

# Introducción

El Problema de las Drogas es uno de naturaleza compleja. Múltiples factores – sociales, fisiológicos, psicológicos, económicos y políticos – inciden en la dinámica del uso y abuso, venta y distribución de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas. Las consecuencias de su consumo impactan severamente nuestra sociedad en las áreas sociales, de salud, y crimen; y alimentan los ciclos de producción, distribución y venta de sustancias, que perpetúan, sostienen o incrementan el problema.

Si bien para controlar el problema de las drogas, no podemos abandonar los aspectos de interdicción para identificar y aplicarle todo el peso de la ley a aquellos narcotraficantes que se lucran del dolor de las familias puertorriqueñas afectadas por la drogadicción o de aquellas otras que han sido víctimas del crimen relacionado al uso de sustancias, es igualmente importante controlar la demanda de drogas, a través de: 1) prevenir que nuestros jóvenes se inicien en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, y de 2) lograr la recuperación de la adicción de alcohol y drogas de las personas con trastornos adictivos.

Un primer paso necesario para la conceptualización y el diseño de estrategias efectivas de control, fue la identificación, el estudio y el análisis de la magnitud del problema de drogas en Puerto Rico. En el área de interdicción, dicho estudio se dirigió a identificar, la disponibilidad, accesibilidad, precio, pureza, procedencia y métodos de introducción de drogas a la isla, para cada tipo de sustancia. Todo ello fue contrastado con las actividades de interdicción que al presente, tanto las agencias estatales como federales, llevan a cabo para reducir el trasiego de drogas en la isla.

En el área de prevención y tratamiento, resultaba importante y necesario conocer la proporción de la población puertorriqueña con trastornos relacionados al abuso o dependencia de sustancias al momento de los estudios, tanto en la población de jóvenes como en la de adultos; así como las edades de inicio en el uso de drogas, por tipo de sustancia y los factores que los propios menores entienden los colocan en una situación de riesgo para el uso de sustancias.

Para ello, la Oficina de Control de Drogas allegó y discutió con algunos de los investigadores, los resultados de la serie de estudios de prevalencia de uso, abuso o dependencia a sustancias en la población escolar de menores y en la población adultos con domicilio, no-confinados. En el caso de las poblaciones de jóvenes y adultos institucionalizados por la comisión de faltas o delitos respectivamente, en ausencia de estudios científicos que reportaran la incidencia o prevalencia de uso de drogas en esta población, la OCD revisó los datos estadísticos disponibles para las mismas, con miras a conocer el perfil psico-social del menor trasgresor y del confinado adulto, por género, con énfasis en su historial de uso o abuso de drogas. La información obtenida fue entonces comparada con los patrones de accesibilidad y disponibilidad de servicios de prevención y tratamiento en la isla, así como analizada a la luz de las consecuencias de salud, sociales y económicas resultantes del uso de sustancias.

Los resultados de esta actividad y análisis, no sólo nos permitió identificar las necesidades de servicios de prevención y tratamiento no cubiertas que necesitan ser satisfechas, sino que también nos permitió establecer indicadores de efectividad y unas bases de datos, contra los cuales evaluar, en el futuro, la efectividad de alguna de las metas y objetivos del Proyecto del Plan Estratégico para el Control de Drogas.

Los resultados de este quehacer profesional que fundamentan las decisiones de política pública y las metas y objetivos del Proyecto del Plan Estratégico son presentados en este Volumen, que hemos titulado: Fundamentos del Plan Estratégico I: Naturaleza y Magnitud del Problema de las Drogas en Puerto Rico.

## Tabla de Contenido

<b>Naturaleza de la Adicción</b>	<b>5</b>
Mecanismos Farmacológicos	5
Efectos de las Drogas	5
Teoría de la Auto-Medicación	8
Criterios Diagnósticos para el Abuso o Dependencia a Sustancias	8
Abuso de Sustancias	8
Dependencia a Sustancias	8
Teoría de los Factores de Riesgo y Protección	9
Teoría de la “Puerta de Entrada”	10
Grado de Voluntariedad	10
Conclusiones	11
<b>Prevalencia de Consumo</b>	<b>12</b>
A) En Escolares Puertorriqueños	12
Comparación de Prevalencia de Uso entre Puerto Rico y Estados Unidos	14
B) En la Población de 15 a 64 años	15
<b>Disponibilidad de las Drogas</b>	<b>20</b>
Productos del Tabaco y Bebidas Alcohólicas	21
Tabaco	21
Alcohol	24
Marihuana	25
Cocaína y Crack	25
Heroína	26
Drogas de Diseño	27
Methylendioxyamphetamine (MDMA, Extasis)	27
Otras Drogas	28
<b>Consecuencias del Consumo de Drogas</b>	<b>28</b>
A) Relación de Drogas, Alcohol y Enfermedades Físicas	28
VIH/SIDA	29
Hepatitis C	30
Tuberculosis (“TB”)	30
Otras Condiciones Físicas Asociadas al Consumo de Drogas	31
Trastornos Físicos Asociados al Uso de Drogas	31
Conducta Sexual Riesgosa Bajo los Efectos de Drogas/Alcohol	33
El uso de cigarrillos, alcohol y drogas por las mujeres embarazadas	34
B) Relación Drogas, Alcohol y Enfermedades Mentales	34
C) Relación Drogas, Alcohol y Crimen	36
Perfil Estadístico del Crimen en Puerto Rico	39
- Delitos Tipo A: Trayectoria Histórica	39
- Delitos Tipo B	40
Arrestos de Adultos e Intervenciones de Menores	40
Intervenciones de Menores	41
Población Correccional	44
Población Correccional en Programas de Comunidad	45
Menores en Instituciones Juveniles	47
<b>Apéndices</b>	<b>49</b>
Criterios de Determinación de Necesidad Clínica y Nivel de Cuidado	50
Modelos de Intervención Terapéutica de Base Científica	53

## Lista de Tablas y Gráficas

- Tabla 1:** Efectos de Algunas Drogas Ilegales
- Tabla 2:** Uso de Marihuana en los Últimos 30 días
- Tabla 3:** Uso de alcohol y otras drogas alguna vez y en el último año en la población de 15 a 64 años de edad. Resultados de Estudio de Viviendas, 1998
- Tabla 4:** Abuso y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas alguna vez en el último año en la población de 15 a 64 años de edad. Resultados de Estudio de Viviendas, 1998
- Tabla 5:** Promedio Anual de usuarios por tipo de droga admitidos a programas de tratamiento gubernamentales: San Juan, Cataño, Mayagüez, Villalba, Moca
- Tabla 6:** Divergencia entre la tasa de impuestos a cigarrillos en Puerto Rico y otros países
- Tabla 7:** Espíritus Destilados en Puerto Rico (en galones)
- Tabla 8:** Cervezas en Puerto Rico (en galones)
- Tabla 9:** Vinos en Puerto Rico (en galones)
- Tabla 10:** Informe de ETS en Puerto Rico, 1995-2000
- Tabla 11:** Casos de Diagnóstico Dual Atendidos Directamente por ASSMCA Años 1998-1999 a 2000-2001
- Tabla 12:** Relación drogas/crimen
- Tabla 13:** Homicidios relacionados a drogas, 1991-1996-Estados Unidos Total
- Tabla 14:** Homicidios relacionados a drogas, 1986-2001-Puerto Rico
- Tabla 15:** Delitos Tipo I en Puerto Rico: 1940-2000
- Tabla 16:** Delitos Tipo II en Puerto Rico:1989-1999
- Tabla 17:** Arrestos a Adultos por Violaciones a Delitos Tipo I y Tipo II: 1989-1999, Arrestos a Adultos por Delitos por Violaciones a la Ley de Sustancias Controladas: 1989-2001
- Tabla 18:** Arrestos por Violaciones a la Ley de Sustancias Controladas en Puerto Rico: 1971-72 a 1998
- Tabla 19:** Intervenciones de Menores en Puerto Rico: 1969-70 a 2001
- Tabla 20:** Intervenciones de Menores en Puerto Rico Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego: 1997-2000
- Tabla 21:** Trayectoria Histórica de Movimiento de Acusaciones en Puerto Rico:1970-2000
- Tabla 22:** Movimiento de Acusaciones en Puerto Rico: 1998-2001
- Tabla 23:** Movimiento de Acusaciones en Puerto Rico
- Tabla 24:** Vehículos Confiscados en Puerto Rico: 1997-2001
- Tabla 25:** Armas Ocupadas en Puerto Rico: 1997-2001
- Tabla 26:** Dinero Confiscado en Puerto Rico: 1997-2001
- Tabla 27:** Droga Incautada en Puerto Rico: 1997-2001
- Tabla 28:** Características Demográficas de la Población Penal Adultos y Jóvenes Adultos
- Tabla 29:** Características de los Delitos Cometidos por la Población Penal Adultos y Jóvenes Adultos al 30 de junio de 2000
- Tabla 30:** Datos sobre el Uso y Abuso, Alcohol y Drogas, y la presencia de Condición Mental en la Población Correccional: Total, Jóvenes Adultos y Mujeres al 30 de junio de 2001
- Tabla 31:** Perfil de la población bajo supervisión en Programas de Comunidad: Año 1997-98, Programa LAP y LBP (5,259 casos reportados)
- Tabla 32:** Programas de Comunidad cuyos casos fueron revocados: año 1997-98, Programa LAP y LBP
- Gráfica 1:** Uso de sustancias controladas (Alguna Vez) entre estudiantes de escuela secundaria según estudio Consulta Juvenil
- Gráfica 2:** Uso de sustancias controladas (Último Mes) entre estudiantes de escuela secundaria según estudio Consulta Juvenil
- Gráfica 3:** Cantidad de Cigarrillos introducidos a Puerto Rico por Año

## Naturaleza de la Adicción

La drogadicción es una enfermedad compleja, que si bien comienza con el acto de ingerir las drogas, después de un tiempo, la habilidad de la persona para poder escoger si va o no a tomar drogas puede verse afectada, en gran parte, por el resultado de los efectos del uso prolongado de la droga sobre el funcionamiento cerebral y, por lo tanto, sobre su comportamiento. Las personas se inician en el uso de drogas por los efectos que éstas producen. Muchas drogas son consumidas bajo la creencia de que exaltan el funcionamiento mental o físico. Otras, por las alteraciones de ánimo, la euforia, la excitación, el placer, el relajamiento, la analgesia, la estimulación o la sedación que producen en el usuario.

En el caso de los fármacos psicoactivos, éstos permiten una mayor adaptación a algunas circunstancias, liberando al usuario de la sintomatología psiquiátrica que pudiese estarle afectando, induciendo un estado de bienestar adaptativo al bloquear emociones negativas como la ansiedad y la depresión.<sup>1</sup> Por ello, por ejemplo, algunas personas usan la heroína para aliviar el dolor o elevar su estado de ánimo, otras usan cocaína para aliviar sus estados depresivos o simplemente para alcanzar un estado de euforia o excitación, y en otros, el uso de la marihuana está relacionado al deseo del usuario de sentir los efectos de relajación, euforia y alteraciones preceptuales que esta sustancia les produce.

## Mecanismos Farmacológicos

Los mecanismos farmacológicos a través de los cuales las drogas producen sus efectos son, solamente, parcialmente entendidos. Las investigaciones han identificado los lugares y los receptores que hay en el cerebro para cada droga adictiva importante y las sustancias en el cerebro que están asociadas con los efectos y las propiedades adictivas de las drogas. Se sabe que un neurotransmisor- la dopamina- juega un papel central en la mediación de los efectos de la cocaína, de la heroína y otras drogas.

El conocimiento científico apunta a que el llamado sistema dopaminérgico relacionado con los sistemas de placer, refuerzo, o recompensa, es el sustrato neurobioquímico más importante para explicar los mecanismos relacionados al efecto de las drogas psicoactivas y a los patrones de abuso y dependencia de las mismas. Cada vez que una persona usa drogas se activan una multiplicidad de mecanismos bioquímicos que actúan en ciertas estructuras cerebrales y producen una diversidad de efectos que el individuo experimenta en forma agradable o desagradable. Con el uso continuado y regular se producen unos mecanismos de neuroadaptación e hipersensibilización neurológica que en parte son causa y efecto de proceso adictivo químico. Hay que distinguir por tanto entre por qué las personas usan drogas y por qué algunas personas se adictan a los drogas.

## Efectos de las Drogas

Se sabe también, que el efecto que produce las drogas es afectado por factores tales como el estado de ánimo de la persona que la utiliza, por la vía de administración de la droga, por la cantidad de droga que se consume y hasta, inclusive, por la presencia o ausencia de estímulos ambientales específicos. En este último renglón se ha establecido, que una dosis dada de una droga específica puede producir diferentes efectos, en el mismo individuo, cuando se le administra en ocasiones diferentes. (Naranjo 1973)<sup>2</sup>.

Se asegura, también, que el sujeto humano juega un papel tan determinante, como la droga en si misma, en el resultado final de la acción y el efecto que produce la droga. Así, por ejemplo, aunque la cocaína es un estimulante que generalmente eleva el estado de ánimo, en personas deprimidas se ha encontrado que puede producir llanto.<sup>3</sup>

Por otro lado, los efectos inmediatos que produce la droga pueden ser muy diferentes de los efectos que produce y siente el usuario cuando ya está por concluir el período psicoactivo de la droga. Después que las propiedades estimulantes de la cocaína terminan, por ejemplo, sus usuarios informan sentimientos de depresión, ansiedad, fatiga y un consecuente deseo de consumir más cocaína. Este efecto posterior, se entiende como el responsable del reconocido potencial que tiene la cocaína para

<sup>1</sup> Tamayo, Jorge, Psicofarmacología, On-Leni, Drogodependencia, 1999-2001

<sup>2</sup> Naranjo, C. *The Healing Journey*. New York, Pantheon Books, 1973.

<sup>3</sup> Shulgin, A.T. and Shulgin, A. *PIHKAL: A chemical Love Story*. Berkeley, C.A: Transform Press, 1991. P xxi.

reforzar su uso compulsivo, a pesar del daño físico, psicológico y social que les causa a sus usuarios.

En este renglón, por ejemplo, estudios con animales proveen evidencia contundente del poder de la cocaína para estimular su uso compulsivo y excesivo. Todas las especies estudiadas - ratas, perros y algunas variedades de monos - aprendieron a auto-administrarse cocaína sin ninguna otra recompensa que no fuera el efecto de la droga en si misma. Los animales comían casi nada y sufrían de serias condiciones de salud consecuentes al uso, cuando tenían acceso ilimitado a la droga. La mayoría de los monos morían días después, como resultado de convulsiones auto-inducidas por la cocaína.

La magnitud de los efectos que producen las drogas, así como el tiempo en que tardan en hacer efecto y la duración del mismo difieren también dependiendo del método que se utilice para consumirla.

La cocaína y la heroína pueden ser inhaladas, fumadas o inyectadas. La cocaína puede también consumirse oralmente. El método de preferencia para la utilización de la cocaína es la inhalación de la droga, seguida por el método de fumarla en forma de crack, el uso por vía intravenosa mezclada con heroína (“speedball”) y en último lugar por consumo oral.<sup>4</sup>

La marihuana aunque es fumada, puede también consumirse oralmente. El LSD se toma oralmente, pero otros alucinógenos como el PCP pueden ser fumados, tomado oralmente o inyectado. Las anfetaminas y otros estimulantes pueden ser tomados por boca o inyectados. Los barbitúricos y otras sustancias deprimentes son administrados oralmente. Algunos alucinógenos se usan utilizando la absorción cutánea a través de pegatinas.

El tiempo en que tardan las drogas en hacer efecto es más lento cuando se ingieren o inhalan, y más rápido cuando se fuman o se inyectan. Ello, porque la inyección intravenosa de la droga deposita la misma directamente en el flujo sanguíneo que la transporta al cerebro inmediatamente; y cuando se fuma la sustancia, es a través de los pulmones que llega a la sangre de forma casi inmediata. Por ello, los efectos fisiológicos de la cocaína se empiezan a sentir 30 segundos después de inyectársela intravenosamente y cuando se fuma, empiezan a los 8 segundos, y es la más intensa, de más corta duración y de inicio de efecto más rápido.

El cuadro adictivo se complica por el hecho de que la mayoría de los usuarios de drogas consumen más de una sustancia. En ocasiones una droga es utilizada para aumentar los efectos de otra droga y en otros casos se usa para moderar los efectos de otra sustancia consumida anteriormente. Así por ejemplo, la heroína y el alcohol se usan para aminorar el “high”, y los efectos de excitación del sistema nervioso central indeseables o percibidos en forma desagradables, producidos por la cocaína. Similarmente, el uso de heroína y cocaína de forma combinada intravenosamente (“Speedball”) modera el efecto que produce la cocaína, cuando sus efectos están desapareciendo o elimina algunos efectos no deseados como el período de somnolencia inicial de la heroína.

Las drogas, varían también, en cuanto al grado en que pueden producir dependencia fisiológica o psicológica. La dependencia psicológica es experimentada por muchos usuarios como un sentimiento de necesidad por la droga, acompañada del pensamiento de que sin ella no va a ser posible alcanzar la sensación de bienestar que se busca, o que el usuario entiende “necesita”. La dependencia física, por otro lado, se caracteriza por una creciente tolerancia a los efectos de la droga, de forma que cada vez se necesita una mayor cantidad de la sustancia para obtener el mismo efecto deseado, y por la aparición de síntomas de retirada en períodos de abstinencia. En la actualidad ha perdido vigencia el hecho de diferenciar entre dependencia física y psicológica, ya que existen drogas con mucho potencial de abuso que no producen dependencia física y al hecho de que han cambiado los elementos fundamentales que conceptualizan el uso patológico de drogas, como son los patrones maladaptativos de uso, el consumo compulsivo con pérdida de control y la relación directa causal de producir alteraciones en áreas importantes de funcionamiento. Aún así en la siguiente tabla: “Efectos de Algunas Drogas Ilegales” proveemos información sobre los riesgos de dependencia de las sustancias adictivas más comúnmente abusadas. Clasificando dicho riesgo a base de la dependencia psicológica o física que las mismas producen.

---

<sup>4</sup> Según el “National Household Survey on Drug Abuse” del 1990 el 91% de los que utilizaban cocaína la inhalaba o resoplaba por la nariz, el 31% la fumaba y el 10% se la consumía oralmente.

El siguiente esquema ilustra los efectos -deseados y no deseados por el usuario- que producen las drogas ilegales de mayor abuso.

<b>Efectos de Algunas Drogas Ilegales<sup>5</sup></b>				
<b>Droga</b>	<b>Efectos a Corto Plazo</b>		<b>Duración de los Efectos</b>	<b>Riesgo de Dependencia</b>
	<b>Deseado</b>	<b>Otros</b>		
<b>Heroína</b>	Euforia Alivia el dolor	Depresión respiratoria Náusea Mareos	3 a 6 Hrs.	Física-alta  Psicológica-alta
<b>Cocaína</b>	Excitación Euforia Aumenta el grado de alerta Desvelo Reacción tipo Paranoide	Aumento de la presión Vaso constricción Aumento en ritmo respiratorio Náusea Sudor frío Dolor de cabeza	1 a 2 Hrs.	Físico- posible  Psicológica-alta.
<b>Crack</b>	Igual que la cocaína, pero actúa más rápidamente	Igual que la cocaína	Cerca de 5 minutos	Igual que la cocaína.
<b>Marihuana</b>	Euforia Relajación	Palpitaciones Distorsión perceptual Afecta destrezas motoras finas y la memoria. Sequedad de boca Aumento de apetito	2 a 4 Hrs.	Física-no se ha identificado, pero sí tolerancia  Psicológica- moderada
<b>Anfetaminas</b>	Igual que la Cocaína	Aumento de la presión y del pulso Insomnio Pérdida de apetito	6 a 8 Hrs.	Física (mínima)- posible  Psicológica-alta.
<b>LSD</b>	Ilusiones y Alucinaciones Excitación Euforia Ideas delirantes	Pobre percepción de tiempo y distancia Ansiedad aguda Inquietud Insomnio Algunas veces depresión.	8 a 12 Hrs.	Física-Ninguna  Psicológica-desconocida.
<b>Éxtasis</b>	Similar a LSD Euforia Excitación Sensación de bienestar Aumento de sensibilidad	Confusión Mental Depresión Insomnio Rigidez muscular Elevación ritmo cardiaco Aumento presión arterial Hipertermia	3 a 5 horas	Físico-ninguno Psicológica-desconocida

<sup>5</sup> Fuentes de información: “National Institute on Drug Abuse (NIDA)” y “Drug Enforcement Agency (DEA)”.

## Teoría de la Auto-Medicación

Algunos teorizantes defienden una perspectiva evolucionaria para explicar el uso de drogas. Estos teorizantes sostienen que en algunos casos el uso de drogas puede ser un síntoma o una respuesta a un desorden psiquiátrico. Muchas personas con problemas de abuso de sustancias presentan desórdenes afectivos, de ansiedad o de personalidad. En Puerto Rico específicamente, los estudios reflejan que alrededor de un 30% de la población servida a través del sistema público de salud mental tienen un doble diagnóstico.<sup>6</sup> Algunos proponentes de la hipótesis de auto-medicación, explican esta relación de “uso de drogas /desorden psiquiátrico” a base de entender que el paciente que sufre de alguna depresión, usa la droga para elevar su estado anímico, auto- recetándose, y que aquellos que padecen de un desorden de ansiedad buscan alivio a la misma, a través de drogas con efectos relajantes. Otros, con una baja autoestima, la utilizan buscando exaltar su funcionamiento motor o grado de alerta, y aunque se decepcionan cuando los efectos posteriores no deseados de las drogas aparecen y provocan el disfuncionamiento que se pretendía evitar, continúan generalmente usando las mismas hasta que buscan ayuda.

## Criterios Diagnósticos para el Abuso o Dependencia a Sustancias

El Manual Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM IV)<sup>7</sup> presenta dos clasificaciones para los desórdenes causados por el uso de drogas siendo la diferencia diagnóstica esencial entre ambos el grado de dependencia fisiológica/psicológica a la droga. Estos dos diagnósticos son: Abuso de Sustancias y Dependencia a Sustancias.

### Abuso de Sustancias

Los criterios para diagnosticarlo son los siguientes:

- Tiene que observarse un patrón maladaptativo de uso de sustancia, que resulte en perjuicio o angustia significativa, según se manifieste por

<sup>6</sup> Canino, Glorisa J. Et al. (1993) “ Drug Abuse and Illicit Drug Use in Puerto Rico, *American Journal of Public Health*”, Vo. 83:2, 194-200.

<sup>7</sup> Este Manual, ya en su quinta revisión, clasifica los desórdenes mentales y ofrece los criterios que deben estar presentes para diagnosticar la patología del cliente. Es el instrumento de trabajo de los psiquiatras y psicólogos.

una o más de las siguientes, dentro de un período de 12 meses:

- Uso recurrente de sustancias que resulta en la inhabilidad para desempeñar los roles y obligaciones relacionados con la escuela, el trabajo, o el hogar.
- Uso recurrente de sustancias en situaciones en las que puede ser físicamente peligroso.
- Problemas legales recurrentes relacionados al uso de sustancias.
- Uso continuo de sustancias a pesar de los problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes causados o exacerbados por los efectos del uso de la sustancia.

## Dependencia a Sustancias

El diagnóstico psiquiátrico de este desorden depende de que se llenen los siguientes criterios:

- Tiene que existir un patrón maladaptativo de uso de sustancia, que resulte en perjuicio o angustia significativa, según se manifieste por una o más de las siguientes, dentro de un período de 12 meses:
  - Tolerancia, según definida por cualquiera de las siguientes:
    - Una necesidad marcada por cantidades mayores de la sustancia para intoxicación o para el efecto deseado.
    - Efecto marcadamente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia.
- Retirada, según manifestada por cualquiera de las siguientes:
  - El síndrome característico de retirada a sustancia (Según los criterios para las sustancias específicas).
  - La misma (o estrechamente relacionada) sustancia es ingerida para aliviar o evitar los síntomas de retirada.

- La sustancia es a menudo tomada en cantidades mayores o por un período de tiempo mayor al intencionado.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de reducir o controlar el uso de la sustancia.
- Se invierte una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, en el uso de la misma, o la recuperación de sus efectos.
- Se abandonan actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes a causa del uso de sustancia.
- Se continúa con su uso a pesar de conocerse tener problemas físicos o psicológicos recurrentes o persistentes, como resultado probable del uso de sustancias.

## Teoría de los Factores de Riesgo y Protección

En adición a los factores farmacológicos y neurofisiológicos ya discutidos como interventores en la dinámica del consumo de drogas, se ha comprobado también que factores ambientales y culturales, sociales y psicológicos tienen la capacidad para aumentar o disminuir las probabilidades de que una persona se inicie o se mantenga en el uso de drogas.

Teóricamente se sostiene, que el riesgo de que una persona se inicie en el uso de sustancias y desarrolle uno de estos desórdenes adictivos (Abuso o Dependencia a Sustancias) aumenta en proporción al número de factores de riesgos presentes en su medio ambiente, tales como: la disponibilidad de la droga, las características de personalidad individuales y de los amigos o relacionados con los que la persona se asocia, y si éstos están o no haciendo uso de alguna sustancia, así como, si al usarla, la persona alcanza el resultado y los efectos deseados.<sup>8</sup> Se sabe que una gama de características sociales y de personalidad y vulnerabilidad personal bio-psicológica, también, pueden influenciar la aparición y expresión de un desorden adictivo.

Otro de los factores de riesgo que más se ha asociado al uso y el involucramiento con drogas es el frecuentar amistades que la usan. Si la persona frecuenta amistades que hacen uso de sustancias, aún cuando éste provenga de una familia cuyo manejo es adecuado y que no presentan otros factores de riesgo, el solo hecho de compartir con amigos que utilicen drogas aumenta significativamente el riesgo de que el niño o la persona incurran en el uso de las mismas. La influencia de los pares es particularmente importante durante la adolescencia, especialmente en relación a la marihuana.

La naturaleza de la relación familiar, también influye positiva o negativamente en el inicio o uso de sustancias. Familias cuya forma de disciplinar es inconsistente, generalmente enfrentan con mayor frecuencia problemas de drogas en los hijos. El tipo de estructura familiar es un predictor menos importante que la relación de padres-hijos o el tipo de influencia que los padres pueden ejercer sobre la conducta del joven.

Los jóvenes más propensos a involucrarse en el uso de drogas- lícitas e ilícitas- se sostiene, son aquellos cuyos padres tienen poco control sobre ellos y nunca han sido fuente de apoyo para sus hijos, así como aquellos que no han aprendido de sus familias a valorar las metas familiares y sociales tradicionales.

Familias cuyos padres enseñan a sus hijos valores morales y un sentido de responsabilidad personal y social, donde existen fuertes vínculos de afecto y de comunicación paterno-filial o materno-filial, y en las que los padres/madres asumen una posición firme y consistente en contra de las drogas producen niños mejor equipados para resistir las presiones que puedan presentársele para usarlas.

Factores individuales, relacionados a la formación de la personalidad, tales como orientación hacia ser independiente, tendencia a la rebelión como forma de manejo de las presiones del medio ambiente, baja autoestima, enajenamiento, orientación hacia la participación en situaciones de riesgo, y una actitud de alta tolerancia hacia la conducta desviada de otros, se ha encontrado están relacionados al uso de sustancias. La ausencia de compromiso con los valores sociales convencionales, parece también estar relacionada al uso de drogas.<sup>9</sup> Conductas

<sup>8</sup> Jack H Mendelson and Nancy K Mello, "Commonly abused drugs" in Harrison's Principles of Internal Medicine, 12th ed., Jean D. Wilson, Eugene Braunwald, et al. Eds New York: McGraw-Hill, Inc. 1991, 2155.

<sup>9</sup> J David Hawkings, Denise Kishner and Richard F Catalano, Jr., "Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse" in *Etiology of drugs abuse: Implications for Prevention*, Coryl La Rue Jones and Robert J Batties, eds., NIDA research monograph, 56 1985, 75-126.

antisociales en la niñez son también altamente predictivas de uso de drogas en la adultez.

Una pobre ejecutoria académica es a menudo un precursor del involucramiento con drogas en jóvenes. La deserción escolar aumenta el valor predictivo de este factor de riesgo. El fracaso escolar aumenta el riesgo para el uso de drogas. A pesar que los niños fracasan por múltiples razones, al parecer la experiencia de fracaso, en sí misma, aumenta el riesgo de problemas de conducta, entre éstos el consumo de drogas.

Dentro de los factores psico-sociales de riesgo en un contexto social amplio, se encuentra las comunidades y vecindarios. En aquellas comunidades donde las personas tienen poco arraigo a su comunidad, la tasa de crimen es alta y donde hay poca vigilancia de los lugares públicos, existe mayor incidencia de problemas de drogas, sin que ello signifique que esta condición esté limitada a los vecindarios de bajos recursos. Los factores de riesgo ambientales/sociales incluyen también la adopción de normas de tolerancia hacia las drogas, y/o a la ausencia de políticas públicas o municipales que estén dirigidas a prevenir el uso de sustancias o a repudiar, apropiadamente, el uso o abuso de las mismas.

### Teoría de la “Puerta de Entrada”

Los estudios, también han identificado un patrón en secuencia del involucramiento de las personas con las drogas durante la adolescencia. Esta teoría, sustentada parcialmente por estudios en la materia, propone que el uso del alcohol y el tabaco pueden conducir al joven a usar drogas más dañinas. A la misma, se le conoce como la teoría de la “Puerta de Entrada” (“Gateway Theory”).<sup>10</sup> Los estudios practicados apuntan hacia que generalmente se comienza a utilizar drogas - tales como el alcohol y el cigarrillo - antes de que se comience a utilizar la marihuana, y que la marihuana es utilizada antes de utilizar otras drogas ilícitas o drogas psicoterapéuticamente prescritas. La relación es más fuerte entre el uso inicial del tabaco y el uso posterior de marihuana o cocaína. Este orden progresivo de uso, por supuesto, no significa que la utilización de

cualquiera de las drogas en la secuencia producirá el uso de la siguiente droga en la secuencia, pero ciertamente identifica una población que pudiese ser considerada en riesgo para efectos de diseño y planificación de programas preventivos. No obstante, lo anterior la gran mayoría de los que usan drogas legales no usarán drogas ilegales y la gran mayoría de los usuarios de drogas ilegales no desarrollarán criterios de abuso o dependencia.

### Grado de Voluntariedad

Finalmente, algunos teóricos han señalado que la base fundamental de la adicción está en una molécula llamada DNA, la molécula que lleva el Genoma Humano, “*el cual es la enciclopedia de receta para al construcción de todas las proteínas que el cuerpo necesita para sanarse a nivel biológico, emocional, social, vocacional y espiritual*”.<sup>11</sup> Esta estructura, se descubrió en 1953. Se alude a que la adicción pudiera estar asociado a un defecto genético de la personalidad del afectado. Se señala entonces que el factor genético es una ventana en la vulnerabilidad a las adicciones y están presentes en aproximadamente el 20% de la población mundial. Sin embargo, estos teorizantes afirman que aunque exista una susceptibilidad genética, su influencia se puede mitigar reduciendo los factores de riesgos y fortaleciendo los de protección, porque se ha demostrado que jóvenes portadores de los llamados factores de protección son inmunes e invulnerables al desarrollo de patrones de abuso o dependencia en el uso de drogas.

La acumulación de datos que las neurociencias están aportando, tales como la psicobiología y la neurobioquímica, están cambiando el marco teórico tradicional de cómo entendemos esta patología y su etiología (los mecanismos causales). Cada día sabemos más del sustrato neurobioquímico de la dependencia química, al grado de que este conocimiento está cambiando aspectos tan medulares en la conceptualización de estas condiciones como lo es el grado de voluntariedad para desarrollar adicción. Al presente conocemos que las estructuras cerebrales implicadas en la fisiopatología de la dependencia química como lo es el sistema dopaminérgico, son subcorticales y por lo tanto que funcionan fuera de control voluntario. Estamos en la creencia de que durante ésta y la próxima década podremos contestar la pregunta con más precisión.

<sup>15</sup> Dr. Efrén Ramírez MD. *Centro de Investigación Sobre la Adicción*

<sup>10</sup> Estudio realizado por ONDCP (Office of National Drug Control Policy) mediante la contratación de la firma CSR, Inc., utilizando tres bases de datos: El “National Longitudinal Survey of Youth” (NLSY) del 1992; el “Youth Risk Behavior Survey” (YRBS) del 1991 y el “National Adolescent Student Health Survey” (NASHS) del 1988.

<sup>11</sup> Dr. Efrén Ramírez, MD, “Comunidad Terapéutica para el Siglo XXI”, Ponencia ante el XXI Congreso Hogar CREA Internacional, 5 de marzo de 2001.

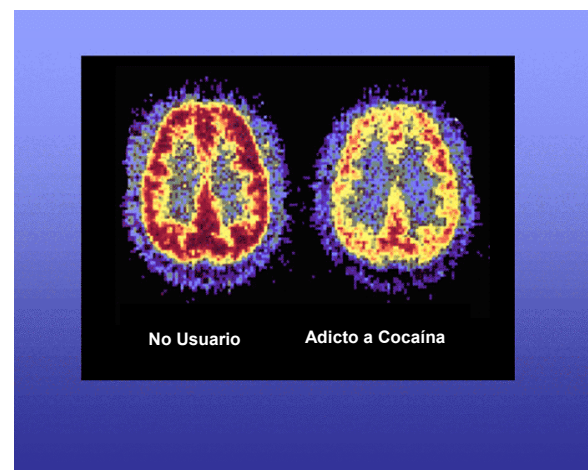
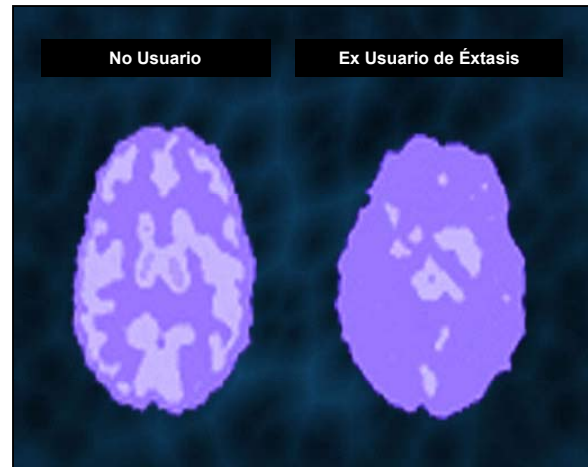
Sin duda alguna, a pesar de todos los conocimientos ya acumulados en el campo de la drogadicción, se necesita aún mucha más investigación científica para poder identificar todos los procesos cerebrales fundamentales a través de los cuales se afectan las funciones preceptuales, cognitivas y conductuales como resultado de la interacción de todos los factores –la mayoría de los cuales hemos ilustrado– que juegan un papel determinante en los efectos que producen las drogas. Los mecanismos de acción de los alucinógenos clásicos, por ejemplo, no son totalmente comprendidos y aunque se han identificado que los receptores<sup>12</sup> en el cerebro que juegan un papel principal, el rol de otros neurotransmisores, que pudiesen estar envueltos, requiere ser también examinados<sup>13</sup>.

## Conclusiones

En resumen, todo lo anterior pone al relieve la complejidad del fenómeno de uso y abuso de drogas, desde el punto de vista biológico de la neurofisiología y la farmacología, y desde el punto de vista social, visto a la luz de la cultura, de la psicología y de otras ciencias sociales tales como la antropología y la sociología, todas las cuales tienen un entrelazo en la dinámica del consumo de drogas.

No obstante lo anterior, sí existe un consenso profesional en que la adicción es un trastorno de salud crónico y recurrente, el cual requiere de estrategias de intervención preventivas y terapéuticas comprensivas y multidisciplinarias dadas las múltiples dimensiones de la adicción. Por ello, el tratamiento para esta enfermedad nunca es sencillo. El mismo, no sólo debe ayudar a la personas a dejar de consumir drogas, sino también a alcanzar un funcionamiento adecuado dentro de la familia y la sociedad y productivo en el campo laboral. De ahí que los programas incorporen múltiples componentes de servicio, cada uno de éstos dirigidos a atender un aspecto particular de la enfermedad o de sus consecuencias.

La Oficina de Control de Drogas ha conceptualizado el Plan Estratégico de Control de Drogas, reconociendo la complejidad del fenómeno de la adicción a sustancias, y los resultados de tres décadas de investigación científica en el campo de la prevención y el tratamiento de esta enfermedad.



<sup>12</sup> Estos receptores son los siguientes: 5-HT<sub>2A</sub> y 5-HT<sub>2c</sub>

<sup>13</sup> Glenson, R.A., *Classical Hallucinogens: An Introductory Overview*, NIDA Research Monograph 146, 1994, p28.

## PREVALENCIA DE CONSUMO

Uno de los principios básicos que se utiliza en el campo de la Salud Pública cuando se desea controlar una enfermedad es determinar la magnitud del problema.

A la hora de considerar la prevalencia del uso de alcohol y otras drogas (AOD) en Puerto Rico, es conveniente establecer la diferencia entre las personas que usan drogas, de aquellas que presentan un patrón de uso patológico como lo es el abuso y dependencia. También es conveniente determinar y diferenciar la prevalencia de uso entre los escolares puertorriqueños de la población mayor de 18 años.

### (A) En Escolares Puertorriqueños

El instrumento más confiable que disponemos para conocer la prevalencia de uso de tabaco, alcohol y otras drogas en los escolares puertorriqueños, es la serie de investigaciones conocidas como “Consulta Juvenil”. Se trata de una serie de encuestas realizadas periódicamente (cada dos años, por lo general), de la prevalencia, conductas y actitudes asociadas al uso de drogas en la población de escolares.

Se trata de un proyecto de investigación que el Centro de Estudios en Adicción del Departamento de Medicina de Familia y Salud Comunal de la Universidad Central del Caribe desarrolla bianualmente bajo el auspicio económico de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción.

Se han realizado varias encuestas de Consulta Juvenil correspondientes a los siguientes años: 1990-91; 1992-93; 1994-95; 1997-98. Al presente se está completando la encuesta 2000-2001, la última de la serie, cuyos resultados al momento de la redacción de este Documento de Trabajo de Plan Estratégico no están disponibles. La repetición periódica de Consulta Juvenil, permite la acumulación de datos para utilización prospectiva y el examen de los cambios, patrones y tendencias del uso de sustancias.

La Consulta Juvenil IV, última publicada, recopiló sus datos durante el año escolar 1997-98 mediante un cuestionario auto-administrado bajo la supervisión de los examinadores y es representativa de la población

de escolares de Puerto Rico de escuelas públicas y privadas entre quinto y duodécimo grado. (Los resultados representan aproximadamente a 455,052 estudiantes matrícula de quinto a duodécimo grado). Los datos más importantes de Consulta Juvenil IV son :

El alcohol es la droga más usada por la población escolar. La proporción de la población escolar que reportó uso de alcohol “alguna vez” fue: Elemental, 34.2%; Intermedia, 58.4% y Superior, 85%.

El cigarrillo es la segunda droga más usada por la población escolar. La proporción de la población escolar que reportó uso de cigarrillo “alguna vez” fue: Elemental, 8.8%; Intermedia, 23% y Superior, 43.2% .

La tercera droga más usada por los menores de edad escolar varía de acuerdo al nivel escolar. Los resultados fueron los siguientes:

- En el Nivel Escolar Elemental la droga de mayor uso fueron los Inhalantes (11.2%).

- En el Nivel Escolar Secundario la droga de mayor uso fue la Marihuana (12%).

Los estudiantes varones de nivel intermedio reportaron mayor uso de todas las sustancias que las hembras, (excepto pastillas no recetadas).

En el nivel superior los varones reportaron mayor uso de todas las sustancias que las hembras.

Los estudiantes de quinto y sexto grado reportaron menos de 2% de uso de drogas no legalizadas a excepción de inhalantes.

Sin embargo, curiosamente, los estudiantes de quinto grado reportaron mayor uso de drogas ilegales que los de sexto grado que reportaron mayor uso de drogas legales, alcohol y tabaco.

El análisis de los datos de Consulta Juvenil IV, reflejan una relación entre el uso de otras drogas (marihuana, inhalantes, cocaína, heroína, crack) y el uso de cigarrillos y alcohol. Los estudiantes de escuela secundaria que han usado cigarrillo, por ejemplo, están 18 veces más propensos a informar uso de alguna droga no legalizada que los que nunca han usado cigarrillo. Sólo el 3.5% de los adolescentes que no usó cigarrillo reportan haber usado otras drogas. Similarmente, los que han usado alcohol reflejaron una probabilidad de haber usado drogas

ilícitas siete (7) veces mayor que aquellos que no informaron uso de alcohol.

El 20% de los estudiantes que indicaron haber usado alcohol también han usado alguna otra droga, mientras que sólo el 3.4% de los que informaron no haberlas usado, han usado otras drogas.

Estos resultados no deben interpretarse como uno de causalidad ya que no hay evidencia de que el uso de cigarrillos y alcohol causen el uso de drogas ilegales; sin embargo, sí existe evidencia de patrones estables de progresión en el uso de otras drogas una vez se inicia el uso de cigarrillos o alcohol. Este riesgo se acrecienta si el inicio del uso de cigarrillos y alcohol ocurre en la temprana adolescencia. Esta asociación también se encontró entre los preadolescentes.

En términos globales, según indicáramos, la sustancia más usada fue el alcohol (70.3%), de éstos aproximadamente la mitad informó haberlo probado por primera vez antes de los 13 años. La mitad de los escolares (56.2%) reportó haber usado alcohol durante el año anterior y el 34.5% uso del alcohol dentro de los 30 días previos a la contestación de la encuesta.

El cigarrillo fue la segunda sustancia más usada por los adolescentes, (32.3%) de los cuales un 40.6% reportó haber fumado por primera vez antes de los 13 años.

La prevalencia de uso de drogas no legalizadas fue de 15.1%. Entre estas la marihuana fue la droga más utilizada por los estudiantes (12.0%). De éstos el 22.6% reportó haberla probado por primera vez antes de los 13 años. El 6.3% indicó haber usado pastillas no recetadas y un 3.6% reportó haber usado inhalantes.

El porcentaje de uso de otras drogas ilegales como cocaína, crack y heroína fue menor de 2%, en toda la muestra.

La encuesta del 1998 indica que la prevalencia de uso de cigarrillo y alcohol aumenta a partir de los 10 años mientras que para el resto de las drogas comienza a los 11 años. Se observó además que el uso de cigarrillo y alcohol aumenta drásticamente a partir de los 12 años.

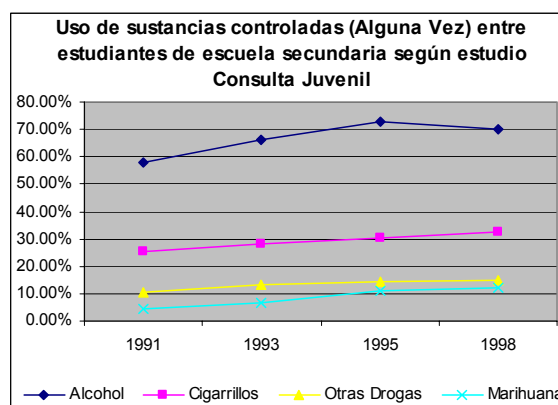
Estos datos sugieren que hay que maximizar los esfuerzos de prevención a edades más tempranas, desde los 10 años, con métodos que tengan en cuenta los aspectos cognoscitivos y psicológicos propios de los niños de estas edades.

La razón principal que indicaron los preadolescentes de por qué los niños usan drogas fue primordialmente: para llamar la atención, seguido respectivamente por: “Verse grandes”, “Ser como los amigos” y “Sentirse diferentes”.

Los estudiantes indicaron una variedad de razones para no usar drogas. Casi la mitad de los adolescentes (43.7%) indicaron que les preocupa convertirse en adictos; el 45.5% indicó que les preocupa el posible daño físico y 43.0% indicaron no estar interesados en coger “una nota”. Otras razones indicadas son: 1) el posible daño psicológico, 2) sus padres no lo aprobarían, 3) no se disfruta, 4) no le gustaría, 5) está en contra de los principios, 6) le preocupa ser arrestado, 7) no le gustaría estar con las personas que las usan, 8) le preocupa la pérdida de energía, 9) su novio/a no lo aprobaría, 10) sus amigos no la usan, 11) es muy caro el consumirlas.

La mayoría de los estudiantes opina que hay bastante o mucho riesgo en el uso de sustancias.

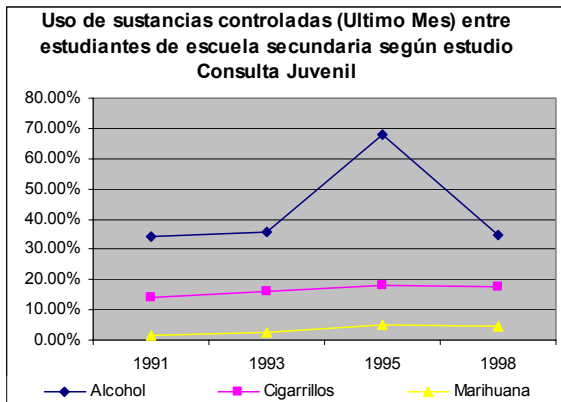
Cuando analizamos comparativamente los resultados de Consulta Juvenil, entre la primera encuesta de septiembre de 1991 y la última encuesta publicada de abril de 1998, observamos que hay un patrón de aumento de uso significativo, a través del tiempo en la población escolar, para el cigarrillo, alcohol y la marihuana, pero no para otras drogas.



Estos datos también reflejan, no obstante, una marcada reducción de uso en el último mes de alcohol en la encuesta de Abril de 1998 en comparación con Abril del 1995.

Al comparar los resultados de consulta Juvenil I y IV en otras drogas se encontró un aumento significativo pero no al comparar Consulta Juvenil III y IV.

Para el resto de las otras drogas el análisis no presenta variaciones temporales significativas. Sin embargo, cuando analizamos la prevalencia de uso alguna vez de otras drogas a nivel intermedio y superior (marihuana, cocaína, heroína, crack y/o inhalantes), entre la Consulta Juvenil III y la IV observamos una variabilidad significativa a nivel de la escuela intermedia en la encuesta del 1995 y la del 1998, pero no a nivel superior donde la última encuesta llega a aproximadamente un 20 %, lo que indica que a nivel de escuela superior casi uno (1) de cada cinco (5) jóvenes informó haber experimentado con una o varias drogas ilegales



Respecto al uso de drogas legales (alcohol y cigarrillo) alguna vez en la vida y en el último mes, observamos una alta prevalencia a nivel de escuela secundaria en la encuesta de abril del 1998.

Casi la mitad de todos los escolares puertorriqueños a nivel superior admitió uso de alcohol durante el último mes lo que sugiere mayor probabilidad de uso regular que cuando se reporta alguna vez en la vida.

Casi la mitad de los escolares de nivel superior admitió haber fumado alguna vez y una cuarta parte admitió haber fumado cigarrillos durante el último mes.

Datos del Negociado de Arbitrios Generales del Departamento Hacienda informan de un aumento progresivo en la cantidad de cigarrillos introducidos por unidad desde el 1997 cuando se introdujeron al país 730,462,011 cigarrillos respecto al 2001, cuando se introdujeron 2,898,902,993 cigarrillos. Como puede verse entre el 1997 y el 2001 se ha cuadruplicado la cantidad de cigarrillos que se han introducido en la isla, lo que sugiere que la demanda ha ido en aumento vertiginoso y por tanto el consumo. (Informe realizado entre enero de 1997 hasta el 30 de noviembre de 2001).

Si bien los resultados comparativos entre las diferentes encuestas de Consulta Juvenil, sugieren un aumento progresivo en el uso de cigarrillos por parte de la población escolar, dicho aumento no es tan marcado como para explicar el alza tan significativa de introducción de cigarrillos en el país. No obstante, no podemos descartar que los niños y adolescentes son particularmente responsables de esta alza en la venta de cigarrillos, si consideramos la tasa de deserción escolar que conlleva no graduarse de escuela superior, estimada en alrededor del 51%<sup>14</sup>, toda vez que los jóvenes que han dejado de asistir a la escuela no son encuestados en el estudio de Consulta Juvenil.

Por otra parte, el uso de drogas ilícitas, por estar estigmatizado, su posesión estar sujeta a penalidades y por las connotaciones de pérdida de prestigio social, su uso puede ser sub-informado, aún a pesar del anonimato con el cual se realizaron las encuestas. Por lo tanto es posible que las tasas de prevalencia puedan ser mayores, tanto para la categoría de uso, como de abuso y dependencia.

## Comparación de Prevalencias de Uso entre Puerto Rico y Estados Unidos

“Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2000, Volume I and II” es una recopilación de “Monitoring the Future: A Continuing Study of American Youth”, investigación que recoge la prevalencia y patrones de uso entre los adolescentes y jóvenes adultos norteamericanos. Este estudio es realizado anualmente por el Instituto para la Investigación Social de la Universidad de Michigan desde 1975. Los estudios de Consulta Juvenil son la contraparte de Puerto Rico a “Monitoring the Future” (MTF).

Cuando comparamos los resultados obtenidos en Puerto Rico con los de Estados Unidos, mediante métodos de investigación similares, observamos que como norma general la prevalencia de uso en los niveles de octavo, décimo y duodécimo grado es mayor en Estados Unidos que en Puerto Rico.

Uso de Marihuana en los Últimos 30 días		
Grado	Consulta Juvenil (Puerto Rico)	MTF (EEUU)
Octavo	4%	9.7%
Décimo	4.2%	18.7%
Duodécimo	.8%	22.8%

<sup>14</sup> Dora Nevárez-Muñiz, El Crimen en Puerto Rico (Segunda Edición Revisada 2001), página 194.

En el caso de alcohol, la prevalencia de uso es algo mayor en Puerto Rico en octavo y décimo, pero no en duodécimo, aunque las diferencias no son significativas. Sin embargo, la prevalencia de uso de marihuana en los últimos 30 días, es significativamente mayor en Estados Unidos que en Puerto Rico.

Nótese las diferencias tan marcadas de uso de marihuana por parte de la población escolar de los Estados Unidos frente a Puerto Rico y como aumenta la proporción en los escolares que reportan uso de marihuana en los últimos treinta (30) días de Estados Unidos conforme se va subiendo en los grados académicos.

Aunque en términos absolutos la prevalencia de uso de drogas ilegales, tales como la heroína y cocaína es igual o menor de 1%, las diferencias son mayores para Estados Unidos en décimo grado y mayores para Rico en Octavo Grado.

## **(B) En la Población de 15 a 64 años**

Respecto a la prevalencia de dependencia a drogas ilegales, (marihuana, cocaína, y heroína), un estudio de la población realizado por el Dr. Héctor Colón y colaboradores en el 1989 estimó la prevalencia de por vida en 37,595 casos, lo que representa un 2.5% de la población de Puerto Rico entre los 15 y 64 años de edad.

Utilizando una metodología distinta, la Dra. Glorisa Canino y colaboradores (1993), estimaron que la población que sufre de dependencia a drogas ilegales en Puerto Rico, fue menor, equivalente a 22,512 personas. Mientras el Dr. Colón y colaboradores utilizaron una población clínica para estudiar el fenómeno, Canino y colaboradores utilizaron una muestra representativa censal de la población adulta de Puerto Rico<sup>15</sup>.

A base de estos estudios se concluye que menos del 5% de la población puertorriqueña sufre de dependencia a drogas ilegales.

En fecha posterior, con la finalidad de obtener datos respecto a los estimados de prevalencia de abuso y dependencia de alcohol y otras drogas y necesidades de tratamiento, en la población de adultos con domicilio, no confinada, se realizan tres estudios de

los cuales el **Estudio de Viviendas** fue el principal. Fue realizado con una muestra de población de 5,000 individuos entre los 15 y 64 años durante el período 1997-98, a solicitud de la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción.

El estudio buscó establecer la necesidad, necesidad no cubierta y la demanda de servicios por abuso y dependencia de sustancias por tipo de sustancia.

Se definió operacionalmente **Necesidad** como el tener una condición de abuso o dependencia durante el pasado año o haberla tenido al menos alguna vez en la vida y mostrar al menos alguno de los síntomas de la condición durante el pasado año.

**Necesidad no cubierta** se refiere a las personas en necesidad que no recibieron ningún servicio formal durante el pasado año.

**Necesidad Cubierta por Tipo de Sector**, define personas en necesidad de servicios por abuso de sustancias que informaron haber visto un médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o consejero, para su problema de sustancias durante el pasado año. Las personas que recibieron estos servicios, fueron definidas como habiendo cubierto su necesidad de servicios. La participación en programas de tratamiento de alcoholismo o drogadicción o en grupos de auto-ayuda, también fueron considerados como cubriendo la necesidad de servicios.

Es importante señalar que el anterior criterio se usó con fines cuantativos, pero no significa que las necesidades fueron realmente cubiertas desde el punto de vista cualitativo, ya que en muchas ocasiones la visita a un profesional de la salud en régimen ambulatorio convencional no es clínicamente suficiente para garantizar éxito en tratamiento para la adicción a sustancias.

**Los estimados de la demanda de servicios** representan el número de personas que informó estar interesado en recibir algún tipo de servicio formal para su problema de alcohol o drogas.

Los datos del Estudio de Vivienda para Puerto Rico estiman que el **5.6%** de la población entre las edades de 15 a 64 años domiciliadas, que representan 134,139 personas, tienen necesidad de servicios por abuso o dependencia al alcohol o drogas controladas o ilícitas.

Según dicho estudio el 87.6% de las personas en necesidad de recibir servicios de tratamiento para la

<sup>15</sup> Canino, Glorisa J. et al (1993) Drug Abuse and Illicit Drug Use in Puerto Rico, American Journal of Public Health, Vol.83:2, 194-200.

adicción no recibieron los mismos para sus problemas de adicción a alcohol o drogas. Esto equivale a **117,505 personas**. Por otro lado sólo el

7.5% de las personas en necesidad expresaron interés en recibir servicios.

Las personas en necesidad de servicios por abuso o dependencia de alcohol es más de tres veces mayor que la población en necesidad de servicios por problemas de drogas controladas o ilícitas. Sin embargo, las personas en necesidad de servicios por problemas de alcohol fueron menos dados a recibir servicios y menos dados a expresar interés en recibirlos.

<b>Uso de alcohol y otras drogas alguna vez y en el último año en la población de 15 a 64 años de edad. Resultados de Estudio de Viviendas, 1998</b>						
	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Ambos Sexos</b>	
	<b>Por ciento</b>	<b>Cantidad<sup>16</sup></b>	<b>Por ciento</b>	<b>Cantidad<sup>17</sup></b>	<b>Por ciento</b>	<b>Cantidad<sup>18</sup></b>
<b>Alcohol</b>						
<b>Alguna Vez</b>	<b>84.7%</b>	<b>904,239</b>	<b>71.2%</b>	<b>947,835</b>	<b>77.2%</b>	<b>1,825,024</b>
<b>Drogas Ilícitas</b>						
<b>Alguna Vez</b>	<b>14.8%</b>	<b>157,876</b>	<b>7.4%</b>	<b>98,047</b>	<b>10.7%</b>	<b>256,039</b>
<b>Marihuana</b>	<b>0.1%</b>		<b>4.7%</b>		<b>8.2%</b>	
<b>Cocaína</b>	<b>5.6%</b>		<b>1.3%</b>		<b>3.2%</b>	
<b>Heroína</b>	<b>1.1%</b>		<b>0.1%</b>		<b>0.6%</b>	
<b>Sedantes</b>	<b>0.6%</b>		<b>2.1%</b>		<b>1.9%</b>	
<b>Otras Drogas</b>	<b>2.2%</b>		<b>0.6%</b>		<b>1.3%</b>	
<b>Ultimo Año</b>	<b>3.9%</b>	<b>41,737</b>	<b>1.6%</b>	<b>20,782</b>	<b>2.6%</b>	<b>62,390</b>
<b>Marihuana</b>	<b>2.7%</b>		<b>1.1%</b>		<b>1.8%</b>	
<b>Cocaína</b>	<b>1.3%</b>		<b>0.2%</b>		<b>0.7%</b>	
<b>Heroína</b>	<b>0.6%</b>		<b>0.0%</b>		<b>0.3%</b>	
<b>Sedantes</b>	<b>0.0%</b>		<b>0.5%</b>		<b>0.5%</b>	
<b>Otras Drogas</b>	<b>0.5%</b>		<b>0.0%</b>		<b>0.2%</b>	

El cuadro anterior nos indica que en la población circunscrita en el intervalo de edades entre 15 y 64 años, el 84,7% de hombres y el 71.2% de mujeres ha usado alcohol alguna vez en su vida y el 14.8% de hombres y el 7.4% de mujeres ha usado una droga ilícita alguna vez en su vida y el 3.9% de los hombres y el 1.6% de las mujeres lo hizo en el último año.

<b>Abuso y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas alguna vez y en el último año en la población de 15 a 64 años de edad. Resultados de Estudio de Viviendas, 1998</b>						
	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>		<b>Ambos Sexos</b>	
	<b>Por ciento</b>	<b>Cantidad<sup>19</sup></b>	<b>Por ciento</b>	<b>Cantidad<sup>20</sup></b>	<b>Por ciento</b>	<b>Cantidad<sup>21</sup></b>
<b>Cualquier Sustancia</b>						
<b>Alguna Vez</b>	<b>22.7%</b>	<b>242,205</b>	<b>8.3%</b>	<b>110,703</b>	<b>14.7%</b>	<b>352,984</b>
<b>Ultimo año</b>	<b>7.4%</b>	<b>78,885</b>	<b>2.9%</b>	<b>38,500</b>	<b>4.9%</b>	<b>97,117</b>
<b>Alcohol</b>						
<b>Alguna vez</b>	<b>21.0%</b>	<b>223,845</b>	<b>6.9%</b>	<b>91,663</b>	<b>13.2%</b>	<b>315,550</b>
<b>Ultimo año</b>	<b>6.1%</b>	<b>65,648</b>	<b>2.4%</b>	<b>19,695</b>	<b>4.1%</b>	<b>97,184</b>
<b>Drogas Ilícitas</b>						
<b>Alguna vez</b>	<b>6.5%</b>	<b>69,598</b>	<b>2.5%</b>	<b>17,633</b>	<b>4.3%</b>	<b>102,704</b>
<b>Ultimo año</b>	<b>2.0%</b>	<b>21,029</b>	<b>.07%</b>	<b>9,059</b>	<b>1.3%</b>	<b>30,235</b>

<sup>16</sup> Muestra entrevistada representa aproximadamente a 1,067,579 *hombres* entre 15 a 64 años de edad.

<sup>17</sup> Muestra entrevistada representa aproximadamente a 1,331,229 *mujeres* entre 15 a 64 años de edad.

<sup>18</sup> Muestra entrevistada representa aproximadamente a 2,398,995 *personas* entre 15 a 64 años de edad.

<sup>19</sup> Muestra entrevistada representa aproximadamente a 1,066,982 *hombres* entre 15 a 64 años de edad.

<sup>20</sup> Muestra entrevistada representa aproximadamente a 1,333,771 *mujeres* entre 15 a 64 años de edad.

<sup>21</sup> Muestra entrevistada representa aproximadamente a 2,400,753 *personas* entre 15 a 64 años de edad.

El cuadro anterior nos indica que en la población entre las edades de 15 a 64 años, el 22.7% de hombres y el 8.3% de mujeres ha reunido criterios para abuso o dependencia de cualquier sustancia alguna vez en su vida y el 7.4% de hombres y el 2.9% de mujeres ha reunido criterios de abuso y dependencia en el último año.

Estos datos nos indican también que la prevalencia de abuso y dependencia de alcohol es significativamente mayor que la prevalencia de drogas ilegales donde sólo se reporta un 4.3% alguna vez en la vida y 1.3% el último año.

Es conocido que el abuso y dependencia de drogas es típico de poblaciones de jóvenes adultos, especialmente varones. El Dr. Colón en su Estudio de Vivienda (1987) parece confirmar este hecho, ya que solamente el 6% de la población de drogodependientes eran mayores de 40 años.

Las conclusiones del Estudio de Vivienda del 1998 levantan algunas preocupaciones o interrogantes, que necesitan ser consideradas. Estas son:

Si se establece que un mínimo de las personas necesitadas de los servicios lo han recibido y los que sí lo han recibido se contabilizan por el solo hecho de haber asistido a un profesional de la salud o a un programa, sin determinar si era el nivel de cuidado adecuado para la necesidad de cada caso, es lógico pensar que son pocas las personas que lograron controlar su enfermedad. Apoya este argumento la escasez de programas de tratamiento adecuados y la típica característica de la negación, presente en muchos pacientes con trastornos relacionados a sustancias, respecto a su condición adictiva.

Por otro lado es importante recalcar que el Estudio de Vivienda excluyó de su muestra a la población confinada en instituciones penales y a los deambulantes, poblaciones que se sabe están en su mayoría afectadas por problemas de abuso o dependencias a alcohol y otras drogas ilícitas. Las estadísticas del Departamento de Corrección por ejemplo arrojan que tanto como un 96.15% del total de confinados del sexo femenino y el 71.76% de la población de jóvenes adultos confinados son consumidores de sustancias controladas.

Específicamente, el perfil de la población confinada del sexo femenino en cuanto al consumo de drogas controladas por tipo de trastorno, es la siguiente: Un 35.34% tiene un trastorno de uso de sustancias, mientras que el 46.66% presenta un trastorno de dependencia a sustancias. Para el alcohol las estadísticas reflejan que el 79.82% lo consumen. En cuanto a la población confinada de jóvenes adultos, tanto como un 71.76% de éstos son consumidores de

drogas, de los cuales un 34.70% son usuarios y un 61.23% presentan criterios diagnósticos de dependencia a sustancias. En esta población los usuarios de bebidas alcohólicas son poco menos del 100% de la población, reportándose que el 99.20% son usuarios de bebidas alcohólicas.<sup>22</sup>

El segundo estudio de la serie de investigaciones del Centro de Estudios de Adicción pretende establecer la prevalencia y necesidades de tratamiento por municipios, basado en el estudio de indicadores de problema y el desarrollo de estimados sintéticos realizados a nivel de municipios. Este estudio reporta estimados de uso de alcohol y otras drogas, abuso y dependencia de drogas y necesidades de tratamiento para trastornos por alcohol y otras drogas.

Los indicadores del problema de drogas que se tuvieron en cuenta y se utilizaron, fueron los siguientes:

- Informe de uso de marihuana en personas admitidas a sistemas públicos de tratamiento de drogas.
- Informe de uso de cocaína en personas admitidas a sistemas públicos de tratamiento de drogas.
- Informe de uso de crack en personas admitidas a sistemas públicos de tratamiento de drogas.
- Informe de uso de heroína en personas admitidas a sistemas públicos de tratamiento de drogas.
- Muertes por sobredosis.
- Casos de SIDA diagnosticados entre inyectores intravenosos de drogas.
- Casos de Hepatitis diagnosticados entre usuarios de drogas.
- Arrestos relacionados al uso de drogas.

Los indicadores de problemas de alcohol que se tuvieron en cuenta y se utilizaron fueron:

- Admisión a sistemas públicos de tratamiento de alcohol.
- Muertes por cirrosis hepáticas.
- Accidentes fatales en las carreteras relacionados al uso de sustancias.

Los hallazgos fundamentales de este estudio sugieren que la distribución geográfica de indicadores de

<sup>22</sup> Departamento de Corrección y Rehabilitación, Datos Estadísticos de la Población Carcelaria, del 29 de noviembre de 2001.

problemas de drogas no son homogéneos a lo largo y ancho de Puerto Rico, ya que se observó una considerable variación geográfica. Si embargo, el problema de alcohol en Puerto Rico sí parece ser geográficamente homogéneo.

En relación al problema de drogas, el patrón geográfico establece un epicentro que se extiende de las áreas metropolitanas de Ponce en la costa sur, a San Juan en la costa norte. A partir de estos dos polos la intensidad del problema de drogas se irradia hacia Caguas y de Caguas hacia Humacao en la costa sureste. Desde el área metro de San Juan corre otro vector a lo largo de la costa norte hacia Arecibo y Mayaguez y se reduce en los pueblos pequeños costeros y del interior.

Los estimados de necesidades de tratamiento para adolescentes y adultos con problemas de alcohol varían de 7.1% de Cataño a 3.4% de Hormigueros.

Los estimados de necesidades de tratamiento para adolescentes y adultos con problemas de drogas fue de 2.0% en Cataño y Ponce y de 1.0% de Cabo Rojo y Hormigueros.

Se encontró que los indicadores, admisiones a tratamiento de drogas y casos de SIDA entre inyectores intravenosos de drogas, presentaron una alta correlación para los estimados sintéticos de uso de drogas y de necesidades de tratamiento para cada municipio.

No obstante, hay que señalar que el indicador admisiones a tratamiento se refirió sólo a admisiones a programas del gobierno, que no han sido suficientes, ni adecuados, ni proporcionalmente repartidos por la geografía del país. Quedan fuera indicadores relacionados a las personas que utilizaron servicios privados de tratamiento y de otras clases sociales que suelen tener planes médicos privados, así como la gran cantidad de personas que reuniendo criterios de abuso y dependencia de drogas no solicitan tratamiento.

También es conveniente señalar que como parte de la política pública de privatización de los servicios de salud y salud mental de la pasada administración y de la implantación de la Reforma de Salud, muchos centros del gobierno (ASSMCA) dejaron de operar y en teoría estos pacientes debían ser absorbidos por las empresas que manejan los servicios de cuidado dirigido del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Por tanto, al presente, no conocemos a ciencia cierta el número de pacientes admitidos a tratamiento por el plan de la reforma, dado que las estadísticas

que recopilaba ASES eran datos de utilización de servicios.

Los estimados sintéticos hacen referencia a técnicas de cálculo en el que utilizan datos derivados de un estudio realizado en áreas grandes (estudio de viviendas, mencionado anteriormente) y se utiliza para estimar eventos en áreas más pequeñas. Por lo tanto los estimados no son directos y su precisión es desconocida porque la desviación estándar o los intervalos de confianza no pudieron computarse.

Los datos suministrados por el estudio se extienden desde 1990 a 1995.

Cuando analizamos la tasa de admisiones a programas de tratamiento del gobierno por municipios, nos llama la atención lo siguiente :

El promedio anual de usuarios por tipo de droga admitidos a programas de tratamiento gubernamentales por cada 100,000 habitantes, fueron los siguientes:

**San Juan**

<b>Marihuana</b>	<b>405.49</b>	<b>Segundo lugar en la tasa de casos por municipios</b>
<b>Heroína</b>	<b>301.28</b>	<b>Tercer lugar en la tasa de casos por municipios</b>

**Cataño**

<b>Marihuana</b>	<b>443.33</b>	<b>Primer lugar en la tasa de casos por municipios</b>
<b>Heroína</b>	<b>350.32</b>	<b>Segundo lugar en la tasa de casos por municipios</b>

**Mayaguez**

<b>Marihuana</b>	<b>366.47</b>	<b>Tercer lugar en la tasa de casos por municipios</b>
<b>Heroína</b>	<b>247.42</b>	<b>Quinto lugar en la tasa de casos por municipios</b>

**Villalba**

<b>Marihuana</b>	<b>93.38</b>	<b>Penúltimo lugar en la tasa de casos por municipios</b>
<b>Heroína</b>	<b>53.77</b>	<b>Lugar 66 en la tasa de casos por municipios</b>

**Moca**

<b>Marihuana</b>	<b>90.10</b>	<b>Ultimo lugar en la tasa de casos pormunicipios</b>
<b>Heroína</b>	<b>49.10</b>	<b>Lugar 72 en la tasa de casos por municipios</b>

Estos datos nos indican que en todos los municipios, tanto los que presentan alta prevalencia, como los que presentan mínima prevalencia, se reportan más admisiones a tratamiento en municipios en donde se admite uso de marihuana, que uso de heroína.

Es interesante notar que los promedios anuales de admisiones son mayores para una droga con menor potencial adictivo como la marihuana que para otra con mucho potencial adictivo como la heroína.

Se pudiera hipotetizar que existen más usuarios de marihuana que de heroína, no obstante entendemos que este criterio no es un indicador confiable para determinar necesidades de tratamiento, ya que sabemos que un alto porcentaje de los admitidos a programas de tratamiento del gobierno lo hacen por presión legal y no necesariamente todo usuario de marihuana reúne criterios de abuso o dependencia, ni necesariamente requiere tratamiento.

No obstante es importante señalar los municipios con mayor número de admisiones a tratamiento por uso de heroína por cada 100,000 habitantes son :

- 1) Ponce, 2) Cataño, 3) San Juan, 4) Guánica, 5) Mayaguez

Es importante tener en cuenta que los únicos datos científicos disponibles para estimar la prevalencia de abuso o dependencia de drogas por municipios son de los años 1990 a 1995 y que al 31 de marzo de 1996, la Policía y la Guardia Nacional habían ocupado 74 residenciales públicos, (Nevares 2001). Esto provocó que los puntos de drogas se mudaran a otros sitios y entre éstos a pueblos de la isla. La disponibilidad de puntos de drogas en la isla, ha aumentado la accesibilidad de drogas y la disponibilidad de jóvenes y adultos trabajadores de los puntos de drogas con mayor probabilidad de uso y de eventual abuso o dependencia. Por lo tanto, creemos que este factor, ha podido modificar la prevalencia de abuso y dependencia de drogas por áreas geográficas y municipios, por lo que es importante re-evaluar las tendencias temporales y geográficas relacionadas al consumo de drogas.

Se menciona en el estudio que la tasa de SIDA por inyectores intravenosos de drogas es el otro indicador que presentó una alta correlación para los estimados sintéticos de uso de drogas y de necesidades de tratamiento para cada municipio.

Los municipios con mayor tasa de SIDA por cada 100,000 habitantes son:

- 1) Arroyo, 2) Cataño, 3) Ponce, 4) San Juan, 5) Guayama.

En términos generales y en referencia a patrones de consumo durante la década de los 80 se produjo (Colón H.M,...):

1. Un incremento en el uso de cocaína nasal y de speedball (combinación de heroína y cocaína intravenosa) y
2. La epidemia del VIH se propagó principalmente a través de inyectores de drogas y de sus parejas sexuales.

En la década de los años 90 se observó:

1. Un aumento consistente en la prevalencia de experimentación de tabaco, alcohol y otras drogas por los adolescentes.
2. Inicio y difusión del uso del crack.
3. Aumento en el uso de heroína por vía nasal.
4. Inicio en el uso de drogas de diseño.

Conocemos que la prevalencia y los patrones de uso de drogas por parte de los estudiantes y jóvenes es algo dinámico que va cambiando continuamente y por lo tanto debe ser monitoreado periódicamente, ya que:

- Se producen cambios continuos en tipos de drogas, poblaciones afectadas y consecuencias del uso/abuso.
- Existen actividades estigmatizadas socialmente y criminalizadas legalmente.
- Ha habido inadecuación de los acercamientos tradicionales de vigilancia epidemiológica.
- Hay necesidad de combinar datos de múltiples fuentes, para convertirlos en indicadores de patrones de consumo de sustancias.

Al presente es necesario determinar la prevalencia y patrones de uso de las drogas de diseño, especialmente el éxtasis. La última encuesta de Consulta Juvenil V, en proceso, podrá ofrecernos un cuadro del consumo de estas drogas de diseño en la población escolar próximamente.

A base a los datos que conocemos y que hemos ilustrado, es conveniente resaltar los siguientes aspectos:

Se requiere mayor labor de investigación epidemiológica que nos ofrezca:

1. Datos más precisos acerca de la prevalencia de uso de tabaco, alcohol, drogas de prescripción y drogas ilegales y de los cambios de los patrones de uso atendiendo a variables de edad, género, distribución geográfica y estatus socioeconómico, en todos los sectores poblacionales.
2. Datos más precisos acerca de la prevalencia de categorías de uso patológico (abuso y dependencia) y de los cambios de los patrones de uso atendiendo a variables de edad, género, distribución geográfica y estatus socioeconómico.
3. Datos más precisos acerca de las necesidades de tratamiento por áreas geográficas y por modalidades de tratamiento.
4. Se deben realizar estudios de prevalencia de uso de sustancia en menores que incluyan la población no escolar porque entendemos que el grupo de desertores tiene mayor probabilidad de iniciarse o mantenerse en uso de drogas. Por lo tanto, también se deben hacer esfuerzos importantes para prevenir la deserción escolar, para reintegrar al desertor en el ambiente escolar más apropiado a sus necesidades.
5. Se debe crear un sistema de vigilancia estadística epidemiológica con el peritaje y la infraestructura necesaria, que se encargue de obtener y recopilar de forma ágil y periódica las estadísticas, indicadores de los patrones de consumo o temporales y geográficas. Estos datos deben de ser compartidos y difundidos de forma rápida y amplia, a todos los sectores y entidades que generan esfuerzos anti-drogas, de forma tal que las estrategias de intervención estén científicamente fundamentadas.

En términos de estrategias de intervención, los resultados apuntan hacia la necesidad de:

1. Se requiere mayor atención, esfuerzos y recursos en campañas de prevención contra el uso de drogas legales como el cigarrillo y el alcohol, no sólo por la morbilidad o potencial de daño, si no porque su uso en menores de edad escolar aumenta la probabilidad de involucramiento en drogas ilegales.

2. Se debe poner mayores esfuerzos de prevención de la población de niños al final de la escuela elemental e inicio de la escuela intermedia, porque a partir de esta edad se duplican las prevalencias de uso.
3. Se debe poner énfasis en crear estrategias de prevención indicada a nivel de la escuela intermedia y superior que permitan detectar y referir a servicios tempranamente a los jóvenes que han desarrollado un cuadro de abuso o dependencia de sustancias para evitar que haya un proceso de deterioro y cronicidad.
4. Se debe estimular la creación y mejoramiento de escenarios de tratamiento para menores que se adapten las características y necesidades especiales de esta población.

## Disponibilidad de las Drogas

La disponibilidad, accesibilidad y el precio de las drogas son factores que contribuyen a propiciar o sostener el uso y abuso de drogas. El sentido común nos sugiere que el individuo que tiene dependencia al uso de drogas es insensitivo al precio, de hecho, Caukins and Reuter (1996) han encontrado en su revisión de varios escritos que el usuario de heroína y cocaína es sensitivo a variaciones en el precio de las sustancias. Por lo tanto, intervenciones que inflen el precio de las sustancias deben producir reducciones en el consumo.

Los esfuerzos del orden público son los que más pueden lograr reducir la disponibilidad de las drogas controladas y por consiguiente aumentar el precio de las mismas en el mercado ilegal. En adición de aumentar el precio monetario, los esfuerzos de control de oferta también pueden aumentar la dificultad que confrontan los consumidores en busca de las drogas para acceder las mismas.

Existen varios factores que hacen que la isla sea vista por los narcotraficantes como una de vital importancia para sus negocios ilícitos. Una de ellas es su posición estratégica en el Caribe. Puerto Rico es considerado un puente entre Sur América, los Estados Unidos y Europa, y se ha constituido como un punto vital de trasbordo marítimo desde Sur América hacia los Estados Unidos.

Otro factor clave que propicia el mercado ilícito de drogas en la isla es el libre acceso de personas con domicilio en Puerto Rico a los Estados Unidos y el lenguaje común con los países de América Latina. Puerto Rico tiene una amplia región costera y en la mayor parte de ella no existen controles de inspección de parte de las autoridades. El servicio aduanero es similar al de los Estados Unidos y una vez entra a territorio puertorriqueño, la carga circula libremente. La proximidad a los países exportadores como Perú, Colombia, Méjico, y Bolivia; así como otros países-puentes, tales como la República Dominicana, San Martín, Guadalupe y otras islas caribeñas facilitan la disponibilidad de la droga. Otro factor de gran importancia a considerar es que la moneda oficial de Puerto Rico es el dólar estadounidense, la cual constituye el objetivo de los narcotraficantes.

Mucha de la droga llega a la isla por avión o barcos-botes que tiran su carga al mar y son recogidos por lanchas rápidas y llevados a casas de contrabando. Además de las lanchas rápidas y armas de grueso calibre y equipo de comunicación de gran amplitud, los narcotraficantes también utilizan equipo de alta tecnología como el Global Positioning System, (GPS por sus siglas en inglés). Este sistema provee información, vía satélite, sobre la localización geográfica. Se estima que las autoridades federales y estatales logran incautar o interceptar sólo una sexta parte de los intentos de acarreo de drogas. Estas condiciones han hecho que la isla se haya convertido en uno de los lugares de escala o destino que más frecuentan los narcotraficantes.

Contribuye también a esta situación que Puerto Rico está muy cerca de la República Dominicana, un país que ha surgido como punto clave para el tráfico de drogas. Aviones que aparentan aterrizar en la isla continúan hacia Puerto Rico a alturas no detectables por los radares. Puerto Rico se encuentra además muy cerca del Pasaje de Anegada, que constituye una vía de entrada de lanchas rápidas.

La alta incidencia de los crímenes violentos en la isla es en parte por las guerras territoriales de traficantes dominicanos que interactúan con los carteles de drogas colombianos. Otros puntos de mucha actividad son las islas de Vieques y Culebra por su proximidad a las Islas Vírgenes. La zona este del Caribe es y ha sido por varios años la segunda zona crítica de tránsito de cocaína, específicamente en el cuadrante noreste del Caribe. Los intentos de

contrabando aéreo son más frecuentes en este cuadrante que en ninguna otra región<sup>23</sup>.

Para finales del 2001 existían aproximadamente 1,200 “puntos” de ventas de drogas de mayor y menor cuantía en Puerto Rico. Los puntos de drogas producen entre \$5,000 y \$15,000 en ventas diarias y emplean alrededor de 15,000 personas<sup>24</sup>. La Policía de Puerto Rico en su esfuerzo por combatir este problema allana y desarticula puntos de drogas y distribuidores todos los días. La demanda y disponibilidad de la droga, no obstante, hace que estos puntos resurjan o muden operaciones. De acuerdo al Negociado de Drogas y Vicios de la Policía de Puerto Rico las áreas más intensas de tráfico de drogas y armas en la isla son: la Zona Metropolitana de San Juan, la región de Caguas (Gurabo, San Lorenzo, Juncos y Cidra) y la región de Ponce. A raíz de los operativos antidrogas que han venido ocurriendo en las zonas metropolitanas del país los distribuidores han optado por mover sus operaciones y su mercado a los municipios de la isla donde el desempleo y otros factores como la falta de actividades sociales y deportivas prevalecen.

El alcohol y el tabaco, aunque drogas legales son tóxicas para la salud y su disponibilidad y acceso, sobre todo para la población de menores constituyen un factor de riesgo para su consumo. Al reducir el consumo de estas sustancias es importante desde el punto de vista salubrista y para ello es igualmente importante reducir el acceso a las mismas por parte de los niños y jóvenes del país.

A continuación se discute en detalle la disponibilidad en Puerto Rico de las siguientes drogas: (1) Tabaco; (2) Alcohol; (3) Marihuana; (4) Cocaína y “Crack”; (5) Heroína; (6) MDMA o Éxtasis; y (7) Narcóticos Controlado

## Productos del Tabaco y Bebidas / Alcohólicas

### Tabaco

La ley prohíbe el vender, despachar y/o enviar a comprar cigarrillos o cualquier preparación de tabaco a alguien menor de 18 años de edad (ver tabla). Sin embargo diariamente las autoridades gubernamentales identifican negocios, tiendas,

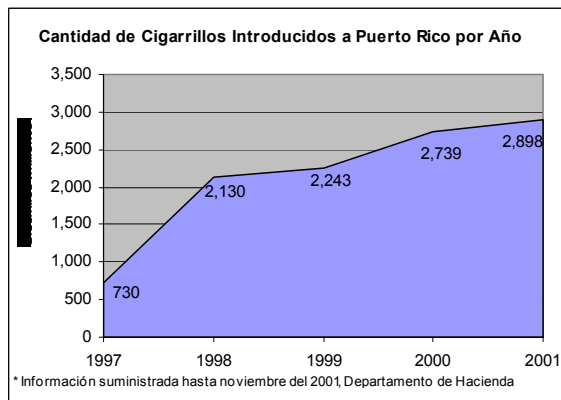
<sup>23</sup> Edward Byrne Memorial State and Local Law enforcement Assistance Formula Grant Program page 33.

<sup>24</sup> Ven impacto económico de los puntos de drogas”, El Nuevo Día, 10 de febrero de 2001, p.56.

cafeterías, clubes y barras en violación a estas leyes. Existen situaciones en que las máquinas de cigarrillos están ubicadas en lugares accesibles a menores.<sup>25</sup>

El uso de tabaco por menores de edad es de gran preocupación para los puertorriqueños ya que este mal va en aumento. Mientras más joven la persona comienza a fumar mayor es el riesgo de contraer una enfermedad relacionada al tabaco. La encuesta estadounidense llevada a cabo en residencias sobre el abuso de drogas, National Household Survey of Drug Abuse (NHSDA por sus siglas en inglés) estima que diariamente 6,000 jóvenes de 18 años y menores prueban su primer cigarrillo y más de 3,000 de estos se convierten en fumadores habituales. También se ha mostrado que existe una correlación entre fumadores menores de edad que luego se convierten en usuarios de marihuana, cocaína y heroína. Tomando estas estadísticas en consideración la prevención para el uso de productos de tabaco debe ser una prioridad para los puertorriqueños, sobre todo por la disponibilidad de la droga. El tabaco es una de las sustancias lícitas de mayor disponibilidad para los menores de edad.

Informes del Departamento de Hacienda nos indican que la disponibilidad de cigarrillos ha aumentado en Puerto Rico. La cantidad de cigarrillos que son introducidos en la Isla ha aumentado consistentemente en los últimos 10 años (ver tabla).



Como se refleja en la grafica anterior, en el 1997 se introdujeron 730,462,011.08 cigarrillos a Puerto Rico, mientras que entre enero y noviembre de 2001 se introdujeron 2,898,902,993.73. El arbitrio impuesto por el Gobierno de Puerto Rico a dichos cigarrillos se mantuvo constante durante el período analizado, a 4.15%.

Estos números no incluyen cigarros puros, los cuales pagan menos arbitrios que los cigarrillos y producen el mismo o más daño.

En mayo de 2002 se aprobó aumentar los arbitrios impuestos por el Gobierno de Puerto Rico, de 4.15% a 6.15%. Aún con este aumento, los arbitrios impuestos por el Gobierno de Puerto Rico a los cigarrillos constituyen un por ciento bajo en comparación con los Estados Unidos, y particularmente en comparación con otros países. A continuación, la siguiente tabla refleja los precios de cigarrillos (en dólares estadounidenses), y el por ciento del precio en impuestos, a nivel mundial, en orden descendiente de por ciento del precio, al 1999:

Esta tabla demuestra la inmensa divergencia entre la tasa de impuestos a cigarrillos en Puerto Rico y otros países, incluyendo a los Estados Unidos. La baja tasa de impuestos a cigarrillos en Puerto Rico, y su consecuente bajo precio para los consumidores de los mismos, hacen más accesible esta sustancia

<sup>25</sup> Para información más específica sobre las leyes que regulan la venta y acceso de productos de tabaco a menores, favor de hacer referencia a la sección “Respuestas Legislativas al Uso de Tabaco y Alcohol”.

<b>País</b>	<b>Impuesto como % del Precio</b>	<b>Impuesto</b>	<b>Precio</b>
Reino Unido	86%	5.64	6.56
Dinamarca	82%	4.47	5.47
Finlandia	76%	3.82	5.02
Francia	76%	3.03	4.01
Canadá <sup>26</sup>	75%	3.35	4.48
Bélgica	75%	2.65	3.55
Italia	75%	1.94	2.60
Austria	74%	2.33	3.15
Grecia	73%	1.75	2.41
España	73%	1.19	1.63
Holanda	72%	2.37	3.29
Alemania	71%	2.58	3.65
Suecia	70%	3.70	5.27
Irlanda	60%	3.26	5.44
Canada <sup>27</sup>	55%	1.41	2.55
Estados Unidos <sup>26</sup>	41%	1.92	4.65
Estados Unidos <sup>27</sup>	11%	0.34	3.04

Fuente: Centers for Disease Control, State Tobacco Activities Tracking & Evaluation System.

---

<sup>26</sup> Tasa más alta – New Foundland

<sup>27</sup> Tasa más baja - Ontario

## Alcohol

El alcohol es ciertamente la droga de predilección en la juventud puertorriqueña y norteamericana. Aun con leyes que prohíben el expendio a menores de 21 años y que establecen la edad mínima de 21 años para poder consumir alcohol, el consumo sigue subiendo. En una encuesta realizada en 1997 por el NHSDA, se descubre que en los EEUU más del 50 por ciento de jóvenes adultos entre las edades de 18 a 20 años están consumiendo alcohol y 25 por ciento de éstos consumen cinco o más tragos en una misma ocasión en un mes. De este 25 por ciento la mitad ya pueden considerarse bebedores asiduos. El uso de alcohol socialmente, es consumido de varios tragos a la vez, así como los bebedores asiduos han aumentado dramáticamente entre los adolescentes; o sea, de 6.7 por ciento entre las edades 12 y 13 años a 21.1 por ciento entre los 14 y 15 años y 33.4 por ciento entre 16 a 17 años de edad<sup>28</sup>.

El alcohol es consumido por una gran cantidad de jóvenes y menores de edad en Puerto Rico. La disponibilidad del alcohol es ostensible en cualquier lugar de la isla. Con contadas excepciones, existen códigos de orden público u ordenanzas municipales prohibiendo el consumo de alcohol en las calles de algunos municipios de la isla.<sup>29</sup> Los productores de alcohol mercadean y promueven sus productos en casi todos los eventos deportivos, sociales y a veces culturales en Puerto Rico.

Existe evidencia convincente de que mientras más joven la persona comienza a consumir bebidas alcohólicas, mayor es la probabilidad de que desarrolle problemas de abuso a sustancias en el futuro. Los costos de alcoholismo no sólo afectan al adicto y a su familia, sino a toda la comunidad, si tomamos en consideración los accidentes automovilísticos, intentos suicidas, deserción escolar, violencia doméstica, crímenes violentos, muertes provocadas directa ó indirectamente por el alcoholismo y otras condiciones que surgen con este problema. El 42 por ciento de los accidentes fatales en las carreteras están relacionados al alcohol. Obsérvese el hecho de que el cigarrillo y el alcohol son las drogas más comunes entre los adolescentes por su disponibilidad.

Las siguientes tablas reflejan el total de galones de bebidas alcohólicas (dividida en tres categorías: espíritus destilados, cerveza y vinos) producidos e

importados a Puerto Rico durante los últimos cinco (5) años, desde el 1996-1997 hasta el 2000-2001.

<b>Espíritus Destilados en Puerto Rico (en galones)</b>			
Período	Producción	Importaciones	Total
2000-2001	1,985,003.52	1,660,752.18	3,645,755.70
1999-2000	1,878,273.82	1,692,071.02	3,570,344.84
1998-1999	1,941,771.80	1,593,233.95	3,535,005.75
1997-1998	1,915,579.75	1,666,542.38	3,582,122.13
1996-1997	2,022,012.31	1,623,957.19	3,645,969.50

<b>Cervezas en Puerto Rico (en galones)</b>			
Período	Producción	Importaciones	Total
2000-2001	5,305,252.74	60,323,120.96	65,628,373.70
1999-2000	4,956,059.06	62,101,175.43	67,057,234.49
1998-1999	5,699,793.15	65,791,702.37	71,491,495.52
1997-1998	5,786,886.52	59,710,270.97	65,497,157.49
1996-1997	6,972,697.83	59,254,601.77	66,227,299.60

<b>Vinos en Puerto Rico (en galones)</b>			
Período	Producción	Importaciones	Total
2000-2001	1,453,401.42	1,339,400.75	2,792,802.17
1999-2000	1,361,072.47	1,320,430.55	2,681,503.02
1998-1999	1,330,731.41	1,575,233.47	2,905,964.88
1997-1998	1,316,471.81	1,156,103.76	2,472,575.57
1996-1997	1,131,330.73	976,020.34	2,107,351.07

Fuente: Negociado de Bebidas Alcohólicas y Licencias del Departamento de Hacienda del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Estos datos indican que en el 1990-91 y 2000-01 la producción e importación de galones de espíritus destilados (licores), cervezas y vinos, alcanzó la cantidad de 62,474,237, o sea, 62.5 millones de galones y 72,066,928, o sea 72 millones de galones, respectivamente. Por lo tanto, las cifras indican que entre importación y producción ha habido un aumento de 9.5 millones de galones entre 1990-1991 y el 2000-2001. Esto sugeriría un patrón de consumo de alcohol en Puerto Rico en aumento progresivo. (Los datos se contabilizan hasta el 30 de junio de 2001).

Respecto a galones consumidos de los diferentes tipos de bebidas alcohólicas, cuando comparamos los datos de 1990-91 con los de 2000-01, utilizando las cifras de los galones producidos e importados, la tendencia observada es que ha disminuido la cantidad

<sup>28</sup> Florida Drug Control Strategy 1999, p.4-13.

<sup>29</sup> Los Códigos de Orden Público de San Juan, Río Piedras y Lajas han promulgado Ordenanzas Municipales de "Ley Seca"

de galones de espíritus destilados y ha aumentado la cantidad de galones de cervezas y vinos. Esto tiende a sugerir que ha disminuido el consumo de licores y ha aumentado el de cervezas y vinos.

Aproximadamente \$239 millones fueron pagados en impuestos en vinos, cervezas y espíritus destilados durante el período de 2000-2001 en Puerto Rico. En cervezas se recaudaron aproximadamente \$179 millones, \$12.9 millones en vinos y \$45 millones por espíritus destilados importados y producidos en el país. En galones consumidos tenemos: cerveza 65,628,372; vinos 2,792,802.10 y en espíritus destilados 3,645,755.70<sup>30</sup>.

Al igual que los cigarrillos, en mayo de 2002 se aumentaron los impuestos a las bebidas alcohólicas en Puerto Rico. A continuación, se detalla el aumento en los arbitrios impuestos a las distintas bebidas alcohólicas:

- Para los productos derivados de la caña de azúcar: \$15.12 sobre cada galón medida, menor de 100<sup>o</sup> prueba.

- Para los productos que no son derivados de la caña de azúcar: \$31.29 sobre cada galón medida, menor de 100<sup>o</sup> prueba.

- Para las cervezas: de \$4.05 hasta \$4.12 por galón, menor de 1 ½<sup>o</sup> prueba por volumen, dependiendo del envase.

- Para los vinos: de 62 centavos a \$13.75 dependiendo de donde son derivados y como son producidos.

Aunque el lucro legítimo resultante de estos negocios, contribuye sin duda, a aumentar y en el mejor de los casos, a sostener el consumo de alcohol en Puerto Rico, el aumento en los precios de las bebidas alcohólicas; pudiese tener el efecto de reducir la cantidad de consumo en estas sustancias.

## Marihuana

Méjico y los Estados Unidos son los países que más marihuana producen en el mundo<sup>31</sup>. Los Estados de California y Florida son los mayores productores de marihuana en los EEUU.

<sup>30</sup> Departamento de Hacienda, Negociado de Arbitrios Generales, informe desde enero 97 hasta nov 01

<sup>31</sup> Florida Drug Control Strategy, 1999, pp.2-15.

La marihuana o Cannabis sativa es la droga ilícita de mayor disponibilidad en Puerto Rico. Esta es la única droga ilegal que actualmente se produce en la Isla. La misma se cultiva en pequeños lotes en la región de la cordillera central al igual que en el área de Río Grande en el noreste<sup>32</sup>. Dada la pobre calidad de la cosecha que se produce localmente es más común encontrar marihuana cosechada en Méjico y en el Estado de California. Para el 2001 la marihuana que se compraba en Méjico se revendía en Puerto Rico a ocho veces su precio original. En recientes operativos de parte de la Policía de Puerto Rico se ha observado un incremento en el precio de la calle.

La marihuana usualmente llega a la isla vía “courier” o mensajero y por servicio de correo expreso tales como UPS y Federal Express. Los “couriers” viajan en vuelos comerciales desde California o McAllen, Texas con paradas en ciudades como Atlanta, Chicago, New York, Dallas, Orlando, Indianápolis Philadelphia, Miami y Pittsburgh. Los paquetes de marihuana usualmente pesan entre 17 y 50 libras y es transportada en el equipaje de mano así como en el que se registra como carga. La mayor parte de estos “couriers” son jóvenes puertorriqueños entre las edades de 18 a 30 años y residentes en la isla. El producto monetario de estos “encargos” son llevados personalmente de regreso a California o son enviados por sistema Western Union.

Recientemente se ha logrado confiscar sustanciales cargamentos de marihuana en las oficinas de correo expreso (UPS y Federal Express). Los paquetes conteniendo la marihuana oscilan entre las 20 y 50 libras y casi siempre son enviadas desde California, Estados Unidos. Los esfuerzos de inspección aduanal se concentran en la carga que entra a Puerto Rico desde el exterior. Los paquetes que provienen de California se consideran carga doméstica, por lo tanto, las inspecciones no son tan rigurosas.

## Cocaína y Crack

La cocaína y el crack son drogas que constituyen un problema muy serio en Puerto Rico. Las organizaciones de narcotraficantes con sedes en Méjico y Colombia continúan dominando la distribución al por mayor de la cocaína. Sin embargo organizaciones con sede en la República Dominicana han suroeste de los Estados Unidos y continúan expandiéndose hacia el norte del país. De acuerdo al Departamento de Justicia Federal, Puerto Rico está

<sup>32</sup> HIDTA, (2002). Threat Assessment 2002

considerado uno de los seis centros de trasbordo de cocaína hacia los Estados Unidos. Los otros cinco son, Los Ángeles, Houston, El Paso, Arizona (central) y Miami.

Se estima que entre 450 a 600 toneladas métricas, ó 40 por ciento de la cocaína que entra a los EEUU pasa por la Cuenca del Caribe. Esto equivale a 85-95 por ciento la cocaína destinada al área este de los EEUU. Se entiende además que de esa cantidad que circula, entre 100-150 toneladas métricas ó el 25-30 por ciento de la cocaína que pasa por el Caribe transita por Puerto Rico o las Islas Vírgenes. Un 30 por ciento de ésta (30 – 45 toneladas) se queda en Puerto Rico para consumo local.

El precio de la calle de un kilo de cocaína en San Juan fluctúa entre \$14,000-18,000. Este precio se ha mantenido durante los últimos cinco años. Existen varios factores que mantienen estable el precio de la cocaína. El kilogramo de cocaína puede variar en precio a base de la oferta y demanda al momento, la calidad de la misma (pureza), la cantidad de la compra-venta y la relación entre el comprador y vendedor. Se ha podido notar que durante operativos de interdicción (policiales) en la región del Caribe el precio ha subido por el hecho que los traficantes no quieren arriesgarse a transportar la droga que ya se encuentra en islas vecinas. El precio vuelve entonces a su precio original una vez estos ejercicios terminan. Un octavo de kilogramo y una onza de cocaína se vende por \$1,500-1,700 y \$450, respectivamente, mientras que un gramo se vende por aproximadamente \$80-100. El nivel de pureza de los montos al por mayor de cocaína contrabandeada hacia Puerto Rico se mantiene alto, entre el 80-90 por ciento.

Para trasbordo la cocaína se “corta” con agentes de peso tales como tiza, detergente, polvo de hornear y lactosa para lograr el peso de empaque y venta de dos kilogramos. Antes de llegar a las calles de Puerto Rico se mezcla aún más con otros agentes como talco y al venderse al detal en bolsas conocidas como “decks”, que es el nivel de dosis de aproximadamente 0.3 gramos (peso bruto), es vendida en \$5, \$10 y \$20 ó es convertido en piedra de crack cual es vendida en \$5-10 por piedra. El proceso de convertir cocaína en polvo en crack es simple: en cualquier cocina se procesa el polvo de cocaína con una sustancia alcaloide hasta cristalizar el mismo. Muchos lugares de venta funcionan como ventas por serví-carro, como los negocios de comidas rápidas. Otros puntos de venta de drogas son más cautelosos y el “cliente” tiene que pasar por unos puntos de cotejo (“check points”) antes de completar la compra/venta.

En las áreas de Ponce y San Juan se mantiene el precio de \$5, \$10 y \$20 por “deck”, pero pueden subir hasta a \$80, dependiendo en la cantidad de droga y pureza de la misma.

## Heroína

---

La heroína ha vuelto a tener un auge dentro de la población de usuarios en Puerto Rico. En los municipios del centro de la isla donde existe un alto desempleo se observa que la heroína es una de las drogas de preferencia. La heroína se inyecta intravenosamente aunque un pequeño grupo la inhala, o la combinan con cocaína para lograr una combinación conocida como “speed-ball”. La mayoría de los usuarios crónicos no pueden sostener un empleo regular, por lo que se ven obligados a pedir limosnas, robar, y/o cometer otros delitos graves para sostener su necesidad de uso de drogas. Se tiene información que en pueblos como Fajardo, Vieques, Comerío, Yauco, Aibonito, y otros pueblos centrales la heroína es una droga muy usada. Durante los años **1995** y **1996** el gobierno central comenzó unos operativos de impacto (Mano Dura) que consistían en movilizar efectivos de la policía junto con miembros de la Guardia Nacional para “ocupar” los residenciales públicos. Estos operativos no tuvieron el resultado esperado de erradicar los puntos de venta de drogas. Uno de los resultados de estos operativos fue que los narcotraficantes trasladaron sus actividades delictivas a los pueblos centrales de la isla, ampliándose así el mercado de drogas.

Los narcotraficantes colombianos al percatarse de que el negocio de la heroína proveniente de Asia ofrecía un nuevo mercado, diligentemente comenzaron su propia producción obteniendo como resultado una droga más potente y de acarreo menos costoso. El precio de la heroína no ha cambiado desde que se introdujo la variedad hecha en Colombia. El precio al por mayor del kilogramo fluctúa normalmente entre \$80,000-100,000. En el área metropolitana de San Juan los precios están entre \$10,500-11,500 por un octavo de kilogramo y este precio se ha mantenido durante los pasados dos años. La agencia federal antidrogas DEA por sus siglas en inglés, nos indica que el precio de la heroína en el área metropolitana se mantiene entre \$50-145 por un poco más de un gramo. La pureza al detal se mantiene entre 35-85 por ciento y entre 85-95 por ciento de pureza al por mayor. La DEA conduce estas pruebas de pureza y precio bajo el programa llamado Programa de Monitoreo Doméstico, (Domestic Monitor Program, DMP). La función de

este programa es la de monitorear pureza, precio y orígenes de la heroína que circula en los EEUU e incluye el monitoreo en Puerto Rico. Existe una oficina de monitores en cada una de las 21 Divisiones de Campo de la agencia (DEA) en los EEUU.

En el área sur de la isla, (Ponce) el precio por un “deck” (0.3 gramos) en la calle es de \$6.00 mientras que la onza se vende por \$3,500. El precio por un kilogramo y un octavo de kilogramo se mantiene estable en \$100,000 y \$13,000, respectivamente.

## Drogas de Diseño

La ketamina, el rohypnol, el GHB y el MDMA (éxtasis), se encuentran entre las drogas que utilizan los jóvenes en los clubes nocturnos y en las fiestas “rave” del país. A estas drogas se les conoce como drogas de diseño.

La ketamina, el rohypnol y el GHB son depresivos que afectan el sistema nervioso central. Debido a que estas drogas no tienen sabor, color, ni olor se pueden añadir a una bebida e ingerirse sin percatarse de la presencia de la misma. Para mediados de la década de los noventa, en EEUU se les catalogó como “date rape drugs” (drogas de cita para violar).

De las drogas de diseño la que más auge ha tenido en Puerto Rico es el Methylendioxyamphetamine (MDMA, Éxtasis).

## Methylendioxyamphetamine (MDMA, Éxtasis)

El éxtasis es una droga sintética psicoactiva con propiedades estimuladoras y alucinógenas. Su estructura química es similar a la de la metanfetamina, la methylenedioxyamphetamine (MDA) y la mescalina, las cuales se conoce que causan daño cerebral. Los que consumen éxtasis usualmente la consumen oralmente en forma de pastillas, sin embargo, hay quienes la inhalan, la inyectan o la usan en forma de supositorio<sup>33</sup>.

La MDMA es muy popular entre la juventud y puede ser ingerida, inhalada, inyectada o fumada. La forma preferida es ingerida u oral en forma de tableta/pastilla o cápsula de 50-150mg que el fabricante “adorna” con sellos o emblemas usualmente atractivos para la juventud. Esta droga (éxtasis) también conocida como del amor, por su

efecto de hacer sentir al que la usa menos inhibido hace que la persona busque ese falso estado amoroso. Desde el año 2000 hubo un incremento sustancial del consumo de esta droga en los EEUU y Puerto Rico, sobre todo en la juventud de la clase media y clase alta. Las pastillas de éxtasis se consumen en las discotecas, clubes nocturnos y en actividades conocidas como “Fiestas Rave” en el área de San Juan, aunque estas fiestas se han difundido con éxito en campos de la isla. Inclusive la popularidad de estas fiestas es tal que son constantemente anunciadas en el Internet, en tiendas de música (discos, CDs), en el campus universitario, y en las tiendas de ropa moderna. Últimamente estas fiestas han llegado a eventos deportivos, colegios y escuelas.

La droga MDMA ó éxtasis tiene la particularidad que no se vende como las demás en el punto de drogas. Esto elimina la probabilidad de que la persona sea asaltada. La MDMA se vende en clubes nocturnos, discotecas, barras, “fiestas rave” y escuelas mediante vendedores y compradores de clase media alta, los que usualmente se conocen entre sí. En estos clubes o “fiesta rave” se consume grandes cantidades de agua en botella. Esto evita la deshidratación y controla la hipotermia. En estas actividades también se vende los bobos (chupetes) que son utilizados por los jóvenes para evitar el abrir y cerrar constante la boca que es causado por el uso del éxtasis. La Policía de Puerto Rico ya ha conducido operativos en algunos lugares de consumo local.

Holanda es actualmente el centro mundial de producción de esta droga. La mayor parte de los laboratorios que producen la droga están localizados en la zona sur del país, cerca de la frontera con Bélgica. Se sabe que en Francia, Bélgica, España y Grecia también se produce la MDMA. Los laboratorios que producen la droga en forma de tableta, polvo y cápsula pueden producir hasta 30 kilogramos diariamente, pero autoridades policiales han allanado laboratorios capaces de producir hasta 100 kilogramos por día.

En años recientes sindicatos de crimen organizado israelitas han logrado relacionarse con traficantes de Europa Occidental logrando obtener control sobre una gran parte del mercado de la MDMA europeo. Grupos criminales con conexiones rusas e israelitas están envueltos en el tráfico de la droga MDMA en Europa, Estados Unidos y el Caribe, aunque los israelitas mantienen la ventaja de distribución en los Estados Unidos.

Los traficantes están constantemente tratando de burlar a las autoridades policiales en las ya

<sup>33</sup> InfoFax: Club Drugs. National Institute on Drug Abuse. <http://www.drugabuse.gov/Infobox/clubdrugs.html>

tradicionales rutas entre Europa, Canadá y los Estados Unidos. El año pasado las autoridades Dominicanas vieron un aumento en el contrabando de la MDMA en sus fronteras, igualmente las Antillas Holandesas, Aruba y Suriname. Las autoridades indican que aunque existe un auge en el tráfico de la MDMA en el Caribe el objetivo primario son los Estados Unidos y Canadá.

El tráfico de la MDMA por el Caribe y más específicamente por Puerto Rico ha alcanzado tal auge que los esfuerzos de autoridades federales con la policía estatal, no son suficientes para controlarlo. Si las organizaciones que trafican esta droga comienzan a recibir como pago parte de la droga transportada, como ha ocurrido con la cocaína, la distribución y abuso de la MDMA en el Caribe puede alcanzar niveles sin precedentes.

## Otras Drogas

Puerto Rico es la demarcación que más drogas legales produce en los Estados Unidos. Esto, por ende, propicia su disponibilidad para su uso y abuso. De acuerdo a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) las sustancias controladas Demerol (todas las formas) y Percocet son las más abusadas. Igualmente se usan ilegalmente el Xanax (todas las dosis), Halción (todas las dosis), Ritalin, Valium (todas las dosis), Tylenol con codeína #3, Dilaudid, Ativan, Lorcet, Darvocet, Soma, Vicodin, OxyContin y Testosterona inyectable. Otras productos que también se controlan por receta (prescripción), pero son igualmente abusadas son: Nubain, Fioricet, Stadol, Phremilin, Phremilin Forte, Esgic y Esgic Plus.

En Puerto Rico al igual que en otros países donde la disponibilidad y adquisición de drogas lícitas o sustancias controladas son de fácil acceso, los usuarios de drogas experimentan mezclando una sustancia lícita con drogas ilícitas para lograr un mayor efecto. La adquisición de éstas se obtiene por medio de recetas fraudulentas.

Una droga que se hizo muy popular entre la juventud de los años 60, el LSD o Ácido Lisérgico aún se puede adquirir por los jóvenes. El LSD es un poderoso alucinógeno sintético producido en California desde el 1938. El NHSDA nos informa que en el 1999 en los Estados Unidos 19 millones de individuos entre las edades 12 años o más probaron el LSD. En Puerto Rico no se tiene informes de abuso de esta droga.

Otras drogas alucinantes que están en el mercado lo son el PCP (Fenciclidina, también conocido como

Polvo de Ángel) y el Psilocybin. Los Esteroides Anabólicos y los inhalantes comunes como la gasolina, pega, y solventes también son considerados productos (drogas) peligrosos.

## CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

### (A) Relación de Drogas, Alcohol y Enfermedades Físicas

Innumerables estudios han establecido que el abuso del alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas es el problema de salud más serio en los Estados Unidos y Puerto Rico. Dicho abuso de sustancias constituye una carga para el sistema de salud y para la economía, al igual que contribuye a generar problemas de salud y a aumentar los índices de mortalidad para millones de personas en Estados Unidos y Puerto Rico anualmente. De hecho, al día de hoy, el abuso de sustancias es el causante de más muertes, enfermedades e impedimentos que cualquier otra condición de salud prevenible.

Por lo tanto, no podemos evaluar el problema de abuso de sustancias en Puerto Rico sin indagar y abundar sobre la estrecha relación que existe entre el abuso de sustancias y varias enfermedades serias, tanto físicas como mentales. A continuación, explicamos el vínculo que se ha establecido entre el abuso de sustancias y ciertas enfermedades físicas y mentales, a la misma vez que presentamos el cuadro estadístico sobre dichas enfermedades, tanto en Puerto Rico, como a nivel nacional de los Estados Unidos.

Existe un firme vínculo entre el uso y abuso de tabaco, drogas y alcohol y ciertas enfermedades físicas. En particular, se ha establecido un fuerte vínculo fuerte entre el abuso de drogas y la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (“VIH”), el virus que causa el SIDA; la transmisión de Hepatitis C; y la infección con Tuberculosis (“TB”).

De igual forma, las mujeres que usan tabaco, alcohol y/o drogas mientras están embarazadas ponen en riesgo a sus bebés a un sinnúmero de complicaciones médicas, entre ellas, el aborto natural; el parto prematuro; bebés bajo peso; el Síndrome Fetal de Alcohol (“FAS” por sus siglas en inglés); creación de dependencia física al bebé, particularmente por la

heroína, entre otras que discutiremos más a fondo a continuación.

Tanto el “Centers for Disease Control and Prevention (“CDC”)” de los Estados Unidos como el “National Institute for Drug Abuse (“NIDA”)” han establecido inequívocamente que el abuso de las drogas y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (“SIDA”) son epidemias serias las cuales se encuentran entrelazadas entre sí. El NIDA ha indicado que el uso de drogas es el factor de riesgo mayor que se ha identificado en casos nuevos de SIDA, Hepatitis C y TB en los Estados Unidos, y que un número creciente de estos casos se están encontrando en parejas de usuarios de drogas inyectables (“IDU” por sus siglas en inglés). Por lo tanto, los esfuerzos gubernamentales para prevención del VIH/SIDA, así como de Hepatitis C y TB, tienen que estar íntimamente ligados con los esfuerzos de prevención de uso y abuso de drogas, y es en este contexto que analizamos la información y estadísticas disponibles sobre estas enfermedades.

## VIH/SIDA

El CDC ha indicado varias formas mediante las cuales el uso y abuso de drogas contribuye a aumentar la incidencia de VIH/SIDA:

- El intercambio de jeringuillas y otra parafernalia de inyección de drogas;
- El tener relaciones sexuales con un usuario de drogas intravenosas;
- Niños que nacen de madres que contrajeron VIH mediante el intercambio de jeringuillas o relaciones sexuales con un usuario de drogas intravenosas;
- El uso de drogas no inyectables, tales como el “crack”, cuando los usuarios intercambian sexo por dinero o drogas, porque incurren en conducta riesgosa en la cual no incurrirían si estuvieran en abstinencia;
- El uso de drogas puede suprimir el sistema inmunológico de los usuarios infectados con VIH, haciéndolos más vulnerables a desarrollar SIDA y las complicaciones médicas y condiciones asociadas a la inmuno-supresión que acompañan al SIDA.

En Puerto Rico, hasta el 31 de agosto de 2001, se habían diagnosticado 26,347 casos de SIDA. El

acopio de estadísticas sobre personas en Puerto Rico diagnosticadas como seropositivas (VIH+) está en proceso de establecerse; sin embargo, al día de hoy sólo existen estadísticas relativas a infección con VIH para los confinados en el sistema correccional de Puerto Rico, cuyo perfil de incidencia de VIH/SIDA se informará más adelante.

La distribución porcentual de casos de SIDA por género en Puerto Rico, para los años 1996-2001, evidencia que una gran mayoría de los diagnosticados con SIDA en la Isla son hombres – 73% versus 27% de mujeres. No obstante, a pesar de que la gran mayoría de los casos de SIDA en Puerto Rico son de hombres, la distribución porcentual de casos de SIDA **en heterosexuales** por género, durante los mismos años, refleja que 55% de éstos son mujeres, versus 45% que son hombres.

Al evaluar la distribución porcentual de casos de SIDA por modo de exposición para los años 1996-2001, vemos que el 45.5% de los casos de SIDA se atribuyen al uso de drogas inyectables, sumado al 5.4% de los casos que se atribuyen tanto al uso de drogas inyectables como al sexo no protegido hombre/hombre conjuntamente. El 32.3% de los casos se atribuyen a contacto heterosexual.

El modo de exposición al SIDA varía significativamente por género – con 50.42% de los hombres atribuyendo el modo de exposición al uso de drogas inyectables, versus 31.91% de las mujeres. En cuanto al modo de exposición mediante contacto heterosexual, se le atribuye éste a los casos en 67.26% de los casos de las mujeres y sólo 19.60% de los hombres.

En las mujeres diagnosticadas con SIDA, el 34.17% de los casos se atribuye a sexo con un usuario de drogas inyectables, mientras que 63.16% de éstos se atribuye a sexo con una persona positiva al VIH. De este 63.16% de los casos en mujeres que se atribuye a sexo con una persona positiva al VIH, no sabemos con certeza cuántos de estos casos se deben a sexo en intercambio por drogas o dinero para comprar drogas, o a sexo riesgoso influenciado por el uso de drogas.

La distribución porcentual de casos de SIDA en adolescentes (entre 13 y 19 años) por medio de exposición refleja que el 40% de los casos se atribuyen al uso de drogas inyectables, mientras que un 7% adicional se atribuyen tanto al uso de drogas inyectables como a sexo hombre/hombre conjuntamente.

En un estudio hecho por el CDC, evaluando la prevalencia de VIH entre usuarios de drogas inyectables admitidos a 22 centros de tratamiento de drogas en varias áreas metropolitanas en Estados Unidos entre el 1993 al 1997, lo cual incluyó un centro de tratamiento de drogas en San Juan, de las 4,156 muestras de sangre de hombres analizadas, 1,018, un 24%, dieron positivas para VIH, mientras que de las 619 muestras de sangre de mujer analizadas, 193, un 31%, dieron positivas para VIH. Comparativamente en la muestra total a través de Estados Unidos, sólo el 19% de las pruebas de los hombres y 17% de las pruebas de las mujeres, dieron positivas para VIH.

La tasa de incidencia de SIDA en San Juan, Puerto Rico, al compararla con áreas metropolitanas de 500,000 habitantes o más en Estados Unidos, es sumamente alta. En el 1999, la tasa de incidencia de SIDA en San Juan fue de 39.9% por cada 100,000 habitantes, comparada con 21.5% en el total de las áreas metropolitanas de 500,000 habitantes o más en Estados Unidos. En el 2000, fue 44.4% para San Juan y 18.9% en el total de áreas metropolitanas en Estados Unidos de 500,000 habitantes o más.

La tasa de mortalidad por el VIH en Puerto Rico es sumamente alta, al comparar la misma con la tasa de mortalidad por el VIH en Estados Unidos Total. En el 1999, la tasa de mortalidad por VIH en Puerto Rico fue de 17.6% personas por cada 100,000 habitantes, comparada con una tasa de 5.4% personas por cada 100,000 habitantes para Estados Unidos Total.

El por ciento de la población penal que padece de VIH/SIDA es sustancial y alarmante. En el 1999, el 10.1% de los confinados en las instituciones correccionales en Puerto Rico o eran VIH+ (8.54%) o tenían SIDA (1.56%); en el 2000, las estadísticas son virtualmente idénticas, donde el 10.0% de los confinados o eran VIH+ (8.45%) o tenían SIDA (1.56%). Este número es significativamente más alto que el por ciento de los confinados en custodia estatal o federal a nivel nacional en Estados Unidos, el cual es de 2.1%.

De igual forma, los casos de SIDA en el sistema correccional de Puerto Rico en el 1999 constituían el 15.8% de los casos de SIDA en todo Puerto Rico, mientras que los 13,173 confinados – la población promedio de confinados en el sistema correccional de Puerto Rico en el 1999 – constituye el 0.3% de la población total de Puerto Rico en el 2000.

## Hepatitis C

La Hepatitis C es una enfermedad crónica transmitida por la sangre más común en los Estados Unidos. A través de todo Estados Unidos, aproximadamente 4 millones de personas han sido infectadas con el virus de la Hepatitis C. Estudios epidemiológicos establece que el virus de la Hepatitis C es ahora endémico entre los usuarios de drogas inyectables, como resultado de la conducta riesgosa del adicto, tal como el intercambio de jeringuillas y otra parafernalia de inyección de droga.

En los Estados Unidos, la inyección de drogas se ha convertido en el modo de transmisión más común del virus de la Hepatitis C, incidiendo en el 60% de la transmisión del mismo. Aunque el riesgo de contagio sexual del virus de la Hepatitis C es mucho más bajo que el riesgo asociado con jeringuillas contaminadas, dicho riesgo es sustancial, e incide en poco menos de 20% de las infecciones con el virus en los Estados Unidos.

Debido a que los modos de infección del virus de la Hepatitis C y el VIH son comunes, la gran mayoría de los usuarios de drogas inyectables infectados con el VIH también están infectados con el virus de Hepatitis C. El CDC estima que esta cifra está entre el 50% al 90% de los infectados con VIH. Esta incidencia tan alta de infección con Hepatitis C en personas infectadas con VIH es preocupante, ya que la Hepatitis C es más seria en personas con VIH debido a la supresión inmunológica que ocurre con el VIH.

En la población penal de Puerto Rico, la tasa de infección con el virus de Hepatitis C es también sumamente alta. En el 2000, el 18.9% de los confinados del sistema correccional de Puerto Rico padecían de Hepatitis C.

## Tuberculosis (“TB”)

La TB es la causa principal de muerte para personas con VIH a nivel mundial. Esta enfermedad se contagia de persona a persona a través del aire, y es particularmente peligrosa para personas infectadas con VIH. Porque el VIH suprime severamente el sistema inmunológico, las personas con infección dual de VIH y TB tienen 100 veces más probabilidad de desarrollar enfermedad activa de TB, y así ser infecciosos comparados con personas que no tienen infección de VIH.

La resurgencia de TB en los Estados Unidos al final de la década de 1980 y al principio de la década de 1990 está ligada con el surgimiento de TB resistente a múltiples drogas y la epidemia de VIH/SIDA. De igual forma, el NIDA ha indicado que la inyección de drogas ilícitas se está convirtiendo en un foco de infección importante para la transmisión de TB y otras enfermedades ligadas a la inmuno-supresión. El surgimiento de TB resistente a múltiples drogas es un asunto preocupante de salud ya que no responde a los tratamientos tradicionales de la TB.

El CDC estima que de 10 a 15% de todos los casos de TB, y casi 30% de los casos en personas entre los 25 y los 44 años, están ocurriendo en individuos con infección de VIH.

En Puerto Rico, la tasa de incidencia de TB por cada 100,000 habitantes fue: 5.8% en el 1996; 6.7% en el 1997; 5.2% en el 1998; 5.1% en el 1999; y 4.5% en el 2000. El por ciento de casos de TB por género durante ese mismo período fue: en el 1996, 72.1% hombres y 27.9% mujeres; en el 1997, 64.2% hombres y 35.8% mujeres; en el 1998, 68% hombres y 32% mujeres; en el 1999, 67% hombres y 33% mujeres; en el 2000, 65.5% hombres y 34.5% mujeres.

En Puerto Rico, el por ciento de casos de infección dual TB/SIDA fue: en el 1996, 30%; en el 1997, 28%; en el 1998, 27%; en el 1999, 27%; en el 2000, 26%.

En las instituciones correccionales de Puerto Rico, en el 1999 se reportaron 13 casos de TB, de los cuales 10, ó 76.9%, tiene infección dual TB/VIH; en el 2000, se reportaron 8 casos de TB, de los cuales 5, ó 62.5%, tiene infección dual TB/VIH.

## Otras Condiciones Físicas Asociadas al Consumo de Drogas

Las personas con trastornos por abuso o dependencia a sustancias suelen también presentar con frecuencia un deterioro general en su salud. El deterioro a la salud asociado a problemas adictivos es con frecuencia el resultado de lo siguiente:

- La dieta e higiene inadecuada en esta población por el abandono al cuidado de su salud característico del adicto puede resultar en mal nutrición y otras condiciones médicas generales.
- Intoxicaciones y síndromes de retirada tienden a producir traumas físicos que se pueden

manifestar como una falta de coordinación motora y falta de juicio.

- Las sustancias con que se adultera la droga pueden producir reacciones tóxicas o alérgicas.
- La inhalación de drogas puede causar erosión y daño al tabique nasal.
- El uso de estimulantes (anfetaminas, cocaína, crack), puede causar muertes por arritmias, infartos del miocardio, accidentes cerebrovasculares o paros respiratorios.
- El uso de jeringuillas contaminadas para la administración intravenosa o subcutánea de drogas, puede causar infección con el virus de HIV, hepatitis, tétanos, vasculitis, septicemia, endocarditis bacteriana subaguda, embolias y malaria.
- El uso de sustancias puede estar asociado a conducta agresiva o violenta con potencial daño para la persona que usa la sustancia y otros.
- El uso, y sobre todo, la intoxicación con sustancias, está asociado a una mayor incidencia de accidentes de tránsito, industriales y en el hogar con significativo aumento de secuelas y mortalidad.
- Se estima que un 10% de las personas con abuso o dependencia a alcohol u otras drogas comete suicidio asociado a un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- El uso de alcohol y otras drogas durante el embarazo puede producir daño fetal, el síndrome fetal-alcohol, y cuadros de intoxicación, dependencia y síndrome de retirada en fetos y recién nacidos.

## TRASTORNOS FISICOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS

El uso de sustancia puede producir una serie de trastornos físicos y complicaciones médicas. Las manifestaciones clínicas del alcoholismo en cada uno de los sistemas, son las siguientes:

### Sistema Gastrointestinal

#### Esófago:

Dificultades de deglución

Dolor de pecho  
Vómitos de sangre (Hematemesis)  
Pérdida de peso.

**Estómago e Intestino:**

Náusea  
Vómitos  
Hematemesis  
Dolor abdominal  
Diarrea  
Pérdida de peso  
Neuropatía periférica (por deficiencia de ácido fólico).

**Hígado:**

Hígado graso:  
Asintomático  
Malestar abdominal leve  
Falta de apetito

Hepatitis alcohólica:  
Fiebre  
Náusea  
Vómitos  
Dolor Abdominal  
Disfunción hepática  
Ictericia

Cirrosis hepática:  
Pérdida de peso  
Sangrado anormal  
Edema  
Disfunción hepática

**Páncreas:**

Pancreatitis Aguda:  
Dolor abdominal  
Náusea  
Vómitos  
Fiebre  
Pancreatitis crónica:  
Dolor abdominal refractario  
Pérdida de peso  
Diarrea.

**Sistema Nervioso Central:**

Intoxicación  
Síndrome de retirada  
Encefalopatía de Wernicke:  
(Apatía, confusión, falta de coordinación).  
Convulsiones  
Demencia  
Disfunción cerebelosa:  
Alteración de la coordinación muscular).

**Sistema Nervioso Periférico:**

Sensación de adormecimiento cutáneo  
Debilidad  
Pérdida de sensibilidad

**Sistema Cardiovascular :**

Fatiga  
Hipertensión  
Palpitaciones y arritmias  
Disnea (Sensación de alta de aire).

Las complicaciones médicas asociadas al Abuso/Dependencia de Sustancias, son las siguientes:

- **Sistema Cardiovascular:** Endocarditis, Arritmias, Tromboflebitis, Arteritis, Angiitis Necrotizante, Hipotensión, Hipertensión.
- **Sistema Pulmonar:** Microinfartos Múltiples, Fibrosis Pulmonar Crónica, Granulomas, Edema Pulmonar, Pneumonía Bacteriana, Pneumonía por aspiración, Pneumonía Asociada a HIV, Tuberculosis.
- **Sistema Hepático-Pancreático:** Hepatitis, Cirrosis Hepática, Pancreatitis.
- **Sistema Gastrointestinal:** Estreñimiento crónico, diarrea.
- **Sistema Reproductivo:** Irregularidades menstruales, Complicaciones durante la gestación en la madre y el feto.
- **Sistema Neurológico:** Convulsiones generalizadas y parciales, delirium, Mielitis Transversa Aguda, Rabdomiólisis aguda, Miopatías, Meningitis Bacteriana, Absceso en el Sistema Nervioso Central, Tétanos.
- **Sistema Hematopoyético:** Bacteremia, Depresión de la Médula Osea, Anemia aplásica (muy raro), HIV/SIDA.
- **Sistema Genito-Urinario:** Síndrome Nefrótico, Enfermedades de Transmisión Sexual.
- **Sistema Esquelético:** Artritis Séptica, Osteomielitis.
- **Sistema Tegumentario (signos cutáneos)**
  - Marcas de venopunción recientes y antiguas (tracks)
  - Tatuajes (en ocasiones busca ocultar tracks).
  - Edema de manos

- Tromboflebitis (secundario a venopunción séptica y adulterantes de las drogas).
- Abscesos y úlceras (secundarios a venopunción séptica).
- Ulceración y perforación del tabique nasal
- Quemadura de cigarrillos o cicatrices viejas (Se estima que más del 80% de los dependientes a sustancias, fuman)
- Piloerección (vello erizado)
- Queilosis (Ulceración de bordes o comisuras)
- Dermatitis por contacto (frecuente en zonas periorales debido a inhalantes).
- Ictericia secundaria a hepatitis
- Infección por monilia (infección por hongos, frecuente en la boca y esófago).

## Conducta Sexual Riesgosa Bajo los Efectos de Drogas y/o Alcohol

Los estudios indican que el uso excesivo de alcohol está asociado con una probabilidad mayor de actividad sexual. En particular, existe evidencia que vincula el abuso de alcohol con el tener múltiples parejas sexuales, lo cual es un factor de riesgo primario para la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (“ETS”), incluyendo la infección con VIH.

El perfil actual de una persona considerada en alto riesgo para infección con VIH envuelve conductas arriesgadas múltiples y simultáneas, incluyendo el tener parejas sexuales múltiples, al igual que el uso de drogas y el intercambio de sexo por drogas o dinero.

Las tasas de ETS son altas en áreas geográficas donde las tasas de uso de drogas son altas. De hecho, los usuarios de drogas adultos tienen un riesgo de contraer un ETS tres veces más alto que un no usuario de drogas. También se ha visto que el uso de drogas no inyectables, particularmente el “crack”, es un factor significativo para la infección con VIH y otros ETS, debido a que muchos de estos usuarios intercambian sexo por drogas y tienen relaciones sexuales con múltiples parejas, también usuarios de “crack”, sin utilizar protección. En adición, el uso de múltiples sustancias – como el tener problemas con el alcohol y drogas a la misma vez – también está vinculado con una mayor probabilidad de haber tenido o tener un ETS y con ser VIH+.

La siguiente tabla contiene las estadísticas de ETS, aparte del VIH/SIDA, en Puerto Rico para los años fiscales 1995-2000.

<b>Informe de ETS en Puerto Rico, 1995-2000</b>										
Año	Sífilis		Sífilis infecciosa primaria y secundaria		Sífilis Latente Temprana		Gonorrea		Otras ETS	
	Número de casos	Tasa por 100,000	Número de casos	Tasa por 100,000	Número de casos	Tasa por 100,000	Número de casos	Tasa por 100,000	Número de casos	Tasa por 100,000
1995-1996	1,483	38.75	261	6.81	677	17.68	636	16.61	2,715	70.94
1996-1997	1,489	38.90	202	5.27	663	17.32	663	17.32	2,660	69.50
1997-1998	1,526	39.87	235	6.14	626	16.35	388	10.13	2,500	65.32
1998-1999	1,422	37.15	149	3.89	699	18.26	368	9.61	2,115	55.26
1999-2000	1,437	37.54	151	3.94	673	17.58	425	11.10	3,325	88.88

Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico, Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Sexual, Sección de Prevención ETS/VIH/SIDA, Informe por Año Fiscal, 1995-2000.

En relación a los adolescentes y jóvenes adultos, en muchos de éstos el uso de alcohol y drogas está estrechamente vinculado con su proceso decisional sobre el sexo y con el tomar riesgos. En un estudio llevado a cabo recientemente en los Estados Unidos por el Henry J. Kaiser Family Foundation, encontró

que el 88% de los jóvenes entrevistados indicaron que sus pares usan alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales por lo menos parte del tiempo, incluyendo un 50% que indicó que ocurre “muchas veces”. También, el 73% de los jóvenes entrevistados indicaron que “muchas veces” no se

usan profilácticos cuando también están bebiendo o usando drogas.

En Puerto Rico, el Estudio Consulta Juvenil II, llevado a cabo en el 1992, establece una relación entre el haber tenido relaciones sexuales y el uso de alcohol, cigarrillo y otras drogas. Específicamente, indica que la probabilidad de uso de alcohol, cigarrillo y otras drogas en los estudiantes que han tenido relaciones sexuales es 3 y 4 veces mayor que entre los que no han tenido relaciones sexuales. Indica además que el riesgo relativo es aún mayor en el caso de las drogas de menor uso como la cocaína, el “crack” y la heroína.

Conforme lo anterior, vemos que existe un fuerte vínculo entre el uso y abuso de alcohol y drogas y la ocurrencia y frecuencia de conductas sexuales riesgosas, tales como el intercambio de sexo por drogas o dinero para drogas, el tener relaciones sexuales con múltiples parejas y el tener relaciones sexuales sin protección.

## El uso de cigarrillos, alcohol y drogas por las mujeres embarazadas

Las mujeres que utilizan cigarrillos, alcohol y/o drogas durante el embarazo ponen la salud de sus bebés en riesgo, debido a que dichas sustancias se transmiten al feto durante el embarazo mediante el cordón umbilical, y los bebés sufren los efectos de las mismas de forma directa y severa.

En un estudio efectuado por NIDA en el 1992 en Estados Unidos, se indica que más del 5% de las 4 millones de mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos en ese año usaron drogas ilícitas durante su embarazo. Entre estas drogas, las más frecuentemente utilizadas fueron la marihuana (119,000, ó 2.9%) y la cocaína (45,000, ó 1.1%).

Además, se encontró una alta incidencia del uso de cigarrillos y alcohol entre estas mujeres embarazadas. En algún punto de su embarazo, 820,000 mujeres (20.4%) fumó cigarrillos, y 757,000 (18.8%) tomó alcohol. El estudio encontró un fuerte vínculo entre el fumar cigarrillos y tomar alcohol con el uso de drogas ilícitas en esta población:

- Entre las mujeres que usaron tanto cigarrillos como alcohol, 20.4% también usó marihuana y el 9.5% usó cocaína;
- Por el contrario, de aquellas mujeres que indicaron que no fumaron cigarrillos ni

tomaron alcohol, sólo el 0.2% usó marihuana y el 0.1% usó cocaína.

El fumar en el embarazo casi duplica el riesgo de una mujer de tener un bebé bajo peso. En el 1998, el 12% de bebés nacidos a fumadoras en los Estados Unidos nacieron bajo peso, comparado con el 7.2% de bebés nacidos de no-fumadoras. Además, estudios sugieren que el fumar puede contribuir a ciertos defectos de nacimiento. El fumar temprano en el embarazo parece aumentar el riesgo de que una mujer tenga un embarazo ectópico. De igual forma, el fumar puede aumentar el riesgo de un aborto natural y aparentemente duplica el riesgo de que una mujer desarrolle complicaciones de la placenta.

Por otro lado, el consumo de alcohol durante el embarazo puede causar defectos de nacimiento físicos y mentales. Cada año, en Estados Unidos 50,000 bebés nacen con algún grado de daño relacionado al alcohol. En Estados Unidos, entre el 1991 y el 1995 hubo un aumento significativo en el uso de alcohol por mujeres embarazadas: 4 veces más mujeres embarazadas bebieron “frecuentemente” en el 1995 que en el 1991.

Los estudios indican que las usuarias de drogas embarazadas tienen un riesgo mayor de un aborto natural, un embarazo ectópico, tener bebés natimortos, aumento insuficiente de peso en el embarazo, anemia, hipertensión y otras condiciones médicas. Además, los bebés recién nacidos de usuarias de drogas pueden nacer bajo peso y con un tamaño de cabeza más pequeño que bebés recién nacidos de no-usuarias. En particular, los bebés que fueron expuestos a cocaína en el embarazo tienen un riesgo mayor de impedimentos de por vida, incluyendo retardación mental, perlesía cerebral, e impedimentos visuales y auditivos.

En adición, es sumamente preocupante el que el VIH puede traspasar la barrera de la placenta e infectar al bebé. De hecho, en los 395 casos diagnosticados de SIDA pediátrico entre el 1981 y el 2001, el 94.68% de éstos se atribuye a la madre del niño tener VIH/SIDA y haber sido infectado por ésta.

## (B) Relación Drogas, Alcohol y Enfermedades Mentales

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que trastornos de abuso de drogas están frecuentemente asociados con trastornos mentales. Por ejemplo, la data del Estudio “Epidemiologic Catchment Area” demostró que el 53% de los

individuos que tienen un diagnóstico vitalicio de un trastorno de abuso de drogas también tienen un diagnóstico vitalicio de un trastorno mental.

Aproximadamente 2/3 partes de los individuos con un trastorno de uso de cocaína o uso de opiáceos tienen o han tenido, en algún momento de sus vidas, un trastorno mental. Para aquellos con un diagnóstico vitalicio de algún trastorno mental, 15% han tenido un trastorno de uso de drogas. El 28% de las personas con esquizofrenia, y el 42% de aquellos diagnosticados con trastorno de personalidad antisocial han tenido un trastorno de uso de drogas.

Algunos ejemplos comunes de diagnósticos duales pueden incluir la combinación de depresión mayor con adicción a cocaína; trastorno de pánico con adicción a alcohol; adicción a polisustancias con esquizofrenia, trastorno de personalidad (“borderline”) con episodios de abuso de sustancias.

Los pacientes con diagnóstico dual, en comparación con pacientes con un sólo diagnóstico de trastorno

mental o trastorno de abuso de drogas, frecuentemente experimentan problemas más severos de índole médico, social y emocional. De igual forma, como en estos pacientes coexisten dos trastornos, los mismos son más vulnerables a recaídas en su trastorno de uso de drogas u otros trastornos mentales.

En la tabla a continuación, se detallan los casos de diagnóstico dual en pacientes admitidos a servicio directo por la Administración de Servicios de Salud Mental y Control de Adicción (“ASSMCA”) durante los años 1998-1999 al 2000-2001, en número de casos y por cientos totales en relación al número total de personas atendidas, al igual que en número de casos y por cientos por género en relación al número total de personas atendidas.

<b>Casos de Diagnóstico Dual Atendidos Directamente por ASSMCA Años 1998-99 a 2000-01</b>						
<b>Año</b>	<b>Número de Casos Total</b>	<b>Por ciento de Casos Total</b>	<b>Número de Casos Hombres</b>	<b>Por ciento de Casos Hombres</b>	<b>Número de Casos Mujeres</b>	<b>Por ciento de Casos Mujeres</b>
<b>1998-1999</b>	<b>694</b>	<b>6.12%</b>	<b>606</b>	<b>6.08%</b>	<b>88</b>	<b>6.49%</b>
<b>1999-2000</b>	<b>1382</b>	<b>14.19%</b>	<b>970</b>	<b>11.27%</b>	<b>412</b>	<b>36.39%</b>
<b>2000-2001</b>	<b>1500</b>	<b>16.23%</b>	<b>1085</b>	<b>13.31%</b>	<b>415</b>	<b>38.1%</b>

Fuente: ASSMCA, Administración Auxiliar de Tratamiento, Informe de Entrevistas para Evaluación Inicial.

De los datos presentados en la tabla se desprende que hubo un alza significativa en los pacientes con diagnóstico dual entre el 1998-1999 y el 2000-2001.

La evidencia científica demuestra que el uso de sustancias puede producir una variedad de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales que se clasifican y denominan según el DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana, como Trastornos Inducidos por Sustancias. Estos trastornos son:

- Delirium Inducido por Sustancias
- Demencia Persistente Inducida por Sustancias
- Trastornos Amnésico Persistente Inducido por Sustancias
- Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias
- Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias.

- Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias
- Disfunción Sexual Inducida por Sustancias
- Trastorno del Sueño Inducido por Sustancias
- Trastorno Perceptual Persistente Relacionado a Alucinógenos (Flashbacks)

Además, las sustancias, bien sean drogas de abuso, toxinas o medicamentos, pueden presentar manifestaciones clínicas de tipo psiquiátrico que requieren un adecuado diagnóstico diferencial debido a que:

- El uso de alcohol y otras drogas (AOD) puede causar síntomas psiquiátricos y asemejar un síndrome psiquiátrico.
- La retirada de AOD puede causar síntomas psiquiátricos y asemejar un síndrome psiquiátrico.
- El uso de AOD puede iniciar o exacerbar un trastorno psiquiátrico.

- El uso de AOD y otros trastornos psiquiátricos pueden co-existir independientemente.
- Conductas psiquiátricas pueden asemejar a problemas por uso de AOD. (Landry et al. (1991); Lehman et al. (1989); Meyer (1986).

Se desprende de lo anterior que el uso de drogas puede enmascarar, asemejar o exacerbar trastornos psiquiátricos. Progresivamente se pone de manifiesto una mayor cantidad de personas con trastornos relacionados a sustancias que reúnen criterios para otro trastorno mental. A la inversa, las personas con trastornos mentales también tienen mayor probabilidad para reunir criterios para un diagnóstico de abuso y dependencia de sustancias.

Se ha observado morbilidad asociada con trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia y trastorno bipolar), de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos disruptivos de inicio en la niñez (trastorno oposicional-desafiante, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y trastornos de personalidad (trastorno de personalidad antisocial y límite, entre otros).

### **(C) Relación Drogas, Alcohol y Crimen**

---

Los expertos coinciden en que existe una relación incuestionable entre el uso y abuso de alcohol y de drogas ilegales y determinadas conductas criminales.

El alcohol está asociado con una porción sustancial de la violencia humana, y quienes la cometen a menudo se encuentran bajo la influencia de alcohol. La capacidad de juzgar alterada por el alcohol contribuye significativamente a conducta delictiva, incluyendo violaciones, peleas y agresiones, que conducen a heridas, homicidios y asesinatos. A menudo, la violencia está unida al uso de alcohol por parte del victimario, la víctima o ambos.

A nivel nacional, el alcohol está presente en más de la mitad de los incidentes de violencia. Estudios empíricos han demostrado una asociación entre abuso de alcohol y la incidencia de violencia doméstica.

Más aún, el problema dual de abuso de alcohol y drogas es más probable que cause incidentes de violencia aún más severos que los asociados al abuso de alcohol por sí solo.

También a nivel nacional, se ha determinado que el ofensor había estado tomando alcohol previo al delito en 86% de los homicidios; en 60% de los delitos sexuales; en los incidentes de violencia marital, 57% de los hombres y 27% de las mujeres; en 37% de las agresiones; y 13% de los abusos de menores.

En la encuesta de Vivienda sobre Abuso de Drogas a nivel nacional (“NHSDA”), los jóvenes que incurrieron en conducta violenta, reflejaron una probabilidad más alta de haber usado alcohol y drogas ilícitas que los que no participaron en dicha conducta. Por ejemplo, de los jóvenes que reportaron haber usado alcohol en el último mes, el 26% estuvo envuelto en una pelea seria en la escuela o trabajo; el 30% estuvo envuelto en una pelea de grupo contra grupo; y el 34.1% participó en un ataque contra otros con la intención de herirlos seriamente. Similarmente, de los jóvenes que reportaron haber usado drogas ilícitas en el último mes, el 17.9% estuvo envuelto en una pelea seria en la escuela o trabajo; el 20.4% estuvo envuelto en una pelea de grupo contra grupo; y el 28.3% participó en un ataque contra otros con la intención de herirlos seriamente.

Las drogas están relacionadas al crimen de múltiples maneras:

- de forma más directa, constituye un delito, poseer, manufacturar o distribuir drogas clasificadas por su potencial para abuso, tales como cocaína, heroína, marihuana y anfetaminas;
- A través de los efectos que tienen sobre la conducta del usuario;
- Por la violencia y otra actividad ilegal relacionada al tráfico de drogas.

La Oficina Nacional de Política para el Control de Drogas (Office of National Drug Control Policy (ONDCP)) resume la relación entre drogas y crimen de la siguiente manera:

Relación drogas/crimen	Definición	Ejemplos
Ofensas definidas por drogas	Violación de leyes prohibiendo o regulando la posesión, el uso, distribución o manufactura de drogas ilegales.	Posesión o uso de drogas. Cultivo de marihuana. Producción de anfetaminas. Ventas de cocaína, heroína o marihuana.
Ofensas relacionadas a drogas	Ofensas a las cuales contribuye los efectos farmacológicos de las drogas; ofensas motivadas por la necesidad del usuario de obtener dinero para continuar el uso de drogas; ofensas conectadas a la distribución de drogas en sí.	Conducta violenta resultante de efectos de drogas. Robar para obtener dinero para comprar drogas. Violencia entre traficantes de drogas rivales.
Estilo de vida de uso de drogas	Un estilo de vida en el cual la probabilidad y frecuencia de involucramiento en actividad ilegal se aumentan porque los usuarios de drogas puede que no participen en la economía legítima y están expuestos a situaciones que fomentan el crimen.	Una orientación de vida con énfasis en metas a corto plazo subsidiada con actividades ilegales. Oportunidades para cometer ofensas que resultan por contactos con ofensores y mercados ilícitos. Destrezas criminales aprendidas de otros ofensores.

La relación entre el narcotráfico y la violencia incluye los siguientes factores: competencia por mercados y clientes; disputas por dinero entre individuos en el mercado ilegal de drogas; y la tendencia hacia la acción violenta de individuos que participan en el narcotráfico. Además, los escenarios en que proliferan los mercados callejeros de drogas tienden a ser comunidades en desventaja económica y social y los controles legales y sociales en dichas comunidades tienden a ser laxos e inefectivos. La proliferación de armas letales ha incrementado la mortalidad en la violencia relacionada al narcotráfico.

El Instituto Nacional de Justicia (National Institute of Justice (“NIJ”)), al examinar la dinámica entre drogas ilegales y crimen, concluyó que un sólo modelo no puede explicar la relación droga-crimen. Tanto la población usuaria de drogas como la población que comete delitos son heterogéneas, por lo cual hay múltiples factores que contribuyen a la relación drogas/crimen.

Los doctores White y Gorman distinguen entre tres (3) modelos explicativos de la relación droga-crimen:<sup>34</sup>

- Modelo Psico-Farmacológico – los efectos de la intoxicación causan conducta criminal;

- Modelo de Motivación Económica – los usuarios de drogas necesitan generar ingresos de fuentes ilícitas para sostener su hábito de drogas;

- Modelo Sistémico – el sistema de distribución y uso de drogas está inherentemente conectado con el crimen violento.

Las estadísticas sostienen que el Modelo de Motivación Económica explica la criminalidad en adictos con pocos antecedentes criminales. Para aquellos adictos con mayor actividad delictiva previa, los datos apuntan hacia una explicación Multi-modal.

Para todos los usuarios de drogas ilícitas, la venta de “crack” fue el crimen más frecuente y el que generó el ingreso mayor en efectivo. La violencia está atada a la venta de “crack” y no a su uso, y aquellos vendiendo en grupos tienen tasas de violencia más altas que aquellos vendiendo por su cuenta. Esto apunta a un Modelo Sistémico.

Los expertos advierten sobre las dificultades inherentes a cuantificar la relación droga-crimen.

Una ilustración de la gran divergencia que ocurre al establecer los nexos entre crimen y droga concierne a la relación entre homicidios y drogas. Las siguientes tablas contienen las estadísticas al respecto del Uniform Crime Reports del F.B.I. para Estados Unidos a nivel nacional y de la Policía de Puerto Rico:

<sup>34</sup> White, Helene Raskin & Gorman, D.M., *Dynamics of the Drug-Crime Relationship, en The Nature of Crime: Continuity and Change*, National Institute of Justice, (July 200).

<b>Homicidios relacionados a drogas, 1991-1998 – Estados Unidos Total</b>		
<b>Año</b>	<b>Número de Homicidios</b>	<b>Por ciento relacionado a drogas*</b>
1991	21,676	6.2%
1992	22,716	5.7%
1993	23,180	5.5%
1994	22,084	5.6%
1995	20,232	5.0%
1996	15,848	4.9%
1997	15,289	5.1%
1998	14,088	4.8%

\* Los homicidios relacionados a drogas son aquellos asesinatos que ocurrieron específicamente durante un crimen grave de narcóticos, tales como el narcotráfico o la manufactura de drogas.

Fuente: ONDCP, Drug Policy Information Clearinghouse Fact Sheet, *Drug Related Crime*, March 2000, de los Uniform Crime Reports del F.B.I.

<b>Homicidios relacionados a drogas, 1986-2001 Puerto Rico</b>		
<b>Año</b>	<b>Número de Homicidios</b>	<b>Por ciento relacionado a drogas</b>
1986	703	1.6%
1987	499	1.8%
1988	593	5.4%
1989	467	4.1%
1990	600	7.0%
1991	817	13.1%
1992	864	24.0%
1993	954	34.2%
1994	995	52.0%
1995	864	63.1%
1996	868	69.9%
1997	723	79.0%
1998	652	80.5%
1999	567	78.7%
2000	693	62.3%
2001	744	63.0%

Fuente: Junta de Planificación, Boletín Social: *Salud Social, Mental y Física y la Reforma de Salud*, Vol. 5, Núm. 2; Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas.

Las tablas anteriores presentan dos hallazgos significativos:

- Primero, la diferencia dramática entre las estadísticas de los motivos de asesinatos en Estados Unidos y Puerto Rico.
- Segundo, diferencias marcadas en la asociación de homicidio-droga en Puerto Rico en los últimos quince (15) años.

Los expertos advierten sobre la dificultad de establecer una medida general de asociación entre droga y crimen.

En diferentes estudios, y en diferentes jurisdicciones, existe una falta de uniformidad en las definiciones de crimen, drogas y “crimen relacionado con drogas”. Por ejemplo, algunos estudios incluyen uso de drogas y/o venta de drogas en escalas para medir conducta delictiva, evidentemente borrando distinciones entre uso de drogas y delincuencia. Por otra parte, delitos relacionados con drogas tiene distintos significados en diferentes estudios, incluyendo alguna(s) o todas de las siguientes: distribución de drogas; asesinatos cometidos durante el uso de drogas; asesinatos cometidos para obtener dinero para drogas; o asesinatos que simplemente ocurren en vecindarios con alto uso de drogas. En algunas estadísticas oficiales y de investigaciones científicas se incluye el alcohol como droga al estimar la relación droga-crimen, y en otras se excluye.

En el Estudio BOTEC sobre los homicidios en San Juan, se advierte sobre la cautela necesaria que hay que tener al cuantificar la relación droga-crimen, señalando que en todo proceso de clasificación de conducta violenta como relacionada o no relacionada con las drogas habrá un elemento de arbitrariedad debido a la multiplicidad de causas que convergen en la mayoría de los asesinatos y la dificultad en establecer la secuencia factual de los hechos.

El Dr. Alan Leshner, director del National Institute of Drug Abuse (“NIDA”), ha señalado que en el consumo y la adicción a drogas hay 72 factores de riesgo que han sido identificados y que son los mismos factores de riesgo que conducen a otras condiciones sociales/conducta negativas.

De frente a evidencia poco uniforme, ONDCP señala que es imposible señalar con exactitud cuánto las drogas influyen la incidencia de la criminalidad en general.

No obstante, ONDCP establece que la evidencia si es concluyente en demostrar que:

- Los usuarios de drogas tienen más probabilidad de cometer delitos que los no usuarios;
- Los arrestados frecuentemente están bajo la influencia de alguna droga al momento de cometer el delito;
- Las drogas generan violencia.

El Estudio BOTEC señala que ninguna de sus aclaraciones metodológicas invalida los estimados en cuanto a la relación homicidio-droga en Puerto Rico y su significado. La Policía de Puerto Rico entiende que la mayoría de las víctimas de homicidio están

envueltas con drogas como usuarios, vendedores o ambos.<sup>35</sup>

Los doctores White y Gorman, supra, en su tratado para el NIJ, señalan varios hallazgos generales de importancia en la relación droga-crimen. Entre ellos, el de mayor relevancia para Puerto Rico es el siguiente:

- Son principalmente las condiciones económicas del mercado de drogas las que parecen influenciar la conexión droga-crimen.

**La conexión droga-crimen, en cuanto a asesinatos se refiere, reportada en Puerto Rico se basa en los datos de las investigaciones criminales de cada asesinato, y apunta hacia un mercado de drogas altamente competitivo en un espacio limitado, resultando en violencia extrema por conflictos de mercado, clientes y deudas de usuarios.**

## Perfil Estadístico del Crimen en Puerto Rico

### Delitos Tipo A: Trayectoria Histórica

La siguiente tabla demuestra la trayectoria histórica de los delitos Tipo A en Puerto Rico, desde el 1940 hasta el 2000.

Delitos Tipo A en Puerto Rico: 1940-2000					
Año	Delitos (Total)	Violentos		Contra la Propiedad	
		Núm.	% del Total	Núm.	% del Total
1940	1432	714	49.86%	718	50.13%
1950	9721	1103	11.34%	8618	88.65%
1960	33272	6442	19.36%	26830	80.64%
1970	66470	14327	21.55%	52143	78.45%
1980	92180	16853	18.28%	75237	81.71%
1990	124371	29912	24.05%	94450	75.94%
2000	75377	12404	16.46%	62973	83.54%

Fuente: Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas, *Arrestos Efectuados: 1971-1998*.

Hubo un incremento entre el 1940 y el 1950, que en términos porcentuales se multiplica por casi 7 veces, pero es un factor multiplicador dentro una incidencia criminal muy baja en el año base.

Hubo un incremento entre el 1950 y el 1960, que en términos porcentuales se multiplicó por más de 3 veces, y comienza a alcanzar tasas alarmantes.

Entre el 1960 y el 1970 se duplica una ya alta alza de crímenes.

Considerando la alta incidencia de los delitos en el 1970, es en extremo significativo que en una década aumentara casi un 40% (38.7%) los delitos Tipo A.

El aumento de la década del 1980 al 1990 se asemeja al de la década anterior, aumentando los delitos en un 35% (34.9%) y llegando al pico histórico registrado oficialmente en los delitos Tipo I en Puerto Rico.

La última década del Siglo XX, según las estadísticas oficiales publicadas, registra una reducción de 40% en el total de los delitos Tipo A en Puerto Rico.

**Las estadísticas de la década del 1990, no obstante, han sido objeto de cuestionamiento por diversos organismos académicos, por lo que es mandatario ejercer cierto grado de cautela en la interpretación de las mismas.**

El total de delitos Tipo A cometidos en el 2001 ascienden a 70,117, lo cual constituye una disminución de 7% en comparación con el año 2000. Las estadísticas del año 2001 reflejan reducciones en todos los delitos Tipo A, excepto en asesinatos.

La naturaleza de los delitos cometidos también cambió dramáticamente. En 1940, los delitos contra la propiedad constituían 50.13% del total de los delitos Tipo A, y los delitos violentos 49.86%, es decir, virtualmente mitad y mitad.

A partir de la década del 1950, y hasta el año 2000, los delitos contra la propiedad constituyen entre 8 y 9 de cada 10 delitos Tipo A cometidos en Puerto Rico.

<sup>35</sup> BOTEK Análisis Corporation, *Understanding and Controlling Homicida in San Juan: Final Report (October 29, 1996)*.

## Delitos Tipo B

La siguiente tabla contiene las estadísticas relativas a los delitos Tipo B desde el 1989 al 1999, indicando el número total de delitos Tipo II, el número de delitos por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, y el por ciento que constituyen las violaciones a la Ley de Sustancias Controladas del total de los delitos Tipo B.

Delitos Tipo B en Puerto Rico: 1989-1999			
Año	Delitos Tipo II (Total)	Violaciones a Ley de Sustancias Controladas (Número)	Violaciones a Ley de Sustancias Controladas (Por ciento)
1989	30,345	0	0%
1990	35,704	7	0%
1991	37,903	1	0%
1992	33,660	6	0%
1993	40,835	137	0.33%
1994	45,197	105	0.23%
1995	44,090	221	0.5%
1996	46,129	774	1.68%
1997	54,404	1952	3.59%
1998	52,404	2609	4.98%
1999	50,328	3308	6.57%

Fuente: Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas, Informes de Delitos Tipo II en Puerto Rico: Años 1989-1999.

En cuanto a los delitos Tipo B, para la década informada con estadísticas oficiales, se observa:

Un aumento de 66% en el total de delitos Tipo B informados por la ciudadanía y registrados oficialmente por la Policía de Puerto Rico;

- Las violaciones a la Ley de Sustancias Controladas no registran incidencia alguna o incidencia menor al 1% hasta el 1995;

- Entre el 1996 y el 1999, el registro oficial de comisión de delitos a la Ley de Sustancias Controladas sube de 1.68% en el 1996 a 6.57% en el 1999;

- No obstante lo anterior, los informes de **delitos** contra la Ley de Sustancias Controladas no aportan inteligencia alguna al análisis del narcotráfico en Puerto Rico.

## Arrestos de Adultos e Intervenciones de Menores

La siguiente tabla contiene las estadísticas relativas a los arrestos por delitos Tipo A, Tipo B y por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas del 1989 al 1999.

Arrestos a Adultos por Violaciones a Delitos Tipo A y Tipo B: 1989-1999						
Arrestos a Adultos por Delitos por Violaciones a la Ley de Sustancias Controladas: 1989-2001						
Año	Total Arrestos por Delitos Tipo A y B	Arrestos por Delitos Tipo A			Arrestos por Delitos Tipo B	Arrestos Ley de Sustancias Controladas
		Delitos Violentos	Delitos contra la propiedad	Total		
1989	50170	3420	5880	9300	40870	4260
1990	49848	4256	5864	10120	39728	2928
1991	43630	3409	4668	8077	35553	3617
1992	47554	3353	5118	8471	39083	4120
1993	39543	3798	5315	9113	30430	3919
1994	58349	4978	7322	12300	46049	9008
1995	43670	3688	5753	9441	34229	7751
1996	45233	3267	5265	8532	36701	8867
1997	59032	4767	6721	11488	47544	10785
1998	60204	5562	7368	12930	47274	12561
1999	----	----	----	----	----	10527
2000	----	----	----	----	----	9388
2001	----	----	----	----	----	10037*

Fuente: Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas, *Arrestos Efectuados en Puerto Rico: 1989-1998*; Policía de Puerto Rico, S.A.I.D.A.F.F., Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, Resumen Estadístico por Actividades Criminales Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego, 1999-2001. \* Incluye menores intervenidos.

Entre el 1ero de enero y el 10 de febrero de 2002, se arrestaron por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas a 691 hombres y 100 mujeres, 87.35% y 12.65% respectivamente, para un total de 791 arrestos.

En el 1999, 9,932 de los arrestados por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, un 94.35%, fueron hombres, y 1,195, un 11.65% fueron mujeres. En el 2000, 8,264, un 88.03%, fueron hombres, y 1,124, un 11.97%, fueron mujeres.

La siguiente tabla demuestra la trayectoria histórica de los arrestos por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, del año 1971-1972 al 1998.

<b>Arrestos por Violaciones a la Ley de Sustancias Controladas en Puerto Rico: 1971-72 a 1998</b>	
<b>Año</b>	<b>Número de Arrestos</b>
<b>1971-72</b>	<b>1,431</b>
<b>1980</b>	<b>3,238</b>
<b>1990</b>	<b>2,928</b>
<b>1998</b>	<b>12,561</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas, Arrestos Efectuados: 1971-1998.

### Intervenciones de Menores

La siguiente tabla demuestra la trayectoria histórica de las intervenciones con menores por faltas cometidas: por el número total de dichas faltas, del año 1969-70 al 2001; y por las faltas cometidas de violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, tanto el número total de las mismas, como el por ciento de éstas en relación al total de las faltas cometidas.

<b>Intervenciones de Menores en Puerto Rico: 1969-70 a 2001</b>			
<b>Año</b>	<b>Número de Faltas (Total)</b>	<b>Faltas a Ley de Sustancias Controladas</b>	<b>Por ciento de Faltas a Ley de Sustancias Controladas en Relación al Número Total de Faltas</b>
<b>1969-70</b>	<b>13,740</b>	<b>104</b>	<b>0.07%</b>
<b>1980</b>	<b>N/D</b>	<b>680</b>	<b>N/D</b>
<b>1990</b>	<b>14,388</b>	<b>335</b>	<b>2.32%</b>
<b>1999</b>	<b>17,043</b>	<b>1,870</b>	<b>10.97%</b>
<b>2000</b>	<b>15,228</b>	<b>1503</b>	<b>9.97%</b>
<b>2001</b>	<b>13,354</b>	<b>1232</b>	<b>9.10%</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, División de Estadísticas, Menores Intervenido en Puerto Rico.

La siguiente tabla contiene las estadísticas informadas por el Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, de S.A.I.D.A.F.F. de la Policía de Puerto Rico relativas a las intervenciones de menores relacionadas a sustancias controladas y armas de fuego, para los años 1997-2001.

<b>Intervenciones de Menores en Puerto Rico Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego: 1997-2000</b>	
<b>Año</b>	<b>Número Total de Faltas</b>
<b>1997</b>	<b>1,092</b>
<b>1998</b>	<b>954</b>
<b>1999</b>	<b>1,067</b>
<b>2000</b>	<b>946</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, S.A.I.D.A.F.F., Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, Intervenciones Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego.

Sobre el uso de sustancias controladas al momento del arresto, no existe en Puerto Rico información para arrestados adultos o juveniles. Nacionalmente, en 35 ciudades en Estados Unidos (en 26 estados y Washington D.C.) esta estadística se hace disponible a través del programa de investigación Arrestee Drug Abuse Monitoring (ADAM), del National Institute of Justice del Departamento de Justicia Federal. El Programa ADAM específicamente facilita identificar los niveles de drogas entre arrestados e intervenidos; monitorear cambios en los patrones de uso de drogas; identificar drogas específicas que están siendo abusadas en cada jurisdicción; alertar oficiales sobre tendencias en el uso de drogas y la disponibilidad de nuevas drogas; proveer datos para entender mejor la relación entre drogas-crimen; y evaluar la efectividad de los esfuerzos de justicia criminal y programas correccionales.

A nivel nacional, para el año 1999, el monitoreo de abuso de drogas entre arrestados adultos y juveniles estableció que:

- la cocaína continúa siendo la droga de preferencia; más de 1/3 parte de los adultos varones arrestados en la mayoría de las ciudades dio positivo de cocaína;
- los positivos para marihuana fueron más altos entre arrestados varones en todas las ciudades vis a vis arrestadas mujeres;
- el uso de opiáceos como la heroína y el opio continuaron siendo relativamente bajos en comparación con la prevalencia de cocaína y marihuana entre los arrestados adultos;
- entre los menores intervenidos, marihuana era la droga más comúnmente usada, 6 veces más que la cocaína, tanto para menores masculinos como femeninos;

La siguiente tabla contiene la trayectoria histórica sobre el movimiento de acusaciones desde el 1970 hasta el 2000, incluyendo: número total de acusaciones, indicando el número de aquellas radicadas, resueltas y convicciones obtenidas; número total de acusaciones por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, indicando el número de aquellas radicadas, resueltas y convicciones obtenidas; y el número total de acusaciones por violaciones a la Ley de Armas, indicando también el número de aquellas radicadas, resueltas y convicciones obtenidas.

<b>Trayectoria Histórica de Movimiento de Acusaciones en Puerto Rico: 1970-2000</b>									
<b>Año</b>	<b>Número Total de Acusaciones</b>			<b>Acusaciones por violaciones a Ley de Sustancias Controladas</b>			<b>Acusaciones por violaciones a Ley de Armas</b>		
	<b>Radicadas</b>	<b>Resueltas</b>	<b>Convicciones</b>	<b>Radicadas</b>	<b>Resueltas</b>	<b>Convicciones</b>	<b>Radicadas</b>	<b>Resueltas</b>	<b>Convicciones</b>
1970	15,922	14,542	9,380	3,678	3,540	2,229	2,459	2,041	1,273
1980	17,181	17,078	9,515	2,607	2,764	1,571	5,303	4,877	2,898
1990	29,966	26,078	20,381	3,702	3,498	2,844	7,471	6,493	4,785
2000	41,283	34,265	26,996	8,508	7,065	5,927	7,423	6,416	4,992

Fuente: Departamento de Justicia, Oficina de Investigaciones y Procesamiento Criminal, Movimiento de Acusaciones por Delito.

La siguiente tabla contiene las estadísticas sobre el movimiento de acusaciones durante los años 1998 al 2001, incluyendo, al igual que en la tabla anterior: número total de acusaciones, indicando el número de aquellas radicadas, resueltas y convicciones obtenidas; número total de acusaciones por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, indicando el número de aquellas radicadas, resueltas y convicciones obtenidas; y el número total de acusaciones por violaciones a la Ley de Armas, indicando también el número de aquellas radicadas, resueltas y convicciones obtenidas.

<b>Movimiento de Acusaciones en Puerto Rico: 1998-2001</b>									
<b>Año</b>	<b>Número Total de Acusaciones</b>			<b>Acusaciones por violaciones a Ley de Sustancias Controladas</b>			<b>Acusaciones por violaciones a Ley de Armas</b>		
	<b>Radicadas</b>	<b>Resueltas</b>	<b>Convicciones</b>	<b>Radicadas</b>	<b>Resueltas</b>	<b>Convicciones</b>	<b>Radicadas</b>	<b>Resueltas</b>	<b>Convicciones</b>
1998	42,554	34,628	28,625	8,337	6,576	5,741	9,567	7,835	6,102
1999	39,534	33,520	27,364	8,321	7,315	6,262	7,601	6,383	4,896
2000	41,283	34,265	26,996	8,508	7,065	5,927	7,423	6,416	4,992
2001	41,135	36,700	29,693	8,627	7,570	6,328	6,988	6,452	4,906

Fuente: Departamento de Justicia, Oficina de Investigaciones y Procesamiento Criminal, Movimiento de Acusaciones por Delito.

La siguiente tabla contiene las estadísticas sobre los menores que fueron declarados incurso de faltas durante los años 1998 al 2001, incluyendo: el número total de menores incurso de faltas; el número de menores incurso de faltas por violaciones a la Ley de Sustancias Controladas, y el por ciento de incurso por dichas faltas relativo al número total de incurso; y el número de menores incurso de faltas por violaciones a la Ley de Armas y el por ciento de incurso por dichas faltas relativo al número total de incurso.

<b>Movimiento de Acusaciones en Puerto Rico: 1998-2001</b>					
<b>Año</b>	<b>Número Total de Incurso</b>	<b>Incurso por violaciones a Ley de Sustancias Controladas (Número)</b>	<b>Incurso por violaciones a Ley de Sustancias Controladas (Por ciento)</b>	<b>Incurso por violaciones a Ley de Armas (Número)</b>	<b>Incurso por violaciones a Ley de Armas (Por ciento)</b>
1998	9,132	1,261	13.80%	1,084	11.87%
1999	8,336	1,358	16.29%	990	11.88%
2000	7,404	1,149	15.52%	916	12.37%
2001	6,797	986	14.51%	712	10.48%

Fuente: Departamento de Justicia, Secretaría Auxiliar de Asuntos Criminales de Menores y Familia, Procuradurías de Menores. Falta en que los Menores Fueron Declarados Incurso.

Las siguientes tablas contienen las estadísticas informadas por el Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, de S.A.I.D.A.F.F. de la Policía de Puerto Rico para los años 1997-2001, relativas a: vehículos confiscados; armas ocupadas; droga incautada, especificando las cantidades incautadas de heroína (por kilos y decks), cocaína (por bolsas y kilos), marihuana (en bolsas y libras), “crack” (en cápsulas) y para el 2001 únicamente, éxtasis (en pastillas); y dinero confiscado.

<b>Vehículos Confiscados en Puerto Rico: 1997-2001</b>	
<b>Año</b>	<b>Número Total de Vehículos Confiscados</b>
<b>1997</b>	<b>1,134</b>
<b>1998</b>	<b>1,265</b>
<b>1999</b>	<b>1,673</b>
<b>2000*</b>	<b>1,368</b>
<b>2001</b>	<b>1,460</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, S.A.I.D.A.F.F., Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, Resumen Estadístico por Intervenciones Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego. No incluye datos del Negociado de F.U.R.A., Fuerzas Conjuntas y otras unidades.

<b>Armas Ocupadas en Puerto Rico: 1997-2001</b>	
<b>Año</b>	<b>Número Total de Armas Ocupadas</b>
<b>1997</b>	<b>1,128</b>
<b>1998</b>	<b>489</b>
<b>1999</b>	<b>973</b>
<b>2000*</b>	<b>434</b>
<b>2001</b>	<b>413</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, S.A.I.D.A.F.F., Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, Resumen Estadístico por Intervenciones Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego. No incluye datos del Negociado de F.U.R.A., Fuerzas Conjuntas y otras unidades.

<b>Dinero Confiscado en Puerto Rico: 1997-2001</b>	
<b>Año</b>	<b>Total (en dólares)</b>
<b>1997</b>	<b>\$1,221,225.04</b>
<b>1998</b>	<b>\$28,452,249.35</b>
<b>1999</b>	<b>\$1,709,603.19</b>
<b>2000*</b>	<b>\$3,101,256.21</b>
<b>2001</b>	<b>\$9,616,593.27</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, S.A.I.D.A.F.F., Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, Resumen Estadístico por Intervenciones Relacionada con Sustancias Controladas y Armas de Fuego. No incluye datos del Negociado de F.U.R.A., Fuerzas Conjuntas y otras unidades.

<b>Droga Incautada en Puerto Rico: 1997-2001</b>								
<b>Año</b>	<b>Heroína</b>		<b>Cocaína</b>		<b>Marihuana</b>		<b>“Crack”</b>	<b>Éxtasis</b>
	<b>Kilo(s)</b>	<b>Deck(s)</b>	<b>Bolsa(s)</b>	<b>Kilo(s)</b>	<b>Bolsa(s)</b>	<b>Libra(s)</b>	<b>Cápsula(s)</b>	<b>Pastilla(s)</b>
<b>1997</b>	<b>8.50</b>	<b>49,658</b>	<b>108,568</b>	<b>10,585</b>	<b>86,255</b>	<b>4,158.51</b>	<b>62,905</b>	<b>N/D</b>
<b>1998</b>	<b>21</b>	<b>58,392</b>	<b>104,519</b>	<b>14,177</b>	<b>54,363</b>	<b>2,519</b>	<b>60,304</b>	<b>N/D</b>
<b>1999</b>	<b>3</b>	<b>72,267</b>	<b>105,474</b>	<b>8,636</b>	<b>69,027</b>	<b>4,254</b>	<b>83,276</b>	<b>N/D</b>
<b>2000*</b>	<b>6</b>	<b>41,197</b>	<b>44,429</b>	<b>1,435</b>	<b>26,583</b>	<b>2,883</b>	<b>33,821</b>	<b>N/D</b>
<b>2001</b>	<b>64,758</b>	<b>89,797</b>	<b>137,804</b>	<b>4812.38</b>	<b>98,355</b>	<b>6893.76</b>	<b>56,192</b>	<b>7,524</b>

Fuente: Policía de Puerto Rico, S.A.I.D.A.F.F., Negociado de Drogas, Narcóticos y Control de Vicios, Resumen Estadístico por Intervenciones Relacionadas con Sustancias Controladas y Armas de Fuego. No incluye datos del Negociado de F.U.R.A., Fuerzas Conjuntas y otras unidades.

## Población Correccional

La siguiente tabla contiene las características demográficas de los adultos y jóvenes adultos en la población penal de las instituciones correccionales de Puerto Rico, al 30 de junio de 2000, indicando: su edad (29 años o menos para la población total de adultos y 19 años o menos para la población total de jóvenes adultos); el por ciento que nunca ha estado casado; el por ciento que tiene uno (1) o más hijos; el por ciento que tiene un nivel de escolaridad de 10mo grado o menos; el por ciento que no tiene ocupación y oficio; y el por ciento que se encontraba desempleado al ser arrestado.

<b>Características Demográficas de la Población Penal Adultos y Jóvenes Adultos</b>		
<b>Características</b>	<b>Población Total Adultos</b>	<b>Población Total Jóvenes Adultos</b>
<b>Edad: 29 años o menos</b>	<b>59.3%</b>	<b>69.3%*</b>
<b>Estado civil: nunca casado</b>	<b>55.8%</b>	<b>73.9%</b>
<b>Hijos (1 o más)</b>	<b>52.2%</b>	<b>21.1%</b>
<b>Escolaridad (10mo grado o menos)</b>	<b>60.5%</b>	<b>64.3%**</b>
<b>Ocupación u oficio: ninguna</b>	<b>66.25%</b>	<b>83.8%</b>
<b>Desempleado al ser arrestado</b>	<b>82.1%</b>	<b>84.0%</b>

Fuente: Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Al 30 de junio de 2000*; Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Joven Adulto Sentenciada Al 30 de junio de 2000*.

\*19 años o menos \*\* 9no grado o menos.

La siguiente tabla contiene las características de los delitos cometidos por la población penal de adultos y jóvenes adultos, al 20 de junio de 2000, indicando: el por ciento residente de zona urbana; el por ciento que cometió el delito en la zona urbana; el por ciento sentenciado por delito por violación a la Ley de Sustancias Controladas; el por ciento sentenciado por delitos contra la propiedad; el por ciento consumidor de drogas; el por ciento consumidor de alcohol; y el por ciento que padece de una enfermedad mental.

<b>Características de los Delitos Cometidos por la Población Penal Adultos y Jóvenes Adultos</b>		
<b>Al 30 de junio de 2000</b>		
<b>Características</b>	<b>Población Total Adultos</b>	<b>Población Total Jóvenes Adultos</b>
<b>Residente de Zona Urbana</b>	<b>66.4%</b>	<b>81.9%</b>
<b>Delito Cometido en Zona Urbana</b>	<b>68.1%</b>	<b>81.8%</b>
<b>Sentenciado por Delito Contra Ley de Sustancias Controladas</b>	<b>20.1%</b>	<b>25.83%</b>
<b>Sentenciado por Delito Contra la Propiedad</b>	<b>40.5%</b>	<b>40.89%</b>
<b>Consumidor de Drogas</b>	<b>71.4%</b>	<b>71.8%</b>
<b>Consumidor de Alcohol</b>	<b>38.9%</b>	<b>59.4%</b>
<b>Padece de Condición Mental</b>	<b>10.6%</b>	<b>18.9%</b>

Fuente: Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Al 30 de junio de 2000*; Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Joven Adulto Sentenciada Al 30 de junio de 2000*.

La siguiente tabla contiene datos sobre el uso y abuso de alcohol y drogas y la presencia de condición mental en la población correccional al 30 de junio de 2001 – la población adulta total, los jóvenes adultos y las mujeres – indicando: el por ciento que es consumidor de drogas, dentro del cual se indica qué por ciento de éstos usan drogas, qué por ciento abusa de drogas y qué por ciento depende de drogas; el por ciento que es consumidor de drogas, dentro del cual se indica qué por ciento de éstos usan alcohol y qué por ciento abusa de alcohol; y que por ciento de éstos sufren de una enfermedad mental.

<b>Datos Sobre el Uso y Abuso, Alcohol y Drogas y la Presencia de Condición Mental en la Población Correccional: Total, Jóvenes Adultos y Mujeres Al 30 de junio de 2001</b>								
<b>Población</b>	<b>Consumidor Drogas</b>	<b>Consumidores Drogas – (Usuarios)</b>	<b>Consumidores Drogas – (Abuso)</b>	<b>Consumidores Drogas – (Dependencia)</b>	<b>Consumidor Alcohol</b>	<b>Consumidores Alcohol – (Usuarios)</b>	<b>Consumidores Alcohol – (Abuso)</b>	<b>Enfermedad Mental</b>
<b>Total</b>	<b>71.4%</b>	<b>86.7%</b>	<b>6.9%</b>	<b>6.4%</b>	<b>38.9%</b>	<b>95.96%</b>	<b>4.04%</b>	<b>10.6%</b>
<b>Jóvenes Adultos</b>	<b>71.8%</b>	<b>34.7%</b>	<b>61.2%</b>	<b>4.1%</b>	<b>59.4%</b>	<b>99.2%</b>	<b>0.8%</b>	<b>18.9%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>96.15%</b>	<b>53.3%</b>	<b>46.7%</b>	<b>----</b>	<b>79.8%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>16/7%</b>

Fuente: Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Al 30 de junio de 2000*; Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Joven Adulto Sentenciada Al 30 de junio de 2000*; Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Perfil de la Población Correccional Sentenciada Femenina Al 30 de junio de 2000*

Reviste información pronóstica la diferencia significativa entre las estadísticas de la población penal total y la población de adultos jóvenes. Estas estadísticas son cónsonas con el principal hallazgo del Estudio Sobre Violencia en Puerto Rico realizado por M.M.O.R. Consulting Group, Inc. en el 1994, el cual profundiza en el historial delictivo de menores, jóvenes adultos y adultos institucionalizados, su trasfondo familiar y socioeconómico, y sus actitudes y reacciones sobre su carrera delictiva. En el escaso período de 6 a 7 años que separa al menor/joven adulto de la población penal general, se establecen diferencias significativas en todos los indicadores de riesgo y en todos los indicadores de protección.

## **Población Correccional en Programas de Comunidad**

El Programa de Comunidad ofrece opciones a través de proyectos dirigidos a brindarles opciones en la comunidad a los miembros de la población correccional sin afectar la seguridad pública. El Programa de Comunidad abarca dos (2) áreas fundamentales, investigación y supervisión.

El Personal de Programa de Comunidad realiza las investigaciones para pre-sentencia, libertad bajo palabra (LBP), clemencia ejecutiva, reciprocidad libertad a prueba (LAP), reciprocidad LBP, pases iniciales, pases subsiguientes, supervisión electrónica, Ley 25, y otros LAP y LBP.

Las investigaciones requieren un estudio sobre la conducta, condición social, circunstancias del delito y

factores sociales y psicológicos de la población siendo investigada. El año fiscal 1997-98 comenzó con un arrastre de 1,749 casos, recibió 25,689 y concluyó con 1,770 casos de investigaciones pendientes al finalizar dicho año fiscal.

A la fecha de abril 2001, en Programas de Comunidad estaban bajo supervisión 15,275 personas, distribuidas por áreas judiciales de la siguiente manera:

- Aguadilla 1,183
- Arecibo 1,068
- Aibonito 390
- Bayamón 2,844
- Caguas 1,416
- Carolina 952
- Fajardo 432
- Guayama 830
- Humacao 719
- Mayagüez 1,548
- Ponce 2,003
- San Juan 1,625
- Utuado 265

Esta supervisión se aplica a los participantes en LAP, LBP, reciprocidad LAP, reciprocidad LBP, Ley 50, Ley 25, y supervisión electrónica.

La enorme mayoría de estos (12,370) estaban en supervisión bajo LAP, y los restantes en LBP y otras disposiciones que permiten a una población sentenciada estar supervisados en la comunidad.

A esa fecha, estaban activos en supervisión 1,064 personas bajo el Programa de Drug Court, y 145 en

etapa de investigación. Estas 1,209 personas activas en el Programa de Drug Court estaban a cargo de un total de treinta (30) técnicos de servicio directo.

El perfil de la población bajo supervisión en Programas de Comunidad está disponible para el año fiscal 1997-98, y se refieren a los casos nuevos ingresados en LAP y LBP. La siguiente tabla contiene el perfil de la población bajo supervisión en Programas de Comunidad para el Año 1997 (en los Programas LAP y LBP), indicando lo siguiente: la edad promedio; el grado escolar mediano, el por ciento que es soltero; el por ciento que tiene dependientes; el por ciento con zona de residencia urbana; el por ciento que no tiene ocupación u oficio o que no informa si lo tiene o no; el por ciento de usuarios de sustancias controladas; el por ciento de usuarios de alcohol; y el por ciento que padece de enfermedades mentales.

<b>Perfil de la población bajo supervisión en Programas de Comunidad: Año 1997-98</b> <b>Programa LAP y LBP (5,259 casos reportados)</b>		
	<b>LAP</b>	<b>LBP</b>
<b>Edad Promedio</b>	<b>29.5 años</b>	<b>31.5 años</b>
<b>Grado Escolar (Mediano)</b>	<b>10mo</b>	<b>10mo</b>
<b>Estado Civil (Soltero)</b>	<b>46.5%</b>	<b>50.9%</b>
<b>Con Dependientes</b>	<b>65.5%</b>	<b>64.77%</b>
<b>Zona de Residencia Urbana</b>	<b>49.7%</b>	<b>52.2%</b>
<b>Ocupación u Oficio: Ninguna o N/I<sup>1</sup></b>	<b>91.5%</b>	<b>93.45%</b>
<b>Uso de Sustancias Controladas</b>	<b>87.4%<sup>2</sup></b>	<b>100%<sup>3</sup></b>
<b>Uso de Alcohol</b>	<b>86.1%<sup>4</sup></b>	<b>3 casos informados</b>
<b>Condición de Salud Mental</b>	<b>100%<sup>5</sup></b>	<b>No información</b>

Fuente: Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Características de los Confinados Revocados en Libertad a Prueba y Libertad Bajo Palabra*, Año Fiscal 1997-1998. 1= Más del 90% no informaron si tienen ocupación u oficio, 2= De los 293 que informaron (5.6% del total), 3= De los 101 que informaron (9.02% del total), 4= De los 36 de informaron (0.68% del total), 5= De los 38 que informaron (0.72% del total)

La crasa falta de información sobre las personas en LAP y LBP, y en específico sobre el uso de sustancias controladas y alcohol por las personas bajo supervisión en la comunidad, atenta contra la

seguridad pública y limita toda planificación relacionada con la reducción del consumo de drogas y alcohol entre personas que han cometido delitos.

En el año fiscal 1997-98, el total de revocados en LAP fue 1382 casos y se obtuvo información sobre 776, o sea el 56%; en LBP fue de 214 casos y se obtuvo información sobre 115, o sea el 53.7%.

Los revocados en el año 1997-98 constituyen el 21.5% de los casos bajo supervisión en ese año.

A continuación, se indican las características de las personas cuya LAP y LBP fue revocada en el año 1997-98. Durante este año, fueron revocados de 1,596 casos de los Programas de LAP y LBP. Se obtuvo información de 891 casos, o sea el 55.8% de los mismos. Se indica la siguiente información: el por ciento con estado civil de soltero; el por ciento con dependientes; el por ciento con zona de residencia urbana; el por ciento con ninguna ocupación u oficio o que no informan si lo tienen; el por ciento de usuarios de sustancias controladas; el por ciento de usuarios de alcohol; y el por ciento que padece de enfermedades mentales.

<b>Programas de Comunidad</b> <b>cuyos casos fueron revocados: Año 1997-98</b> <b>Programa LAP y LBP</b>		
	<b>LAP</b>	<b>LBP</b>
<b>Estado Civil (Soltero)</b>	<b>55.0%</b>	<b>53.0%</b>
<b>Con Dependientes</b>	<b>83.1%</b>	<b>80.0%</b>
<b>Zona de Residencia Urbana</b>	<b>59.3%</b>	<b>56.5%</b>
<b>Ocupación u Oficio: Ninguna o N/I</b>	<b>82.9%</b>	<b>No información</b>
<b>Uso de Sustancias Controladas</b>	<b>31%<sup>1</sup></b>	<b>43%<sup>3</sup></b>
<b>Uso de Alcohol</b>	<b>4%<sup>2</sup></b>	<b>4%</b>
<b>Condición de Salud Mental</b>	<b>15.1%</b>	<b>13.9%</b>

Fuente: Administración de Corrección, Oficina de Planes Programáticos y Estadísticas, *Características de los Confinados Revocados en Libertad a Prueba y Libertad Bajo Palabra*, Año Fiscal 1997-1998. 1= De los 504 que informaron (65% del total), 2= De los 31 que informaron (4% del total), 3= Del total de 214, con 53% no informando sobre el uso, 4= Del total de 214, con 53% no informando sobre el uso

Añadiendo a la limitación de falta de información sobre las personas en comunidad bajo supervisión del Estado, las estadísticas sobre personas cuya libertad a

prueba o libertad bajo palabra ha sido revocada son aún más escasas, faltando información básica sobre el delito cometido; la reincidencia; e incluso su edad, escolaridad y ocupación – ni sobre el uso de drogas y alcohol en más de la mitad de esta población cuyo privilegio en un programa comunitario ha sido revocado.

**Esta falta de información, como las anteriormente señaladas sobre las personas convictas de delitos disfrutando de libertad en la comunidad, es verdaderamente inaceptable para cualquier intento de evaluar, planificar programas anti-drogas.**

La primera encuesta sobre adultos en probatoria fue conducida en el 1995, informando que al momento de cometer su ofensa, 14% de los probandos estaban usando drogas; alrededor de 7 de cada 10 de los probandos informaron sobre uso de drogas en el pasado; y 32% señalaron que estaban usando drogas ilegales en los 30 días previos a su falta.

Entre los probandos, la mitad de aquellos con condiciones mentales, y 40% del total de ellos, informaron uso de alcohol y/o drogas al momento de cometer el delito.

## Menores en Instituciones Juveniles

El perfil de los menores transgresores institucionalizados bajo custodia del Estado presenta las características principales en las áreas sociales, psicológicas y de uso de sustancias controladas en las catorce (14) instituciones durante el año natural 2000.

Durante ese año, ingresaron un total de 517 menores: 451 varones y 56 féminas.

Del total de varones se escogió al azar como muestra 233, o sea el 50%. Para los datos de salud mental y sustancias controladas y/o alcohol, la muestra fue de 189 jóvenes, o sea el 40%.

De las féminas, se escogió a la población de 56, o sea el 100%.

El perfil de los menores varones institucionalizados en el año natural 2000 indica que, en su mayoría:

- . tienen entre 17 y 18 años de edad;
- . son solteros y sin hijos pero activos sexualmente;
- . provienen de un hogar de bajos recursos, un núcleo familiar donde la madre es jefa de familia;

- . su escolaridad promedio es de sexto grado, es un desertor escolar y ha fracasado por lo menos un (1) grado académico;
- . ha sido víctima de algún tipo de maltrato por negligencia, no responde a controles y tiene historial de tratamiento psicológico o psiquiátrico;
- . consume bebidas alcohólicas y por lo menos un familiar cercano está o estuvo en el uso de drogas;
- . se inicia en el uso de marihuana entre los 12 y 13 años de edad;
- . es usuario de marihuana y otras sustancias controladas y se dedica a la venta de drogas;
- . las faltas cometidas son violaciones a la Ley de Sustancias Controladas y a la Ley de Armas.
- . su probatoria ha sido revocada por incumplimiento a la medida dispositiva.

El perfil de las féminas institucionalizadas en el año natural 2000 indica que, en su mayoría:

- . tienen entre 16 y 18 años de edad;
- . son solteras y sin hijos pero activas sexualmente;
- . provienen de un hogar de bajos recursos, un núcleo familiar donde la madre es jefa de familia y donde permea la violencia doméstica en el hogar;
- . ha sido víctima de maltrato emocional, físico y negligencia;
- . ha sido abusada sexualmente;
- . tiene un auto concepto pobre y no controla sus impulsos;
- . tiene historial de tratamiento psicológico o psiquiátrico;
- . ha tenido ideas suicidas, y ha tenido por lo menos 1 o 2 intentos suicidas;
- . su escolaridad promedio es de entre sexto y séptimo grado, es un desertora escolar y ha fracasado por lo menos un (1) grado académico;
- . consume bebidas alcohólicas desde los 14 años, con preferencia por la cerveza;

- . comenzó a utilizar la marihuana como primera sustancia controlada a los 11 años de edad y es usuaria de sustancias controladas;
- . las faltas cometidas son violaciones a la Ley de Sustancias, alteración a la paz y agresión simple;
- . no reinciden en faltas pero se le revoca la probatoria por incumplimiento a la medida dispositiva.

Las características de los menores institucionalizados reúnen todos los factores de riesgo conducentes al uso de drogas y a la violación de ley. Se observa que el Sistema de Menores se ha esforzado por evitar su institucionalización, la cual ocurre generalmente por violación a las condiciones establecidas por el Tribunal. Apuntan hacia la insuficiencia de los sistemas sociales y de tratamiento para atender esta población juvenil.

Se subraya particularmente las características de las menores femeninas cuyo trasfondo familiar parece ser más grave y aparentan estar más dirigidas hacia conducta autodestructiva.

El análisis de las estadísticas presentadas nos fuerzan a concluir que el alza en la criminalidad que se registra en el país está asociada no sólo al tráfico, sino también al consumo.

Criterios de Determinación de Necesidad Clínica y Nivel de Cuidado .....	1
Modelos de Intervención Terapéutica de Base Científica .....	2

## CRITERIOS DE DETERMINACIÓN DE NECESIDAD CLÍNICA Y NIVEL DE CUIDADO

### MANTENIMIENTO CON METADONA (MM)

Es un programa de tratamiento usualmente ambulatorio para pacientes dependientes de opiáceos que es ofrecido por personal entrenado en adicción y clínicos credencializados en adicción que deben proveer tratamiento individualizado, procedimientos de manejo de casos, educación en salud (incluidas HIV, TB, ETS). La naturaleza de los servicios a ofrecerse está determinada por las necesidades clínicas del paciente, pero tales servicios siempre deben incluir tratamiento psicosocial regularmente programado y visitas diarias para dispensación de la Metadona a menos que el paciente tenga privilegios de “take home”. Los servicios están regulados por las autoridades estatales y federales (42 CFR, Part 8) por SAMHSA y DEA.

#### A. Necesidad Clínica

1. El paciente deberá haber sido diagnosticado de un trastorno de dependencia a opiáceos por un profesional de la salud debidamente licenciado, de acuerdo a los criterios descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, edición vigente.
2. El paciente deberá cumplir con todas las reglamentaciones estatales y federales para esta modalidad de tratamiento. Esto incluye la documentación de fracasos previos para mantener la abstinencia en otras modalidades de tratamiento, excepto mujeres embarazadas para las que esta modalidad es la primera elección.
3. El diagnóstico deberá haberse realizado después de una adecuada intervención directa entre el paciente y un profesional de la salud calificado.

#### B. Criterios de Admisión

1. El paciente tiene criterios para dependencia a opiáceos y está lo suficientemente estable para beneficiarse de esta modalidad de tratamiento ambulatoria.
2. El paciente acepta un contrato de cambios conductuales mientras permanezca en esta modalidad de tratamiento. Esto incluye abstinencia de otras drogas ilegales o no

prescritas, pruebas de orina y aliento para verificar abstinencia y asistencia a todas las sesiones de terapias requeridas.

3. Evidencia documentada de fracasos previos en otras modalidades de tratamiento que confirme la necesidad de admisión en esta modalidad terapéutica.

#### C. Criterios para Continuidad de Cuidado

El paciente continúa presentando signos y síntomas consistentes con los criterios de admisión.

1. El paciente demuestra cumplimiento consistente con las metas de tratamiento, habilidad para reportar dificultades con el progreso del tratamiento y el uso de intervenciones cognitivo-conductuales para alterar patrones de conducta inadaptables.
2. La abstinencia del paciente es verificada a través de muestras de orina y pruebas de aliento. Modificaciones específicas deben realizarse en el plan de tratamiento en respuesta a pruebas toxicológicas positivas y debe documentarse tales modificaciones en las notas de progreso.
3. El plan de tratamiento debe especificar problemas individuales con la estabilización, esto incluye datos sobre la tendencia a sustituir sustancias, adicción cruzada, tolerancia cruzada, disparadores que activan el deseo de uso de drogas y acciones preventivas para cada disparador identificado. El plan de tratamiento debe incluir también el desarrollo de estrategias para resolver cada problema y monitorear el grado de cumplimiento con las estrategias del tratamiento.
4. Previo a la transición a un nivel de cuidado de menor o mayor intensidad, la razón para la misma deberá ser documentada y justificada y se debe describir y documentar el plan de referido al siguiente nivel de cuidado.
5. Cuando se demuestre que no existe cumplimiento con el plan de tratamiento o adhesión a las estrategias y metas del mismo y se considere la desintoxicación involuntaria, este procedimiento deberá ser discutido y justificado previamente mediante argumentos clínicos y administrativos.

## NIVEL I: SERVICIOS AMBULATORIOS

Este es el nivel de cuidado menos intensivo y consiste de citas para manejo y monitoreo de medicación de breve duración y hasta un máximo de dos terapias individuales o de grupo por semana.

### A. Necesidad Clínica

1. El paciente deberá haber sido diagnosticado de un trastorno relacionado a sustancias por un profesional de la salud mental debidamente licenciado.
2. Los síntomas y signos que presente el paciente deberán cumplir con los criterios descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, (DSM) edición vigente, para el diagnóstico del trastorno relacionado a sustancias identificado.
3. El diagnóstico deberá haberse realizado después de una adecuada intervención directa entre el paciente y un profesional de la salud calificado.

### B. Criterios de Admisión

1. Como consecuencia de un diagnóstico de un trastorno relacionado a sustancias, basado en criterios del DSM vigente, la persona está experimentando impedimento en una o más de las siguientes áreas de funcionamiento :
  - a) social;
  - b) ocupacional;
  - c) educacional;
  - d) familiar.
2. El plan de tratamiento se focaliza en:
  - a) Lograr y mantener la abstinencia de sustancias.
  - b) Reducir el uso de las sustancias y sus consecuencias.
  - c) Obtener respuestas adaptativas a los actuales impedimentos.
  - d) Definición clara y medible de las metas.
  - e) Establecer un período de tiempo estimado para el logro de las metas.
3. El paciente dispone de las destrezas emocionales y cognitivas para beneficiarse del plan de tratamiento propuesto en este nivel de cuidado.

4. GAF de 80 o menos.

### C. Criterios para Continuidad de Cuidado

1. Existe evidencia de que el paciente está trabajando para cumplir con las metas de tratamiento y asistiendo a las sesiones programadas.
2. El paciente continúa presentando impedimentos de funcionamiento con un GAF inferior a 80.
3. El paciente presenta un GAF superior a 80, pero su condición requiere continuar con su plan de tratamiento para mantener los progresos y evitar las recaídas o reactivación de su Trastorno Relacionado a Sustancias.

## NIVEL II.a: SERVICIOS AMBULATORIOS INTENSIVOS

Este nivel de cuidado incluye servicios de menor intensidad que los provistos por la Hospitalización Parcial. Ofrece un mínimo de 9 horas de sesiones terapéuticas semanales.

### A. Necesidad Clínica

1. El paciente deberá haber sido diagnosticado de un trastorno relacionado a sustancias por un profesional de la salud mental debidamente licenciado.
2. Los síntomas y signos que presente el paciente deberán cumplir con los criterios descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, (DSM) edición vigente, para el diagnóstico del trastorno relacionados a sustancias identificado.
3. El diagnóstico deberá haberse realizado después de una adecuada intervención directa entre el paciente y un profesional de la salud calificado.

### B. Criterios de Admisión

1. El paciente tiene historia de un reciente y continuo trastorno de abuso o dependencia a sustancias que reúne los criterios del D.S.M. vigente y el paciente está lo suficientemente estable para ser adecuadamente atendido a este nivel de cuidado.

2. Hay suficiente evidencia clínica de que el apoyo de grupos de autoayuda y/o el tratamiento ambulatorio no es apropiado para asegurar la abstinencia y/o recuperación.
3. En casos de fracaso de tratamientos reiterados, existe evidencia de que esta modalidad de tratamiento por sus características, es apropiada para tener mayor probabilidad de éxito en la recuperación. Debe proveerse documentación que confirme el potencial terapéutico de esta modalidad de cuidado.
4. Hay evidencia de deterioro al menos de leve a moderado de áreas de funcionamiento familiar, educacional, laboral y social.
5. GAF al menos por debajo de 70.

### **C. Criterios para Continuidad de Cuidado**

1. El paciente continúa manifestando signos y síntomas consistentes con los criterios de admisión.
2. El paciente demuestra cumplimiento consistente con las metas de tratamiento, habilidad para reportar dificultades con el progreso del tratamiento y el uso de intervenciones cognitivo-conductuales para alterar patrones de conducta inadaptables.
3. Existe evidencia clínica documentada de que el paciente perdería beneficio terapéutico o empeoraría si se ubica en un nivel de cuidado de menor intensidad.
4. La abstinencia del paciente es monitoreada a través de muestras de orina y se realizan modificaciones al plan de tratamiento ante la contingencia de pruebas de orina positivas.
5. El plan de tratamiento identifica áreas problemáticas necesarias de intervenir para la recuperación, establece prioridades y las contempla en el plan de de tratamiento para la resolución de las mismas, esto incluye identificación de disparadores de recaída, sistema de apoyo para la sobriedad, asistencia a sesiones terapéuticas y compromiso con estilos de vida que estimulan la recuperación y la prevención de recaídas.
6. Debe haber evidencia de involucramiento y apoyo a la familia y de la familia, educación y terapia familiar. Debe estar claramente documentado

cuando haya contraindicación médica para el involucramiento de la familia.

### **NIVEL II.b: PROGRAMA DE HOSPITALIZACION PARCIAL**

Es una modalidad de cuidado para proveer servicios de tratamiento altamente estructurado con supervisión de personal médico y de enfermería así como de la intervención de un equipo interdisciplinario que ofrece sus servicios en una modalidad ambulatoria. Es una modalidad de cuidado que provee servicios de tratamiento ocho horas diarias, siete días a la semana.

#### **A. Necesidad Clínica**

1. El paciente deberá haber sido diagnosticado de un trastorno relacionado a sustancias por un profesional de la salud mental debidamente licenciado.
2. Los síntomas y signos que presente el paciente deberán cumplir con los criterios descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, (DSM) edición vigente, para el diagnóstico del trastorno relacionado a sustancias identificado.
3. El diagnóstico deberá haberse realizado después de una adecuada intervención directa entre el paciente y un profesional de la salud calificado.

#### **B. Criterios de Admisión**

1. Hay evidencia clínica de la necesidad de una modalidad de tratamiento interdisciplinaria altamente estructurada y coordinada para tratar un trastorno relacionado a sustancias lo suficientemente grave o complicado como para no poder ser manejado con éxito a un nivel de cuidado inferior, pero no lo suficientemente severo para requerir una admisión hospitalaria.
2. La condición mental del paciente requiere observación médica y de enfermería adecuada tal y como observación periódica de estado mental, administración de medicamentos y monitoreo de signos vitales, necesarios para la mejoría del paciente.
3. Hay evidencia clínica de que el paciente no puede ser atendido con seguridad en un nivel de cuidado inferior.

4. El apoyo psicosocial es suficiente y adecuado que permite que el paciente pueda estar sin supervisión clínica durante el período que permanece fuera del programa.
5. La condición del paciente requiere cuidado médico y de enfermería por seis o más horas diarias más de tres veces a la semana.
6. En casos de fracasos repetidos de tratamientos existe evidencia de que esta modalidad de tratamiento por sus características, es apropiada para tener mayor probabilidad de éxito en la recuperación. Debe proveerse documentación que confirme el potencial terapéutico de esta modalidad de cuidado.
7. GAF de 50 o menos.

### C. Criterios para continuidad de cuidado.

1. El paciente continúa manifestando signos y síntomas consistentes con los criterios de admisión o nuevas situaciones se han presentado que justifican su permanencia en este nivel de cuidado.
2. El paciente demuestra cumplimiento consistente con las metas de tratamiento, habilidad para reportar dificultades con el progreso del tratamiento y el uso de intervenciones cognitivo-conductuales para alterar patrones de conducta inadaptables, esto incluye identificación de disparadores de recaída, sistema de apoyo para la sobriedad, asistencia a sesiones terapéuticas y compromiso con estilos de vida que estimulan la recuperación y la prevención de recaídas.
3. Existe evidencia clínica documentada de que el paciente perdería beneficio terapéutico o empeoraría si se ubica en un nivel de cuidado de menor intensidad.
4. La abstinencia del paciente es monitoreada a través de muestras de orina y se realizan modificaciones al plan de tratamiento ante la contingencia de pruebas de orina positivas.
5. El plan de tratamiento identifica áreas problemáticas necesarias de intervenir para la recuperación, establece prioridades y las contempla en el plan de de tratamiento para la resolución de las mismas.

## Modelos de Intervención Terapéutica de Base Científica

La complejidad del fenómeno de la adicción a sustancias y las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales, políticas y económicas de los trastornos adictivos que interactúan de manera única e individualizada sobre cada una de las personas afectadas por un problema de drogadicción, todos los cuales afectan el curso y desarrollo de la enfermedad, pone sobre los hombros de los profesionales que laboran en el campo del tratamiento para la adicción la responsabilidad de utilizar métodos y modelos de tratamiento innovadores y tradicionales, de base científica, medibles y efectivos.

El dominio por parte de estos profesionales del repertorio de los modelos de intervención terapéutica de comprobada efectividad y el uso selectivo de éstos, según lo requieran las necesidades de tratamiento del paciente, es necesario para lograr el objetivo ulterior de este proceso: la rehabilitación del paciente.

A continuación presentamos solamente algunos de los modelos de intervención terapéutica desarrollados por los científicos, peritos, teóricos y profesionales en el área de tratamiento para la adicción, que han probado ser efectivo en el tratamiento para las adicciones, los cuales pueden ser utilizados aislada o combinadamente.

### Prevención de Recaídas<sup>36</sup>

Este modelo de terapia cognoscitivo-conductual fue desarrollado para el tratamiento de problemas de adicción al alcohol y adaptado posteriormente al tratamiento de dependientes a cocaína y otras sustancias.

El modelo de intervención terapéutica de Prevención de Recaídas (Relapse Prevention) parte de la concepción de que la adicción es una enfermedad bio-psico-social. Esto significa que es una enfermedad física (bio) que afecta la mente (psico) y las relaciones (social).

<sup>36</sup> Gorski , Terence, How to Start Relapse Prevention Support Groups, based Upon the CENAPS Model of Treatment, Herald House/Independence Press, 1989; Gorski , Terence and Miller Merlene, Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention, Herald House/Independence Press, 1986; Gorski and Marlatt, A dialogue on Relapse Prevention, The Addiction Letter, Vol. 7, No.6, 1991.

Postula que la recuperación de la enfermedad empieza con la aceptación del hecho de que no es posible el uso “seguro” de drogas o alcohol, pero el conocimiento de que las sustancias químicas son dañinas no es suficiente. El dejar de usarlas es necesario, pero la abstinencia tampoco es suficiente, es sólo un primer paso en el proceso de recuperación. Aprender a vivir “normalmente” sin el patrón adictivo a sustancias requiere más que la abstinencia. Requiere que se corrijan los daños físicos, psicológicos y sociales causados por la adicción. El adicto debe aprender a lidiar con todas las presiones del diario vivir en una manera saludable, no adictiva.

En este proceso de re-aprendizaje, la recaída en uso de drogas forma parte del proceso de recuperación. Las tendencias a la recaída son vista bajo la luz de este modelo como una oportunidad para trabajar terapéuticamente con una tendencia normal y natural, que de no ser atendida en el proceso terapéutico va a crecer y fortalecerse.

Se basa en la teoría de que los procesos de aprendizaje juegan un papel crítico en el desarrollo de patrones conductuales mal-adaptativos. Los pacientes mediante este modelo aprenden a identificar y a corregir conductas problemáticas. El conjunto de estrategias de intervención que se utilizan bajo este modelo están dirigidas a facilitar el autocontrol, en la exploración y análisis de las consecuencias positivas y negativas debido al uso continuado de drogas, el auto-monitoreo para reconocer tempranamente los “disparadores” que aumentan el deseo de consumir sustancias e identificar las situaciones de alto riesgo de recaída y el aprendizaje y desarrollo de estrategias para lidiar con ellas exitosamente.

Las investigaciones demuestran que las destrezas aprendidas a través de la prevención de recaídas permanecen aún después de la terminación del tratamiento.

### Modelo Sistémico Interaccional

El modelo de Terapia de Grupo Sistémico Interaccional<sup>37</sup>, desarrollado por dos psicólogos puertorriqueños, los doctores Edwin Fernández y Mayra Muñoz Vázquez en el 1983 es el modelo que al presente está siendo utilizado por los Centros de Tratamiento Ambulatorios de Alcoholismo en la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción (ASSMCA).

<sup>37</sup> ASSMCA, Modelos de Intervención, Junio de 1995.

Este modelo de tratamiento está conceptualizado en tres etapas de intervención, todas las cuales se trabajan a través de terapias grupales, terapias individuales, terapias de cónyuges y terapias familiares.

La Etapa I es básicamente una etapa evaluativa, dirigida fundamentalmente a crear conciencia en el participante de su problema con la bebida y las consecuencias que el consumo de alcohol introduce o ha introducido en sus vidas.

En esta primera etapa la Terapia de Grupo fomenta la auto revelación y retroalimentación entre los miembros del grupo. Ello como estrategias para que cada uno de los miembros se den a conocer a los demás miembros del grupo y a la vez se conozcan mejor a sí mismos, así como para que a través de las reacciones de los miembros del grupo a las verbalizaciones de cada uno de los miembros, ocurra un proceso de retroalimentación que le ayude a cada participante a verse a la luz de cómo lo ven los otros miembros del grupo, en términos de lo que hace o deja de hacer para lograr o conseguir los objetivos de abstinencia que se trazó al ingreso del programa. En esta etapa de la terapia de grupo, también el terapeuta evalúa y lleva al grupo a analizar el proceso de desarrollo del grupo, en términos de:

- las relaciones de posición y poder que cada paciente va asumiendo en el grupo, para que cada cual tome conciencia de la posición que asume, y promover el examen y análisis del uso del poder en los procesos de dar solución a los conflictos humanos,
- las conductas de los miembros en torno a las normas de apoyo y respeto y de responsabilidad individual y social de los miembros del grupo, como ejercicio para promover que las normas iniciales del grupo se sustituyan por las normas antes mencionadas.

En la segunda etapa de Terapia de Grupo se lleva al grupo y a sus miembros a aceptar aquellos conflictos y problemas que obstaculizan su funcionamiento psico-social. El terapeuta, en un rol de facilitador, promueve la honesta, espontánea y libre expresión de cada participante. Se guía a los miembros del grupo a fortalecer su auto-imagen y a involucrarse afectivamente con el grupo y a ganar mayor confianza personal y grupal.

En la tercera y última etapa de las intervenciones de Terapia Grupal, el grupo, ya más maduro, empieza a discutir alternativas disponibles para manejar y solucionar conflictos o problema y a tomar las

decisiones que correspondan para resolver los mismos. La terapia de grupo alcanza su objetivo final cuando el paciente acepta plenamente su responsabilidad ante la vida sin tener que recurrir escapistamente al uso de alcohol.

En las Terapias de Familia Sistémica Interaccional que se llevan a cabo en la primera etapa, se trata de determinar si toda la familia está afectada por un problema de alcoholismo o si se trata de una familia con un miembro alcohólico. En la segunda etapa las intervenciones se dirigen a lograr y mantener la abstinencia al alcohol de los miembros familiares afectados. En la tercera etapa se trabaja con la co-dependencia familiar resultante del desierto emocional que se experimenta una vez se abandona el uso de alcohol siendo la función del terapeuta ayudar a la familia a recobrar su estabilidad emocional; y en la última y cuarta etapa se entra en la búsqueda de alternativas y soluciones para reorganizar el funcionamiento familiar en un proceso de re-estabilización.

Bajo este modelo, la familia se conceptualiza como una institución social, la cual está compuesta por el subsistema marital, el subsistema padre-madre y el subsistema paterno/materno filial compuesta por los hijos.

La terapia familiar está dirigida a fortalecer el funcionamiento del subsistema marital, de forma que el mismo pueda desarrollar patrones de conductas de apoyo entre cónyuges en todas las áreas de su funcionamiento, así como la aceptación de la interdependencia mutua de esta unidad. En el área del subsistema paterno y/o materno filial se persigue identificar y promover el desarrollo y establecimiento de fronteras de funcionamiento en las relaciones padre/hijos que si bien le deben de permitir el acceso de los hijos a los padres, los excluya de las funciones de los cónyuges. Estas funciones se van modificando de acuerdo a las edades de los hijos, según crecen. La principal función del subsistema padre-madre-hijos, es la ejecución y la validación de la autoridad de las figuras paternas/maternas. Una de las tareas de los hijos en este subsistema es la de aprender a negociar con la autoridad de los padres desde una posición de desigualdad.

El modelo también propone el ofrecimiento de Terapias Individuales y Terapias de Cónyuge. La primera va dirigida a ayudar al cliente a conocerse mejor a sí mismo y a evaluar objetiva y maduramente las situaciones y problemas que le afectan, asistiéndolo el terapeuta a reducir tensiones, esclarecer situaciones y a identificar e implantar

soluciones. La Terapia de Cónyuge, por su parte, trabaja con las diferencias entre la pareja generadoras de conflicto, asumiendo el terapeuta un rol de mediador.

#### Psicoterapia Expresiva y de Apoyo (Supportive-Expressive Psychotherapy).

Este modelo tiene dos componentes de intervención principales:

- Técnicas de apoyo para ayudar al paciente a sentirse cómodo mientras discute sus experiencias personales.
- Técnicas de carácter expresivo para ayudar a los pacientes a identificar y trabajar asuntos de relaciones interpersonales. Se pone atención especial a la relación entre los efectos de las drogas; los problemas de sentimientos y conductas y cómo pueden éstos ser resueltos sin recurrir al uso de sustancias.

Las investigaciones han demostrado que han sido particularmente efectivas en pacientes en mantenimiento con Metadona y trastornos psiquiátricos moderados.

#### Consejería Individual en Adicción (Individualized Drug Counseling).

Este método terapéutico se centra principalmente en lograr reducir o detener el uso de sustancias, a través del establecimiento de metas a corto plazo dirigidas a lograr y mantener la abstinencia del paciente en el uso de drogas. Los servicios de consejería individual en adicción también se dirigen a atender áreas de funcionamiento general que están alteradas, tales como desempleo, conducta ilegal, relaciones en la esfera familiar y social, en las cuales el paciente está disfuncionando.

Por sí sola, este tipo de intervención de naturaleza socio-educativa no resulta efectiva. No obstante, las investigaciones nos indican que este método terapéutico mejora notablemente los resultados de tratamiento cuando se complementa o añade a otras técnicas terapéuticas.

Terapia de Estimulación Motivacional (Motivational Enhancement Therapy)<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.

Este modelo terapéutico, centrado en el paciente, focaliza principalmente en estimular el inicio de conductas de cambio y en ayudar al paciente a resolver su ambivalencia hacia el uso de drogas, propiciando el compromiso de éste con su proceso de tratamiento. La meta ulterior es lograr y mantener la abstinencia al uso de drogas.

Esta terapia se inicia con una evaluación comprensiva, seguida de varias sesiones de tratamiento individual con el terapeuta.

La primera sesión se centra en proveer retroalimentación sobre la información obtenida durante la evaluación comprensiva inicial, para estimular la discusión entre el paciente y el terapeuta en cuanto al uso personal de la sustancia y poner en claro aspectos concretos en que pueda apoyarse la auto-motivación.

Básicamente, los principios de la intervención motivacional se utilizan para fortalecer y exaltar la motivación del paciente hacia dejar de usar drogas y elaborar un plan para el cambio. Durante las intervenciones se sugieren estrategias para lidiar con situaciones de alto riesgo y se discuten las mismas con el paciente.

En las sesiones subsiguientes el terapeuta monitorea los cambios que haya podido generar el paciente y revisa si las estrategias para dejar de usar drogas están siendo puestas en práctica por parte de éste y continúa estimulando el compromiso del paciente para el mantenimiento de la abstinencia.

Este modelo terapéutico ha sido utilizado exitosamente en pacientes con dependencia a la marihuana y al alcohol.

#### Terapia Conductual<sup>39</sup>

El modelo de Terapia Conductual parte de la premisa de que las conductas inadaptativas pueden ser modificadas mediante la demostración de conductas alternas adaptativas y el refuerzo contingente de cada uno de los pasos progresivos que dé el paciente hacia la incorporación de dichas conductas adaptativas.

Las actividades terapéuticas incluyen el ensayo de conductas deseadas, registro y revisión de progreso y el uso del refuerzo social, (elogio/ premiación) y concesión de privilegios, si posible, cuando se van

alcanzando las metas establecidas. A través del uso de tomas de muestras de orina al azar para análisis toxicológico el terapeuta monitorea los procesos de abstinencia del paciente.

Este modelo terapéutico ayuda al paciente a obtener tres tipos de controles:

1. Control de estímulos: se ayuda al paciente en terapia a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y aprender a invertir más tiempo en actividades incompatibles con su uso.
2. Control de la Urgencia por el Uso de Drogas: Se ayuda al paciente a reconocer y cambiar pensamientos, sentimientos y planes que llevan al uso de drogas.
3. Control Social: En el proceso terapéutico se incorporan a miembros de la familia y colaterales significativos a ayudar al paciente a evitar el uso de drogas. Estos asisten a terapia y ayudan con las asignaciones que se le den al paciente para asistirlo y colaboran en los procesos dirigidos a reforzar o premiar conductas adaptativas deseadas.

Este modelo teórico ha sido principalmente ensayado con éxito en adolescentes y su éxito ha sido principalmente atribuible a la inclusión de miembros de la familia y a reforzar continuamente la conducta de abstinencia de drogas que es verificada mediante pruebas de orinas.

#### Terapia Familiar Multidimensional para Adolescentes<sup>40</sup>

Este modelo parte de la premisa de que el uso de drogas por parte de los adolescentes está relacionado causalmente a la presencia de una red de influencias (individuos, familia, pares, comunidad) y sugiere que el efecto de reducir conductas no deseadas y promocionar conductas deseables, debe realizarse en una variedad de formas y escenarios.

Consiste por tanto en el ofrecimiento de terapias de familia e individuales en múltiples escenarios: en la clínica, en el hogar, con miembros de la familia y con miembros de la comunidad.

Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en el aprendizaje de destrezas tales como capacidad para toma de decisiones,

<sup>39</sup> National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.

<sup>40</sup> National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.

negociación y solución de problemas, entre otros. Los adolescentes adquieren destrezas para comunicar sus pensamientos y sentimientos cuando se enfrentan a los estresores de la vida y adquieren destrezas académicas o vocacionales. Los padres en sesiones paralelas analizan sus modelos de crianza y aprenden a desarrollar maneras más apropiadas de relacionarse con sus hijos.

### Terapia Multisistémica<sup>41</sup>

Esta modalidad de intervención se enfoca en atender principalmente los factores relacionados con las conductas antisociales de niños y adolescentes que usan drogas. Entre estos factores están: actitud favorable hacia el uso de drogas, pobre disciplina, conflictos familiares, uso de drogas por parte de padres o familiares, pares con actitudes favorables al uso de drogas, deserción escolar, pobre interés o aprovechamiento escolar y vecindarios con ambiente marginal.

Los adolescentes y sus familias participan y completan un curso de tratamiento intensivo con intervenciones que se realizan en el ambiente natural del participante (casa, escuela y vecindario) dirigidos a atender cada uno de los factores.

Las investigaciones que se han realizado para determinar la efectividad de este método de intervención indican, que cuando se utiliza el mismo con jóvenes que exhiben conducta antisocial, se produce una reducción en el número de encarcelaciones y en el número de re-ubicaciones del paciente en centros residenciales de tratamiento u otros escenarios fuera del hogar.

### Enfoque de Refuerzo Comunitario con Vales de Recompensa<sup>42</sup>

Esta modalidad de servicios se utiliza con éxito en los programas ambulatorios intensivos de 24 semanas de duración para el tratamiento de la Dependencia a Cocaína. Las metas terapéuticas del programa son dos, principalmente:

1. Alcanzar la abstinencia a cocaína por el tiempo que sea necesario y suficiente para que el paciente aprenda nuevas destrezas de vida que le ayuden a mantener la abstinencia.

---

<sup>41</sup>National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.

<sup>42</sup>National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.

2. Reducir el consumo de alcohol en pacientes cuyo uso está asociado a uso de cocaína.

Los pacientes asisten a una o más sesiones de consejería por semana donde se focaliza en las relaciones familiares, en el aprendizaje de una variedad de técnicas que podrían ayudar a reducir el uso de drogas, reciben consejería vocacional, se propicia el aprendizaje de nuevas actividades recreativas y el establecimiento de redes de apoyo social.

Se realizan pruebas toxicológicas de orina dos a tres veces por semana y los pacientes reciben un vale por cada muestra de orina negativa. El valor de los vales va aumentando gradualmente conforme aumentan las toxicologías negativas y el paciente, puede cambiar los vales por mercancías que son consistentes con un estilo de vida, libre de cocaína.

Este método ha sido usado con éxito en pacientes en mantenimiento con Metadona que presentan una alta frecuencia de uso de cocaína intravenosa o que no mantienen la abstinencia a heroína.

### Tratamiento Diurno con Contingencias y Vales Asociados a la Abstinencia<sup>43</sup>

Este modelo de tratamiento fue originalmente desarrollado para tratar deambulantes dependientes de crack.

Las intervenciones parten de la evaluación comprensiva individual, el establecimiento de metas/contrato que el participante se compromete a alcanzar, consejería individual y grupal, grupos psico-educativos sobre diferentes temas, tales como: los recursos de la comunidad que están disponibles para asistirlos, orientación sobre las drogas y sus efectos, prevención de contagio HIV/SIDA, metas de rehabilitación vocacional, prevención de recaídas y planificación de las actividades del paciente durante el fin de semana. También se celebran reuniones de comunidad durante las que el participante revisa, frente al grupo, las metas establecidas en el contrato y se provee para el apoyo y estímulo entre los mismos participantes.

Los participantes reciben consejería individual una vez a la semana y sesiones grupales tres veces a la semana. Durante los dos primeros meses del tratamiento los participantes pasan un promedio de

---

<sup>43</sup>National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.

5.5 horas diarias en el programa, el cual les provee almuerzo y transporte de ida y vuelta a los refugios, que son sus hogares.

Después de dos meses de tratamiento y luego de, al menos, dos (2) semanas de abstinencia, los participantes asisten a un componente de trabajo que paga un salario que puede ser utilizado para renta de viviendas económicas y viviendas libre de drogas. También reciben vales para actividades recreativas libre de drogas.

La investigación de este modelo seguido de trabajo y vivienda contingente a la abstinencia de drogas, tuvo efectos positivos en uso de alcohol, cocaína y días de deambulaci3n.

#### El Modelo Matriz<sup>44</sup>

Este modelo de intervenci3n est1 dirigido, principalmente a la poblaci3n de dependientes a estimulantes en tratamiento, para ayudarlos a alcanzar la abstinencia. Los pacientes aprenden asuntos esenciales relacionados a adicci3n y recaída; reciben direcci3n y apoyo por terapeutas adiestrados, se familiarizan con grupos de apoyo y son monitoreados con pruebas toxicol3gicas de orina. El programa incluye educaci3n a miembros de la familia afectados por la adicci3n.

La relaci3n terapeuta-participante es directa y realista, pero no confrontativa o paternal. El terapeuta dirige las sesiones de forma tal que promueve y fortalece la autoestima del paciente, la dignidad y la autovaloraci3n. Este tipo de intervenci3n es esencial para promover la retenci3n. El programa es de corte ecl3ctico y contiene muchos de los componentes de otros programas de tratamiento. Se utilizan materiales escritos y manuales que contienen ejercicios específcos para cada uno de las sesiones terapéuticas.

---

<sup>44</sup> National Institute of Drug Abuse: Principles of Drug Addiction: A Research Based Guide, NIH Publication, 1999.