

LAS DROGAS, LA MUJER Y LA FARMACIA

—Notas preliminares—

Por ROSA DEL OLMO*

Desde hace algunos meses vengo reflexionando sobre la temática de las drogas, y cada día me convengo más de que es el negocio económico y político más espléndido de la década de los ochentas, y en que ya no cuentan las fronteras nacionales. Sin embargo, también observo, a medida que intento profundizar en el tema, una proliferación exagerada de libros que, tal como acertadamente señaló el investigador alemán HANS BEHR en su libro *la droga: potencia mundial*, solo coinciden en una cosa: “mezclan la realidad con la leyenda y los rumores con la fantasía de manera muy desconsiderada...”¹.

De ahí que pareciera fundamental en todo esfuerzo por comprender la problemática de las drogas en la actualidad, con miras a formular estrategias para su posible solución, comenzar por establecer algunos criterios que, además, me van a permitir formular aquí mis planteamientos.

Ante todo debo señalar cómo, a medida que se profundiza en este complejo mundo de las drogas, se evidencia una serie de diferencias específicas entre las diversas drogas en términos de patrones de tráfico y consumo, por lo tanto en términos de cómo y por qué han surgido sus respectivos controles, todo lo cual conduce a afirmar que cada droga debe ser analizada separadamente.

No es lo mismo la historia de la marihuana que la historia de la cocaína, como tampoco las particulares historias de los psicofármacos y del alcohol. Todas sin embargo corresponden a la definición formal de la palabra *droga* establecida por la Organización Mundial de la Salud, es decir, “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más funciones de este”²; lo que varía sin embargo es su control; de ahí que esta definición formal no corresponda siempre en la práctica con su definición real, la cual equivale más bien a “toda sustancia prohibida”, con lo que se excluyen unas y otras no, de la definición, como es de todos conocido.

Al mismo tiempo, hay cada día mayores evidencias para poder afirmar que existen claras diferencias entre esos “organismos vivos” (léase personas) en términos de tipo de sociedad, clase social, edad y sexo así como entre estas categorías se

* Profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad Central de Venezuela.

¹ HANS-GEORG BEHR, *La droga, potencia mundial*, Barcelona, Edit. Planeta, 1981, pág. 61.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Informe Técnico*, núm. 407, 1969, pág. 6.

observan diferencias en la prohibición o no de diferentes drogas tanto a nivel del tráfico como del consumo. Por ejemplo, hay sociedades en que se permite el consumo de marihuana y sociedades en que se prohíbe, así como hay sociedades en que se prohíbe la venta (lo que equivale a tráfico) del alcohol.

Llama la atención sin embargo la ignorancia, y sobre todo el silencio, en torno a estas diferencias. Pero es que también estamos acostumbrados a oír hablar de la droga, y no de las diferentes drogas y a asociarla con un virus presente en todas partes como "epidemia", así como de responsabilizar a una serie de "organismos vivos" (léase consumidores y traficantes) que se dedican a contaminar a los demás.

Cualquier encuesta que hagamos entre la población sobre las drogas nos indicará cómo se asocia la droga inmediatamente con la juventud, porque es esa "la leyenda y la fantasía". Como tenemos la tendencia a pensar en una sola droga, generalmente marihuana, y solo hasta hace poco cocaína, y como hay muchos más jóvenes que viejos y aquella se vincula a movimientos de jóvenes, especialmente en USA³, es mucho más simple vincular a la juventud con la droga. Se nos ha creado un estereotipo en el cual droga es sinónimo de *joven-varón* y, las más de las veces, *joven-varón-marginal*, y si es posible también *delincuente*, porque el problema se maneja a un nivel tal de generalidad y superficialidad, muy probablemente para ocultar las diferencias antes señaladas y sus múltiples contradicciones.

Pero resulta que la cosa no es tan sencilla. Existen diferencias evidentes en los patrones de consumo, según los tipos de drogas en términos de edad y sexo, lo cual complica pero al mismo tiempo aclara el panorama, con lo que se pueden formular estrategias si realmente se busca su solución.

Habiendo planteado el problema en estos términos, quiero ahora compartir con ustedes algunas reflexiones muy preliminares sobre "la mujer, las drogas y la farmacia". Para comenzar, me voy a referir a una recopilación de estudios con el título *Mujer y drogas*, publicada recientemente por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) del gobierno norteamericano, en la que en su introducción leemos lo siguiente:

"A medida que la atención sobre el campo del abuso de drogas comenzó a expandirse más allá del consumo de opiáceos, los investigadores comenzaron a reportar descubrimientos, que sugirieron cómo los patrones de consumo de droga de las mujeres no pueden establecerse simplemente generalizando de los estudios sobre los de los hombres... En su lugar, comenzaron a surgir estudios que sugieren cómo muchos de los problemas de las mujeres consumidoras no son menores, iguales o superiores a los de los hombres consumidores, sino que son *propios del consumidor femenino* y con necesidad de explicarlos *desde su propio marco de referencia*"⁴.

Es decir, esta publicación, que reúne más de 300 investigaciones sobre las drogas y la mujer, señala una problemática particular y propia de la mujer consumi-

dora de drogas, pero —y esto es lo importante— destaca la existencia del problema. Es decir, la mujer en su propia especificidad debe ser objeto de estudio, separadamente del hombre y del joven, tanto en el tráfico como en el consumo de drogas.

Yo me voy a referir aquí exclusivamente al *consumo*, porque es donde más se ha investigado. La mayoría de las investigaciones han sido realizadas en los Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Unas promovidas por organismos oficiales dirigidos a estudiar el área de la salud, otras a raíz de las inquietudes de los grupos feministas. Pero todas por supuesto como resultado del espacio que va a ocupar el tema de la mujer como objeto propio, a partir de comienzos de la década de los setenta, precisamente en esos países desarrollados.

Es entonces con base en lo estudiado en los países desarrollados como podemos iniciar la reflexión para plantear la urgencia de comenzar a realizar investigaciones en este sentido en nuestros países. Si en los Estados Unidos el problema de las drogas no es campo exclusivo del sexo masculino, es evidente que tampoco lo es en nuestros países, sobre todo cuando recordamos el carácter transnacional del problema.

Según informaciones oficiales, se ha podido conocer —ya que nadie duda del desarrollo electrónico norteamericano para no confiar en sus bancos de datos— que para el año de 1980 la mitad de los pacientes que ingresaron en los puestos de emergencia de los hospitales de los Estados Unidos eran mujeres con episodios relacionados con abuso de drogas. Lo que hay que precisar sin embargo es el *tipo de droga* predominante en las mujeres, y ahí radica la reflexión principal que quiero presentarles a ustedes.

La revisión de una serie de investigaciones y encuestas nacionales hechas en los Estados Unidos revelan que la droga de mayor consumo por la mujer son los psicofármacos, y concretamente los tranquilizantes y sedantes. Es más: se afirma que permanentemente, con ocasión de numerosos estudios realizados ya desde los años setenta, cómo la proporción es de dos mujeres por cada hombre en el consumo de este tipo de drogas. Se señala continuamente a la mujer con mayor probabilidad de consumirlos regularmente, y muy especialmente aquellos productos derivados de la benzodiazepina, nuestros populares *ativan*, *Lexotanil*, *Tranxen*, *Valium*, por ejemplo; cuyo uso se inicia por canales legales con una prescripción médica pero que repetidamente se convierte en abuso y por lo tanto en farmacodependencia, precisamente por que son drogas permitidas.

Se ha observado también que las mujeres experimentan el doble de entradas en las salas de emergencia de los hospitales por abuso de estos tranquilizantes en relación con los hombres, el triple por analgésicos y el doble por sedantes no barbitúricos. Lo interesante es que estas tendencias hacia el consumo de tranquilizantes menores en la mujer son muy similares en los Estados Unidos, Canadá y Europa occidental, de acuerdo con los estudios realizados. Pero, además, se señala que existe "gran evidencia de que los índices de consumo están aumentando más rápido en las mujeres que en los hombres"⁵.

³ NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, *Women and Drugs*, Research Issues 31, US Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 1983, pág. 1.

⁴ BURT, M. B., GLYNN, TH y otros, *Psychosocial Characteristics of Drug Abusing Women*, NIDA Service Research Monograph Series, Rockville, 1985.

⁵ ETTORE BETSY, "Psychotropics, passivity and the pharmaceutical industry", en A. HENNMAN, R. LEWIS y T. MAYLON, *Big Deal, The Politics of the Illicit Drugs Business*, Pluto Press, Londres, 1985.

De las personas sometidas a programas federales de tratamiento en los Estados Unidos por abuso de tranquilizantes, se pudo observar que el 51% eran mujeres, a pesar de que solo el 28% de toda la población bajo tratamiento era del sexo femenino.

Es más, en relación con la población que se somete a tratamiento también se han establecido algunas particularidades. Por ejemplo, las mujeres que ingresan al tratamiento muestran mucha mayor incidencia en el abuso de psicofármacos que de metadona, alcohol o cocaína. Se ha logrado además establecer que el abuso de tranquilizantes dentro de la población femenina varía en función del *status* socioeconómico y marital. Las mujeres casadas, y en particular las amas de casa de más de 35 años, parecen tener mayor índice de consumo. Pero también varía en función de la fuente de adquisición. La mujer joven y la mujer trabajadora consiguen los psicofármacos por canales irregulares, es decir ilegalmente. En cambio, las mujeres mayores y las amas de casa los adquieren más frecuentemente por prescripción médica.

Diversas investigaciones coinciden en que para la explicación del consumo de drogas de la mujer es esencial estudiar la relación de la paciente femenina con los médicos, ya que dos terceras partes de las prescripciones para psicofármacos son escritas para mujeres, siendo la droga más común la que contiene benzodiazepina.

La benzodiazepina se vende en la actualidad bajo más de 800 marcas registradas y se considera que casi una quinta parte de la población mundial, o sea más de 600 millones de habitantes, se cuentan entre los consumidores regulares. Habría que determinar, sin embargo, cuántos de estos son mujeres, lo que resulta bastante difícil. Un estudio realizado en Inglaterra, por ejemplo, reveló que de 115 avisos sobre tranquilizantes publicados en el *British Medical Journal*, 91 se referían directamente a mujeres, es decir el 80%.

Por todo lo dicho, parece ser que los principales clientes, y por lo tanto consumidores de este tipo de drogas, son las mujeres, que en todos los casos se inician por prescripción médica. Lo que se olvida, sin embargo, es que estos tranquilizantes, a pesar de que se anuncian como agentes de antiansiedad para tratar la depresión, pueden producir diferentes efectos en la mujer en diferentes etapas del ciclo menstrual. Las investigaciones han comprobado que producen antiansiedad premenstrual pero intranquilidad en la fase postmenstrual. Es más, los libros especializados señalan que pueden crear farmacodependencia si se consumen más de tres meses seguidos, y que todas se potencializan con el alcohol, advirtiéndose, además, que no se debe manejar un vehículo cuando se consumen. ¿Cuántas mujeres que inocentemente las consumen saben esto? ¿Cuántos médicos se lo advierten? ¿Cuántos accidentes de tránsito en nuestro país serán ocasionados por estos tranquilizantes legales?

Estas inquietudes, producto de algunas lecturas, me han llevado a examinar la situación en nuestro país, Venezuela, y más concretamente Caracas, de manera bastante rudimentaria, pues no contamos con bancos de datos sobre la situación como en los países desarrollados. Algunos farmacéuticos amigos ofrecieron muy generosamente los récipes blancos para que yo pudiera examinar la situación. Logré en este sentido realizar una prueba piloto en tres farmacias —una ubicada en el Litoral, otra en las Colinas de Bello Monte y otra en la Parroquia Candelaria, con los récipes blancos correspondientes a las ventas de 1985, los cuales clasifiqué,

y procedí a aislar todos los productos derivados de las benzodiazepinas y a tabularlos cuando era posible, según el sexo del paciente y del comprador. Los resultados evidentemente no son tan exactos como hubiera querido, porque unos récipes no traen el nombre del paciente y otros ni siquiera el del comprador. Descartando estos, sin embargo, encontré resultados que corroboran las investigaciones realizadas en los países desarrollados: las benzodiazepinas son los psicofármacos de mayor venta, además son adquiridos en mayor proporción por mujeres en las tres farmacias revisadas. Quedaría por determinar si estas mujeres han desarrollado una farmacodependencia de los mismos, lo cual no es posible con una investigación tan superficial.

Pero vayamos a los datos encontrados:

1) La farmacia ubicada en las Colinas de Bello Monte recibió récipes blancos en 1985 para 34 productos, de los cuales 18, o sea el 53%, eran derivados de las benzodiazepinas. El total de récipes blancos para las benzodiazepinas fue de 1518, de un total general de 2262, es decir el 67% de las ventas. De estos récipes para benzodiazepinas se conoció el sexo del paciente en 1066 casos, de los cuales el 64% eran mujeres.

2) La farmacia ubicada en la Candelaria recibió récipes blancos en 1985 para 33 productos, de los cuales 20 eran benzodiazepinas, es decir el 61%. El total de récipes blancos para las benzodiazepinas fue de 524 de un total de 669, es decir el 78%. De estos se conoció el sexo del paciente en 498 compras de benzodiazepinas, de los cuales el 53% fueron mujeres.

3) La farmacia del Litoral recibió récipes blancos para 29 productos, de los cuales 20 eran benzodiazepinas, o sea el 69%. El total de récipes blancos para estos fue de 376 de un total de 443, es decir, el 88% de las ventas. Se conoció el sexo del paciente de benzodiazepinas en 333 casos, de los cuales 61% fueron mujeres.

En conclusión, en las tres farmacias son mayores los récipes vinculados con la mujer que con los hombres. Creemos sin embargo que si hubiera mayor control de parte de los médicos y de los farmacéuticos para especificar en el rónimo el sexo del paciente, la proporción probablemente sería mucho mayor porque la tendencia estadística así lo refleja.

Quisimos también, a pesar del poco tiempo disponible y de lo rudimentario de la tabulación, determinar cuáles de todos estos productos son los más frecuentes. Elegimos los cuatro de mayor venta, y en las tres farmacias coincidieron los mismos productos aun cuando variaron en orden de importancia: ATIVAN, LEXOTANIL, TRANXEN y VALIUM son los primeros cuatro, de todos los productos vendidos con rónimo blanco⁶.

⁶ Es interesante señalar que en las tres farmacias el quinto lugar en volumen en ventas lo ocupa el FENOBARBITAL, y también predominan las mujeres como consumidoras. En la farmacia de Colinas de Bello Monte, el 65% de los récipes para adquirir este barbitúrico fue para mujeres; en la farmacia de la Candelaria, el 57% y en la del Litoral el 76% de los récipes.

	Farm. Colinas	Farm. Candelaria	Farm. Litoral	Compañía Pr
ATIVAN	1er lugar	4º lugar	3er lugar	WYETH
LEXOTANIL	2º lugar	2º lugar	1er lugar	ROCHE
TRANXEN	3º lugar	1º lugar	2º lugar	ROUSSEL
VALIUM	4º lugar	3º lugar	4º lugar	ROCHE

He querido con estas notas preliminares despertar el interés para que se siga investigando en esta línea con el objeto de contribuir a no seguir mezclando *la realidad con la leyenda y los rumores con la fantasía* en este multifacético campo de las drogas.

SECCIÓN DE JURISPRUDENCIA