta circunstancia.

B. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Luego de la aplicación del cuestionario a la muestra seleccionada, y posterior al análisis individual que se hizo de cada pregunta formulada en dicho instrumento, la investigadora manifiesta lo siguiente:

- En el Centro de Rehabilitación Oasis de Vida Nueva se tratan pacientes con problemas de adicción a las sustancias ilícitas (Ítem Nro. 1), lo cual indica que existe un centro de tratamiento de rehabilitación para consumidores de estas sustancias en Puerto Cabello, Estado Carabobo.
- No obstante, no se puede decir que exista un centro especializado para atender a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas), pues el Centro atiende a pacientes tanto a adultos como a adolescentes consumidores (Ítem Nro. 2), lo que indica que dicho centro no

cumple con las disposiciones de la LOPNA en cuanto a sus arts. 51 y 124 donde se prevé que los niños y adolescentes que presenten algún tipo de situación irregular deben recibir un tratamiento especial.

- Por otro lado, también se constató a través de este instrumento que los pacientes internados en el Centro reciben el mismo tipo de atención, sin distinguir la problemática que presentan, situación evidentemente desventajosa, pues es bien sabido que existen diferentes tipos de adicción y categorías de consumidores (Ítem Nro. 3).
- Lo anteriormente expresado se evidencia en el hecho de que tanto los pacientes adultos como los adolescentes reciben el mismo tipo de atención (Ítem Nro. 4), contraviniendo normas de tipo jurídico claramente expresadas en cuanto al trato que se le debe dar al adolescente, pues lo que se recomienda siempre es separar a estos dos tipos de poblaciones y brindarles una atención adecuada según su edad.
- Bajo esa perspectiva, se hace obvia la falta en el Centro un tratamiento específico aplicado a los consumidores de sustancias ilícitas (Ítem Nro. 5), requiriéndose de programas que dirigidos según la edad y tipo de adicción que presenta el consumidor recluido.
- Ciertamente que la situación es preocupante, por cuanto el actual tratamiento utilizado en el centro (Ítem Nro 6) es aplicado tanto a los pacientes adultos como a adolescentes, omitiendo sus necesidades y exigencias particulares según su edad y tipo de adicción.
- Aunado a ello, se hizo notoria la insuficiencia profesional del recurso humano que atiende en el Centro (Ítem Nro 7), la necesidad de mayor número de personal para laborar (Ítem Nro. 8) y las fallas en cuanto a la capacitación y actualización constante que estas personas deben recibir (Ítem Nro. 9). En su conjunto, esto muestra un panorama poco alentador, pues si el personal no está bien preparado, no se da abasto para atender a los pacientes y no se actualiza en cuanto a las

técnicas para mejorar los procesos aplicados a los pacientes, es difícil garantizarle una óptima recuperación al consumidor.

- Para empeorar la situación, se confirmó que la mayoría de los pacientes adolescentes reclusos por consumo de sustancias ilícitas presentan problemas en su núcleo familiar (Ítem Nro. 10), y estas personas no participan activamente en el proceso que viven los pacientes (Ítem Nro. 11), lo cual indudablemente dificulta el trabajo, por cuanto la armonía y participación familiar para ayudar al adolescente es clave en el proceso de curación.
- En efecto, se determinó necesario (Ítem Nro. 12) promover mayor participación de la familia del adolescente consumidor de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) en su proceso de rehabilitación, ya que el apoyo de los parientes es una fuerza positiva que motiva al adolescente.
- Por último, se constató que es necesario diseñar y aplicar un tratamiento especialmente dirigido a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas (Ítem Nro. 14), para así dar cumplimiento a las disposiciones legales que pro al adolescente que se encuentra en esta circunstancia tan difícil y problemática, siendo importante destacar que este tratamiento puede incrementar el índice de pacientes reinsertados positivamente en la sociedad (Ítem Nro. 15).

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIÓN

A través de la investigación realizada, la autora pudo evidenciar que actualmente no existe en la localidad de Puerto Cabello, Estado Carabobo, un tratamiento que sea eficaz o debidamente adecuado para atender las necesidades especiales de los adolescentes que son consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas).

En efecto, se pudo constatar que la mencionada población de pacientes adolescentes consumidores de sustancias ilícitas carecen de un centro especializado para la inducción y tratamiento de desintoxicación y rehabilitación de su problema de adicción.

Cabe señalar dentro de este contexto, que existe en esta localidad un centro para la atención de consumidores de sustancias ilícitas, pero éste no puede ser catalogado como centro especializado, en vista de que el mismo recibe y atiende de manera conjunta a adultos y adolescentes, contraviniendo lo establecido en el Artículo 51 de la LOPNA:

Artículo 51. Protección Contra Sustancias Alcohólicas Estupefacientes y Psicotrópicas. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar políticas y programas de prevención contra el uso ilícito de sustancias alcohólicas, estupefacientes y Psicotrópicas. Asimismo, debe asegurar programas permanentes de atención especial para la recuperación de los niños y adolescentes dependiente y consumidores de estas sustancias.

Por otro lado, la investigadora pudo constatar que el tratamiento aplicado en el Centro de Tratamiento que existe en Puerto Cabello para adolescentes consumidores no es completo, por cuanto no abarca aspectos tales como la integración familiar, el trabajo comunitario entre otros aspectos, dándole demasiado énfasis solamente al aspecto religioso.

De igual manera, se evidenció de manera inequívoca la falta de participación familiar en el proceso de reeducación.

B. RECOMENDACIONES

En esta oportunidad, la autora consideró importante generar un valioso aporte para solucionar esta problemática, y que al mismo tiempo sirva a terceros de referencia para futuras investigaciones relacionadas con el tema. En primer lugar, existe una latente necesidad de implementar programas destinados a la reeducación

integral del adolescente consumidor de sustancias ilícitas, que incluyan los siguientes aspectos:

- Religioso.
- Recreativo.
- Deportivo.
- Capacitación Laboral.
- Educativo.

De seguido, se recomienda la creación con carácter de urgencia de un Centro especializado para la inducción, tratamiento y desintoxicación, dirigido específicamente a aquellos adolescentes que tienen problemas de fármacodependencia.

Es importante que este centro cumpla con las exigencias previstas en la LOPNA y en la LOSEP, tomando en consideración por supuesto lo que ha sido establecido en los artículos 41 y 51 de la LOPNA, referido al Derecho a la salud, el cual está reiterado en el Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

De esta manera, se logra preservar de manera efectiva el derecho a la vida, a la salud, a un nivel de vida adecuado, un trato digno y el respeto a los derechos humanos.

Por otro lado, es necesario que este centro esté integrado por un personal idóneo, capacitado, especializado, que esté dotado de un equipo multidisciplinario constituido por los siguientes profesionales: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, los cuales sin duda brindarán la necesaria orientación, supervisión y control del proceso de inducción y tratamiento al cual debe ser sometido el adolescente consumidor, ya sean éstos fármacodependientes o simplemente consumidores ocasionales.

Asimismo, la autora propone la implementación de un tratamiento de rehabilitación, a través del cual el adolescente se incorpore a la familia a los fines de

coadyuvar a la recuperación de los adolescentes con esta problemática, considerando la autora que la familia juega un papel importante en la cura y desintoxicación de los mismos.

Ello se debe a que el entorno familiar y educativo son de gran importancia o constituyen un valor preponderante en la reestructuración de la personalidad del individuo y el reordenamiento de los valores morales, para lograr así su reinserción familiar y social.

Es de señalar la importancia que tiene involucra a la sociedad civil en esta misión, y hacerle entender que la fármacodependencia se trata de un desajuste de la personalidad que puede prevenir a través de educación y corregir a través de la reeducación.

Aunado a todo lo expuesto, es necesario conocer las razones por las cuales el adolescente consume estas sustancias y brindarles la solidaridad incondicional al afectado, es señalar que es indispensable la voluntad del adolescente consumidor a someterse al tratamiento.

Por último, a través de la presente investigación, la autora hace un llamado a los entes públicos tales como la Gobernación del Estado Carabobo y a la Alcaldía del Municipio Puerto Cabello, a los fines de que den fiel cumplimiento a lo establecido en la LOPNA.

BIBLIOGRAFÍA

CÁZARES H., Laura y otros (1990). **Técnicas Actuales de Investigación Documental**. Editorial Trillas. Tercera Edición. México.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000). Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5453 de fecha 24 de Marzo de 2000.

Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. Sexta Sesión Plenaria de la Conferencia de Viena, celebrada el 19 de diciembre de 1988. Viena, Austria.

Enciclopedia Encarta (2001). Microsoft Corporation.

- Evaluación del Progreso de Control de Drogas “Venezuela”.** Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM). Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Organización de Estados Americanos (OEA). Consultar: http://www.cicad.oas.org/InformesMEM/Esp/Venezuela_spa.rev.pdf.
- HERNÁNDEZ S., Roberto y otros (1998). **Metodología de la Investigación.** Editorial McGraw – Hill Interamericana de Editores, S. A. de C. V. Segunda Edición. México.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente “LOPNA” (1998).** Gaceta Oficial N° 5. 266 Extraordinario de fecha 2 de octubre de 1998.
- Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (1993).** Gaceta Oficial N° 4.636 Extraordinario de fecha 30 de septiembre de 1993.
- MALDONADO V., Pedro O. y GAVIRIA L., Jorge L. (2000). **DROGAS. Análisis Práctico Jurídico de la Doctrina y Jurisprudencia de la L.O.S.S.E.P. en concordancia con el C.O.O.P., la L.O.P.N.A. y la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.** Fondo Editorial USM. Caracas, Venezuela.
- MÉNDEZ A., Carlos E. (1995). **Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas.** Editorial McGraw – Hill. Segunda Edición. México.
- Noticias Andinas Sobre Control de Drogas “Venezuela” (2002).** Disponible en: <http://www.cajpe.org.pe/h-ve20.htm>.
- OSORIO, Manuel (1981). **Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales.** Editorial Heliasta, S.R.L. Buenos Aires, Argentina.
- Pequeño Larousse Ilustrado (1991).** Ediciones Larousse.
- SABINO, Carlos. **El proceso de investigación.** Editorial Panapo. Caracas, Venezuela, 1994.
- TAMAYO y TAMAYO, Mario (1997). **El Proceso de la Investigación Científica.** Editorial Limusa, S. A. de C. V. Grupo Noriega Editores. Tercera Edición. México.

ANEXO

ANEXO A – 1

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE DERECHO
ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO PENAL

**INSTRUMENTO PARA DIAGNOSTICAR LA EXISTENCIA DE UN
TRATAMIENTO APLICABLE A LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES
DE SUSTANCIAS ILÍCITAS (ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS)**

Abog. Ruwuisel:

Valencia, Octubre 2003

CUESTIONARIO

Apreciado Sr. (a)

El presente instrumento ha sido diseñado con el propósito de diagnosticar la existencia en la ciudad de Puerto Cabello, Estado Carabobo de un **Tratamiento Aplicable** a los Adolescentes Consumidores de Sustancias Ilícitas (Estupefacientes y Psicotrópicas).

La información recogida a través de este instrumento, tienen como finalidad el desarrollo de un trabajo de grado, es decir, con un fin netamente científico, dependiendo de la objetividad en sus respuesta el buen resultado de la misma.

La encuesta es anónima, es decir, no será necesario indicar nombre o cualquier otra información que identifique al encuestado, garantizando así la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos.

Se le agradece de antemano toda la colaboración prestada hacia la misma.

...Gracias.

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente la encuesta. Razone cada una de sus respuestas y marque con una (x) en la casilla correspondiente.

1) ¿En el Centro de Rehabilitación Oasis de Vida Nueva se tratan pacientes con problemas de adicción a las sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas)?

Sí _____ No _____

2) ¿El Centro atiende a pacientes adultos y adolescentes con problemas de consumo de sustancias ilícitas?

Sí _____ No _____

3) ¿Los pacientes del Centro reciben el mismo tipo de atención, sin distinguir la problemática que presentan?

Sí _____ No _____

4) ¿Tanto los pacientes adultos como adolescentes recluidos reciben el mismo tipo de atención?

Sí _____ No _____

5) ¿Hace falta en el Centro un tratamiento específico aplicado a los consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas)?

Sí _____ No _____

6) ¿El actual tratamiento es aplicado tanto a los pacientes adultos como a adolescentes por igual?

Sí _____ No _____

7) ¿Piensa usted que el personal que labora en el Centro está insuficientemente preparado a nivel profesional para cumplir sus funciones?

Sí _____ No _____

8) ¿Considera usted que se requiere de mayor cantidad de personal para laborar en el Centro?

Sí _____ No _____

9) ¿Cree usted que existen fallas en la capacitación y entrenamiento constante que se le debe dar al personal?

Sí _____ No _____

10) ¿La mayoría de los pacientes adolescentes recluidos por consumo de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) presentan problemas en su núcleo familiar?

Sí _____ No _____

11) ¿Participan de forma poco activa los familiares del adolescente consumidor en el proceso de rehabilitación?

Sí _____ No _____

12) ¿Cree que es necesario promover mayor participación de la familia del adolescente consumidor de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas) en su proceso de curación?

Sí _____ No _____

13) ¿Considera usted que es necesario establecer diferentes tratamientos de acuerdo a la edad de los pacientes?

Sí _____ No _____

14) ¿Cree usted que es necesario diseñar y aplicar un tratamiento especialmente dirigido a los adolescentes consumidores de sustancias ilícitas (estupefacientes y psicotrópicas)?

Sí _____ No _____

15) ¿Considera usted que este tratamiento puede incrementar el índice de pacientes reinsertados positivamente en la sociedad?

Sí _____ No _____