

29-
56



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

TOXICOMANIA, CAPITALISMO Y DESARROLLO URBANO: EL CASO DE LA CIUDAD DE MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A N :
LUZ MARIA SANCHEZ LOPEZ
YANGA VILLAGOMEZ VELAZQUEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA,

MAYO DE 1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
Prólogo.....	1
Introducción.....	I
Capítulo I. Clasificación de las drogas. Patrones de uso.....	11
a) Drogas lícitas.....	12
b) Drogas ilícitas.....	19
Capítulo II. La toxicomanía y el desarrollo urbano. La organización de la salud en México.....	40
a) Ciudad y toxicomanía.....	41
b) Problemas de salud-enfermedad y toxicomanía.....	60
Capítulo III. Drogas y capital.....	77
a) Concepción mítica.....	80
b) Concepción científico-burguesa....	92
Conclusiones.....	115
Notas.....	120
Bibliografía.....	128
Anexo.....	134

P R O L O G O

Pretendemos que el lector de este trabajo sea aquel sector de la sociedad mexicana cuyos problemas de formación histórica y de condiciones materiales de vida motivaron en gran medida nuestro interés por desarrollar un trabajo sobre el uso de drogas y su papel en la reproducción y pervivencia del modo de producción capitalista en México. Sirva nuestra modesta contribución a la lucha por el rescate de la memoria histórica de la clase trabajadora mexicana, vale decir, a la conformación de una conciencia de clase que en nuestro país aún se encuentra en estado embrionario. Porque consideramos que el uso de drogas, tal como se manifiesta en la actualidad, es un elemento más de la reproducción del capital y de la enajenación del sujeto revolucionario.

La vía a través de la cual pretendemos acercarnos a este objetivo es la desmitificación de algunas ideas de la conciencia común en torno al uso de drogas. Así, queremos exponer las ca -

racterísticas que hacen de la droga una mercancía más produciendo, al igual que el resto, plusvalor para un cierto sector de la burguesía.

Posteriormente pasamos a su consumo por una parte de los miembros de la sociedad, constituida por fracciones del proletariado y del ejército industrial de reserva, circunscribiéndolo al espacio histórico-geográfico de la zona metropolitana. Esta restricción se debe a que sobre las otras clases de la sociedad, vale decir, pequeña burguesía y burguesía, no hay información disponible, ya que estas clases no tienen necesidad de recurrir a los servicios de salud públicos, que son de los que en mayor medida es posible obtener información estadística. Por otra parte, ellas tienen un marcado interés por falsear el verdadero motivo de sus consultas médicas. Así pues, nuestro objeto de estudio queda limitado, por disponibilidad de información pero también por interés de clase, a los sectores más depauperados de la sociedad mexicana.

Dichos sectores son el producto del proceso de industrialización que a partir de los años cuarenta se convierte en el modelo preponderante del desarrollo económico del país y son también sus actores más desafortunados en tanto que son ellos quienes cargan con el costo social y económico de dicho proceso.

De manera análoga al razonamiento que sigue Federico Engels en La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra, donde, entre otras cosas, ubica el alcoholismo y la prostitución como un producto necesario de las condiciones de vida en que la burguesía

III.

mantenía a la clase obrera naciente en la Inglaterra de la Revolución Industrial, pretendemos correlacionar la utilización de drogas con algunos aspectos que conforman las condiciones generales de vida de la clase trabajadora en México. Aún más, pretendemos establecer una relación directa entre la utilización de drogas y un momento histórico específico que en este caso es la sociedad capitalista y concretamente, la sociedad mexicana. Ello implica que el análisis que aquí realizamos se estructura en base a un marco teórico que nos permita aproximarnos a nuestro objeto de estudio, cuyo rasgo fundamental es la lucha de clases. Y lo hacemos de esta manera porque uno de los grandes mitos es precisamente la idea de que la toxicomanía afecta por igual a todas las clases sociales.

Ubicado en este contexto, el uso de drogas deja de ser una enfermedad para convertirse en un síntoma de un cuadro patológico en cuyo origen se encuentran el pauperismo, la marginación y todas las limitaciones que dan origen a la frustración en un mundo fantasmagórico de mercancías destellantes e inalcanzables.

Ya son muchos los trabajos que han expuesto la ancestralidad del uso de drogas; lo que creemos significativo es la especificidad que lo caracteriza en cada momento histórico. Por esta razón, nos limitamos al modo de producción capitalista, en el que dicha práctica se convierte en medio de evasión y es condenada (sólo a principios de este siglo) en nombre de la legalidad, en algunas de sus modalidades, con lo cual se mistifica una vez más el carácter de clase de la producción y el consumo de estas sustancias,

lo que favorece el amarillismo de la prensa.

Finalmente, y apoyándonos en todo lo anterior, sostenemos que la asociación juventud-drogas no es más que otra cara de la mistificación burguesa del problema, que por un lado condena a los jóvenes proletarios por experimentar con ciertas drogas o ser adictos a ellas, y por el otro propicia, sin escatimar medios, el consumo masivo y escandaloso de bebidas alcohólicas, medicinas de patente y tabaco, y que no son sino otras tantas drogas que el capital ha introducido a la producción legal de mercancías.

Como resultado del análisis realizado, concluimos que la alternativa de la clase obrera para la solución de su problema de adicción a drogas tendrá que ser producto de su propia toma de conciencia como clase. En este sentido, toda la actividad preventiva y/o terapéutica encaminada a tal fin tendrá que ser forzosamente subversiva, en tanto que dirigida a la emancipación ideológica, política, económica, cultural de la clase obrera. De hecho ya existen en este momento brotes embrionarios de actividades de este tipo en la ciudad de México (consultar anexo).

I N T R O D U C C I O N

La dificultad de construcción de nuestro objeto de estudio, es decir, de la toxicomanía como objeto sociológico, deriva del hecho de que no existe un criterio uniforme y coherente para la consideración de una sustancia como droga; son múltiples y dispares los puntos de vista que convergen en ello.

Jurídicamente se considera droga una sustancia que es objeto de criminalización, aquella cuyo uso, venta e inclusive producción, están penalizados por la ley. Esta penalización aparentemente se basa en el grado de peligrosidad con respecto a las consecuencias orgánicas y sociales de su ingestión o consumo, y tiene como fundamento un criterio médico que es el que predomina de manera determinante en la prohibición de una sustancia.

Pero este criterio que distingue a las sustancias y su uso en lícitos e ilícitos, en realidad carece de fundamento científi

co, ya que sustancias cuyo uso provoca tan graves consecuencias como el alcohol -y la intoxicación alcohólica- y los inhalables, no se hallan clasificados como sustancias ilícitas.

Por esta razón, y en los términos de Markos Zafirooulos y Patrice Pinell, la "construcción de la toxicomanía como objeto sociológico pasa necesariamente por el análisis de las condiciones sociales de producción de lo arbitrario jurídico a partir del cual se ordena la criminalización de ciertos consumos. Porque criminalizar prácticas es, al mismo tiempo, criminalizar grupos de consumidores"¹

De ~~aquí~~ se entiende que el criterio jurídico de producto legal e ilegal sea el resultado de una correlación de fuerzas sociales en la que un grupo social dominante busca descalificar a otro u otros que ponen en cuestión su poder; las drogas se convierten así en un medio cuya manipulación permite la criminalización de ciertos grupos sociales y su invalidación "como personalidad (es) psicopatológica (s)"².

Así pues, siendo el alcohol un producto de consumo generalizado, y alrededor del cual gira una cultura y una serie de connotaciones aceptadas, es muy difícil que se convierta en objeto de penalización en una sociedad como la nuestra; lo mismo puede decirse del tabaco y la cafeína, así como de las medicinas de patente que contienen sustancias alteradoras del sistema nervioso. Por lo que concierne a los inhalables, son evidentes los grandes

intereses económicos derivados de su uso industrial que se oponen a la restricción o prohibición de su producción, circulación y venta al público.

Quedan penalizadas, entonces, drogas como la marihuana y los alucinógenos naturales, cuya utilización a partir de los años sesenta se inscribe en el marco de una corriente pequeño-burguesa contestataria marginal que las leyes burguesas y su ideología se encargan de penalizar y estigmatizar; la cocaína, la heroína y otros derivados del opio cuya producción escapa al control de los grandes monopolios farmacéuticos, y que han pasado a formar parte de una marginalidad delictiva en constante confrontación con las disposiciones jurídicas. Y concretamente en México, los inhalables, cuya venta no se ha restringido*, pero que sí se ha convertido en estigma para sus consumidores, pues éstos son básicamente miembros de otro grupo marginal que resulta peligroso para el orden establecido: los llamados "marginados", hijos de las masas inmigrantes campesinas que forman los barrios miserables típicos de las grandes ciudades.

El punto de vista que domina la determinación de una sustancia como droga y de un sujeto como adicto, es el punto de vista médico.

Según él, la toxicomanía es "un encuentro entre productos que modifican el funcionamiento normal del aparato psíquico e individuos más o menos predispuestos, por el hecho de su 'fragili-

dad psíquica' a consumirlos, encuentro que es favorecido por ciertas condiciones socio-económicas y culturales. 'Drogas peli grosas', 'población en riesgo' y 'terreno favorable' constituyen el tríptico del discurso médico en el que la toxicomanía es abordada a la manera de una enfermedad endémica"³. En este esquema, la droga es el agente, en el sentido del virus, y el drogado el huésped, que pasivamente se convierte en receptor de un elemento externo.

En el terreno médico se han utilizado múltiples términos para designar la "enfermedad" de la toxicomanía, lo que ha complicado el problema: hay quienes hablan de drogadicción o adicción a drogas, de toxicomanía, y más recientemente, de farmacodependencia, atribuyendo implícitamente un mayor o menor peso a uno de los supuestos dos factores que interactúan, así como un mayor o menor grado de gravedad, dependiendo del término utilizado. Ello deriva también de la distinción, relativamente reciente, entre dependencia física y dependencia psíquica de una droga; la primera se entiende como la necesidad orgánica de ingerirla en dosis cada vez mayores, y la segunda como la necesidad para la estabilidad emocional de quien la ingiere.

Este esquema se complica porque es muy raro encontrar casos de dependencia de una sola droga, excepción hecha de la heroína, cuyo uso, por lo demás, es muy poco frecuente en América Latina; en nuestro país más bien es necesario hablar de politoxicomanías

En adelante adoptaremos el término toxicomanía, por una elección arbitraria, y por ella entendemos el estado de dependencia psíquica o física o ambas, provocado por la ingestión de una o más drogas. Incluímos en el concepto droga al opio y sus derivados, la cocaína, el alcohol, la cafeína, la nicotina, la marihuana, las plantas alucinógenas, y las sustancias sintéticas contenidas en ciertos medicamentos; asimismo, los inhalables y toda aquella sustancia que, teniendo originalmente un uso establecido distinto de la ingestión o la introducción en el organismo, sea utilizada con el fin de provocar un estado de intoxicación; entendemos ésta como un estado de ebriedad, ya sea estimulación o depresión del sistema nervioso central, con o sin presencia de alucinaciones o de síndrome de abstinencia en caso de privación repentina.

El tercer punto de vista con presencia importante en el estudio de las toxicomanías es el psicoanálisis, según el cual el uso de las drogas debe ser entendido por medio del análisis de los trastornos en la estructura psíquica del toxicómano; aquí la toxicomanía ya no es considerada como una enfermedad (enfermedad mental, que el punto de vista psiquiátrico sitúa al lado del suicidio y el alcoholismo), sino como un síntoma de los trastornos de tipo neurótico, psicótico, "border-line" o casos fronterizos** y de personalidad en general. Esto significa que las tendencias antes mencionadas, presentes en el individuo, son susceptibles de ser canalizadas hacia la toxicomanía, como pueden ser

lo, por otra parte, al suicidio. A la inversa, algunas toxicomanías pueden provocar a su vez brotes psicóticos en estado latente en el toxicómano, en virtud del daño orgánico que provoca la droga; éste es el caso del delirium tremens y las alucinaciones del alcohólico crónico.

La limitante de este enfoque, como ya lo han señalado autores como Roger Bastide o Michael Schneider, es que pierde de vista las causales sociales y económicas de los trastornos mentales, restringiéndose al mero análisis individual del toxicómano, válido desde el punto de vista estrictamente psicoanalítico.

Sin embargo, para un enfoque que pretenda tomar en cuenta las determinaciones sociales, el punto de vista psicoanalítico resulta de gran utilidad, pues proporciona los modelos descriptivos y analíticos de los trastornos mentales, que pueden ser explicados a partir de las modalidades del proceso social. Las causales que intervienen en los procesos psíquicos tienen que ver, en la sociedad capitalista, con el modelo de acumulación de una formación social dada. Y en este sentido, los procesos psíquicos individuales también constituyen procesos sociales históricamente específicos.

En México, dichas causales se expresan en una pérdida paulatina de los valores culturales más ancestrales de un sector de la población, como son el concepto de la comunidad rural, que se destruye con la descomposición de una concepción del trabajo li-

gada a la tierra y basada en la unidad del grupo y la participación de la familia, dicha descomposición tiene su origen en la imposición de un modelo de acumulación capitalista que privilegia las ciudades y las industrias sobre el campo y la agricultura. Otro aspecto de la acumulación capitalista es la necesidad del trabajo femenino e infantil fuera del hogar, lo que contribuye a romper lazos comunitarios y de solidaridad en la familia, convirtiendo las relaciones interpersonales de sus miembros en meras relaciones económicas y de autoridad; esta ruptura no se compensa con otras formas de inserción en la sociedad, como serían las ventajas que se suponen propias de la urbe: artes, recreación, trabajo. Y todo ello tiene como consecuencia el empobrecimiento económico, intelectual y del equilibrio emocional que acarrea la proletarianización de amplias masas de población, vale decir, la descalificación de un cierto tipo de trabajador.

Dicha descalificación tiene lugar tanto en el plano económico como fuerza de trabajo arrojada masivamente a un mercado que no tiene ni la necesidad ni la capacidad de absorberla totalmente, como en el plano social e ideológico, por medio, por ejemplo, de la estigmatización de algunas costumbres que le son características; por ello, esta descalificación significa también invalidación moral y política, en tanto que las masas en proceso de proletarianización no cuentan con los medios organizativos que les permitirían defender sus intereses.

El criterio epidemiológico que ha predominado en la realización de las investigaciones de campo y sus resultados, útiles para un acercamiento global al fenómeno, quedarán expuestos en nuestro primer capítulo. Cabe aclarar que éste fue elaborado con base en los escasos datos estadísticos a que fue posible acceder, casi exclusivamente anuarios estadísticos de los Centros de Integración Juvenil, estudios de casos realizados por investigadores de esta misma institución o relacionados con ella u otras similares e información periodística. Es necesario tomar en cuenta, para tener una idea de lo limitado del alcance de dicha información, que según estimaciones del antiguo Director del organismo, sólo acude a sus centros de tratamiento el 3% de la población con problemas de toxicomanía en el país. Añadamos que quienes acuden son un sector de los mismos muy característico: sobre todo jóvenes de clases populares, con escolaridad de primaria o secundaria. Finalmente, hay que decir que de ese 3% que acude, aproximadamente el 56% deserta del tratamiento en alguna de sus etapas.

El material al que aludimos antes presenta algunas características generales: se trata siempre -fuera de la información periodística- de reportes descriptivos redictados a partir de investigaciones epidemiológicas, llevadas a cabo por medio de técnicas de muestreo. El primer gran problema que se nos plantea es: ¿hasta qué punto es válido generalizar una observación realizada en algunos miles de habitantes a una población de millones? Pues

el supuesto básico del que parten dichas encuestas es el azar, a nuestro parecer bastante discutible y muy pobre desde el punto de vista explicativo, si bien útil en su aspecto descriptivo.

Por añadidura, sólo en casos excepcionales se nos habla de muestras de miles de habitantes, y la mayoría de los reportes están elaborados a partir de observaciones de algunos cientos y decenas de ellos, en muchos casos ni siquiera dos decenas completas.

Una segunda limitante consiste en que las variables utilizadas para realizar las encuestas carecen de un contenido conceptual riguroso, lo que correspondería a una posición teórica clara. Como sucede con frecuencia en los estudios sociales pretendidamente dotados de objetividad científica, las cifras aparecen en un primer plano, llenando las categorías de "ingreso", "edad", "ocupación", "escolaridad", "estado civil", etc... que sólo describen en la superficie y ocultan la verdadera esencia de clase de los sujetos observados, sin inscribirse en un contexto histórico social, de manera que las cifras reportadas a diestra y siniestra no expresan una convergencia de circunstancias económicas, políticas y hasta psicológicas que contribuirían a explicar las.

La tercera limitante, a nuestro parecer la de mayor importancia es la arbitraria restricción de las investigaciones de campo a un sector muy localizado: los habitantes de barrios marginales formados después de 1960. Quisiéramos pensar que esta res -

C A P I T U L O I

CLASIFICACION DE LAS DROGAS. PATRONES DE USO

El tráfico y el consumo de drogas en nuestro país han llegado a convertirse en parte de la cotidianidad del habitante urbano, y como tal, han sido escasamente cuestionados. Diariamente aparece en la prensa por lo menos una noticia por periódico, relacionada con el narcotráfico; en periódicos dirigidos a sectores proletarios -del tipo de La Prensa y Alarma- ésta cifra se eleva considerablemente; en otros, como el Uno más uno y El Día, la frecuencia es menor y el tratamiento de la información sustancialmente distinto: mientras en los dos primeros se privilegia es aspecto legaloide del problema, en el segundo caso se trata de inscribirlo en el marco de la problemática social que vive el país, y particularmente la ciudad de México. Sin embargo, debido a la mayor difusión del primer tipo de diarios, así como a su mayor impacto visual, y a las características del sistema de informa -

ción nacional en general, es posible inferir que el punto de vista que predomina en los más amplios sectores de la población es el que exponen estas fuentes informativas.

Lo anterior significa que para la mayor parte de los mexicanos las drogas no constituyen más que un problema de legalidad que concierne directa y exclusivamente a las autoridades jurídicas y penales, esto es, no al ciudadano común. Se reduce, pues, al narcotráfico, entendido como el comercio ilegal de sustancias tóxicas derivadas del opio, así como de cocaína y marihuana. Por otra parte, y como rezago de finales de la década de los años sesenta, se continúa asociando el consumo de dichas sustancias con la juventud, y sobre todo con los estudiantes.

Esta conciencia común destierra el problema de su mundo cotidiano y lo confina al universo de los medios bajos, subterráneos, de la delincuencia, la prostitución, el contrabando. Pero al asumir esta actitud, en realidad ha terminado por incorporarlo y, por lo tanto, la toxicomanía ha pasado a constituir un elemento más de la vida normal del ciudadano medio, adoptando formas alejadas del narcotráfico.

a) DROGAS LICITAS.

Nos referimos a aquellas formas que son precisamente características de la sociedad mexicana, y que han quedado un tanto

ocultas por la amplia publicidad que se da al tráfico de drogas ilegales en las fronteras del país. La primera de ellas es el alcoholismo, que se ha convertido en una de las principales causas de muerte, tanto por sus consecuencias orgánicas en el que ingiere bebidas alcohólicas, como por los accidentes y la violencia que ocasiona.

Como indicadores indirectos, mencionaremos algunas cifras. La cirrosis hepática, cuya causa más frecuente es el alcoholismo, y que en 1960 era la décimoprimer causa de muerte, en 1979 pasó a ocupar el octavo lugar, según el Instituto Mexicano de Psiquiatría. De 70 a 86% de los casos de emergencia atendidos en el Distrito Federal tuvieron como causa el abuso de alcohol. El 7.7% de accidentes en 1969 se debieron al alcohol, y en 1975, el 17.5%; el alcoholismo ocupa actualmente el cuarto lugar entre las causas de accidentes, y se halla presente en 23.8% de actos delictivos y 51% de actos de violencia y el 25% de suicidios.¹

Según otra fuente periodística, en 1971 hubo 12,938 defunciones por alcoholismo, de las cuales 10,704 se debieron a cirrosis hepática.² Según las informaciones sobre accidentes de tránsito, el 50% de mexicanos que mueren al año en accidentes automovilísticos, ha ingerido alcohol.³

Por otro lado, el Partido Acción Nacional afirma que en el país hay 2.5 millones de enfermos de alcoholismo en distintas etapas; de ellos, el 50% son mayores de edad, el 25% menores y el 25%

mujeres de distintas edades.⁴ De acuerdo con otras fuentes, la proporción es de un alcohólico por cada 75 habitantes;⁵ probablemente esta última cifra se refiera sólo a los alcohólicos crónicos, lo que explicaría la diferencia entre ambas estimaciones.

Cada vez es más fuerte la tendencia al alcoholismo entre los jóvenes y las amas de casa. De acuerdo con información del Jefe de Urgencias del Hospital General "Manuel Gea González" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a dicho hospital llegan pacientes cirróticos de siete delegaciones del sur de la ciudad, de los cuales la mayoría se encuentra entre los 20 y los 50 años de edad, y cada vez es mayor el número de jóvenes atendidos.⁶

Aparte de la repercusión del alcoholismo en la tasa y las modalidades de la mortalidad en México, también son de importancia sus consecuencias económicas así como las psicológicas. Entre las primeras puede contarse el ausentismo, cuyo promedio asciende al 12% en todo el país; en promedio, cada alcohólico crónico se ausenta de su trabajo el 20.5% de los días laborables del año.⁷ Por lo que se refiere a las segundas, baste multiplicar cada enfermo por el número de integrantes promedio en una familia mexicana, para tener una idea aproximada de la población indirectamente afectada por este problema, tanto en lo que concierne a su situación económica, que deviene precaria cuando el alcohólico es el jefe de la familia, como por cuanto respecta a

los trastornos psíquicos debidos a la inestabilidad económica y emocional de la familia. Amén de que el alcoholismo es causa de 26 casos de enfermedad mental por cada 100 mil habitantes⁸.

Otro indicador de la gravedad del problema es la proliferación de expendios de bebidas alcohólicas, los que se concentran notablemente en las colonias populares de las ciudades de México. Su costeabilidad va a la par de los gastos publicitarios de las empresas productoras. Ellas han llegado a crear una demanda de 186 millones de litros de vinos y brandys al año, que crece en un 2.3% anual; para satisfacer esta demanda, es necesario importar 13.1 millones de litros anualmente.

Así, ésta es una de las industrias más dinámicas en la economía del país, y es también una de las más favorecidas por la política del Estado, que le da facilidades para la difusión en los medios de comunicación, así como para la importación. En la década de los años setenta, la inversión acumulada de esta rama aumentó en 19% anual, llegando a 5 mil 828 millones de pesos en 1980⁹, mientras en 1970 fue de 2 mil 063 millones¹⁰.

Entre los privilegios de que goza la industria de bebidas alcohólicas se cuenta el precio preferencial del azúcar, que ésta paga al 50% del precio de venta al público, así como los créditos que la banca oficial le otorgó en 1981-1982, con los que se proyectaba incrementar la superficie cultivada con vid, de 70 mil a 120 mil hectáreas, antes del fin del sexenio de López

Portillo. Dicha superficie, aún sin los créditos oficiales ha crecido en una tasa anual de 5%,¹¹ que no ha sido alcanzado en los últimos años por ningún cultivo básico en el país. Este es sólo un ejemplo de la forma en que el Estado mexicano asume la lucha contra los problemas de alcoholismo.

Otra forma típica de adicción es el tabaquismo, que ha invadido los más amplios ámbitos de la vida social, y que no es reconocido, por lo general, como una forma de toxicomanía; sin embargo, es un hecho comprobado que el tabaco causa dependencia psíquica, y aunque no se ha demostrado fehacientemente que sea causante de dependencia física, sí se han observado síntomas de un síndrome de abstinencia en los tabacómanos privados de la nicotina que contiene la hoja del tabaco, como por ejemplo, el aumento de estados de ansiedad y el estreñimiento.¹²

La industria del tabaco, lo mismo que la del alcohol, está dominada por el capital transnacional y representa un área importante de inversión. Tres empresas controlan la producción en México: Cigarrera La Moderna, que cuenta con capital inglés y norteamericano en un 99%; Tabacalera Mexicana y La Libertad. Las tres producen un promedio de 2 mil 700 millones de cajetillas de cigarrillos al año, es decir, 54 millones de kilogramos de tabaco. El monopolio transnacional percibe utilidades de 3 mil 500 millones de pesos al año.¹³

Otra forma importante de toxicomanía en México es el uso abu

sivo de drogas de patente, fundamentalmente barbitúricos y estimulantes. Según información proporcionada por la Dirección General de Policía y Tránsito, el Servicio Médico Forense, 'Alcohólicos Anónimos y el Centro de Ayuda a Mujeres Violadas, "entre el 25 y 40% de la población consulta al médico por problemas de ansiedad o depresión; una tercera parte utiliza tranquilizantes u otros fármacos similares"¹⁴. Debido a los problemas característicos de la vida urbana (ruido, hacinamiento, agresividad, etc) existe una presencia notable de cuadros depresivos, neuróticos y psicóticos en una gran parte de la población citadina, lo que la lleva cada vez en mayor medida a recurrir a la atención médica psiquiátrica, aunque no siempre especializada. Además de estos casos, son de importancia las toxicomanías inducidas (iatrogenia)* por otros motivos, como en los tratamientos para adelgazar a base de anfetaminas o sustancias que al ser metabolizadas se transforman en anfetaminas, amén del alto índice de automedicación.

Para tener un conocimiento objetivo del consumo de fármacos producidos en laboratorio, sería necesario realizar una investigación completa sobre el mercado de los mismos, en la ciudad de México y a nivel nacional. No siendo éste el objetivo de nuestro trabajo, nos limitaremos a mencionar algunas características de la industria químico-farmacéutica.

Como ocurre en algunos sectores de la estructura económica del país, se puede hablar de una completa transnacionalización de

esta rama, ya que el 70% del mercado interno se encuentra monopolizado por las 40 empresas extranjeras más importantes, a quienes pertenece el 90% de las patentes.¹⁵ Por otra parte, los laboratorios transnacionales tienen un movimiento aproximado de 30 mil millones de pesos anuales, de los cuales sólo el 10% es reinvertido en una incipiente tecnología.¹⁶

Consideramos que la situación de la industria químico-farmacéutica debe ser analizada a la luz del capital mundial, que tiende a expandirse hacia ámbitos en los que la producción de medicamentos le reditúa ganancias considerables en virtud del escaso control estatal.

Como puede apreciarse a partir de esta breve exposición sobre las industrias del alcohol, tabacalera y químico-farmacéutica, el Estado mexicano ha asumido una actitud contradictoria ante el problema de las drogas: por un lado pretende lograr un consenso social publicitando ampliamente los logros de sus campañas contra el cultivo y el tráfico de drogas ilegales, y por el otro favorece ampliamente la producción y el consumo de drogas legales, pasando por alto las consecuencias que éstas tienen en la salud pública e individual, no sólo equiparables, sino superiores a las del narcotráfico.

Así, el Estado contribuye a la conformación de una imagen mistificante del problema de las drogas que lo torna confuso; en términos de Giovanni Jervis, la causa principal de esta confusión

es la segregación irracional entre drogas "lícitas" e "ilícitas". y tras ella se esconde el interés del capital internacional, que según el mismo autor, se ha apoderado del mercado de las drogas -lícitas o no-, fundamentalmente el de los psicofármacos, la heroína y los superalcohólicos.¹⁷

b) DROGAS ILICITAS.

Por lo que se refiere a las drogas ilícitas, hay algunos aspectos que es importante poner de relieve, pues tienen que ver con la forma específica de formación del capitalismo en México y con la manera en que el consumo de drogas afecta al conjunto de la sociedad mexicana. Cabe insistir en el hecho de que nos limitamos a la información que nos proporcionan las escasas investigaciones al respecto.

Nos referiremos a un sector de la población que ingiere drogas, específicamente la que asiste a los Centros de tratamiento del Distrito Federal, por ser la única acerca de la cual existe información más o menos sistematizada. Otras fuentes de menor importancia coinciden en términos generales con los anuarios estadísticos de los Centros. Se trata de reportes que abarcan muy pocos casos, por lo que no los consideramos significativos, además de que las variables que utilizan son siempre las mismas y sus resultados similares a los de los anuarios y a los de las encues

tas nacionales.

Consideramos de utilidad referirnos a las cifras absolutas cu
yos porcentajes expondremos más adelante, las cuales han sido de
terminadas por la orientación que han seguido los centros de tra
tamiento a lo largo de los cuatro años a que nos referimos, que
son los que van de 1978 a 1981. Al principio la institución brin
daba atención terapéutica a pacientes con todo tipo de transtor-
nos mentales, entre los cuales figuraba la toxicomanía. Pero a
partir de 1980- 1981 el servicio se restringió a la atención de
los casos correspondientes a esta última categoría. Ello explica
en parte la disminución del número de pacientes captados, que en
1981 es inferior en un 58% con respecto a 1978, como se observa
en la figura 1. La escolaridad de estos pacientes es predominan-
temente de primaria y secundaria, como puede verse en la figura
2.

Es claro que el uso de drogas como el opio, la heroína y sus
otros derivados se encuentra localizado en frecuencias mayores
en la zona norte del país. A manera de hipótesis podríamos plan-
tear que en dicha zona existe un mayor intercambio entre la po-
blación que se dedica al tráfico de drogas y la que, por distin-
tas razones -culturales y debido a sus condiciones de vida- las
consume. En el Distrito Federal, en casi todos los centros de
atención se han detectado casos de opiomanía, que comparados con
la frecuencia de otros tipos de adicción, constituyen una minoría

**PACIENTES ATENDIDOS POR LOS
CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL
DE 1978 a 1981.**

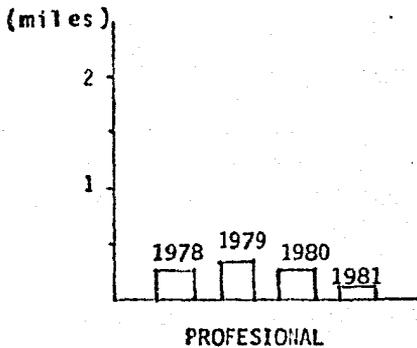
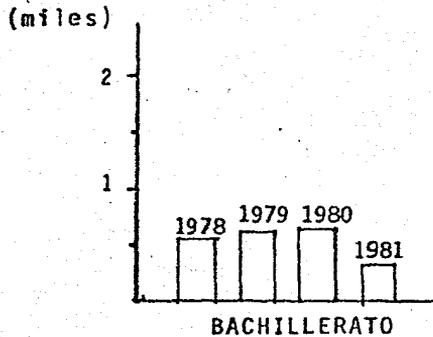
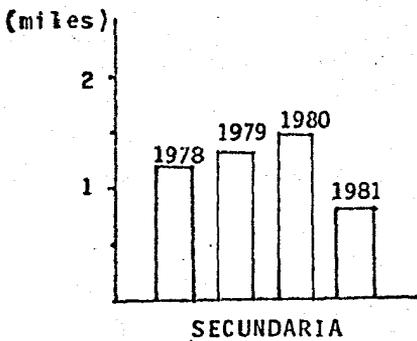
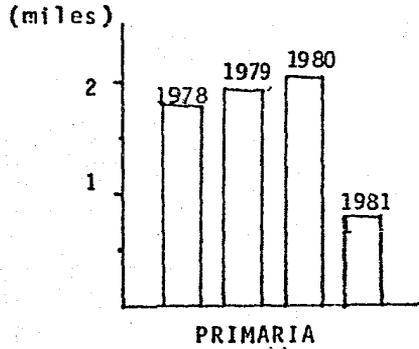
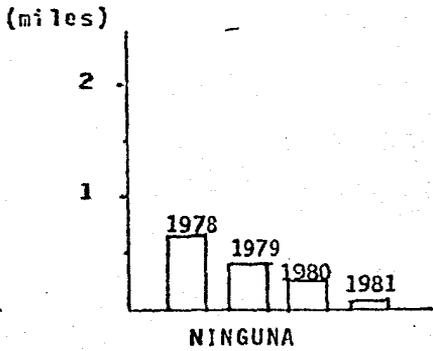
(Miles)



Fuente: Anuarios estadísticos de los CIJ. 1978-1981.

Fig. 1

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES
ATENDIDOS DE 1978 a 1981.



Fuente: Anuarios estadísticos de los CIJ. 1978-1981

Fig. 2

del rango del 1% (76 casos en 1981). Por el contrario, drogas como la marihuana (41%), los inhalables (28%), el alcohol -droga ilícita- (13%) y los estimulantes (8%) son las que forman el cuadro característico de la toxicomanía en el área metropolitana.

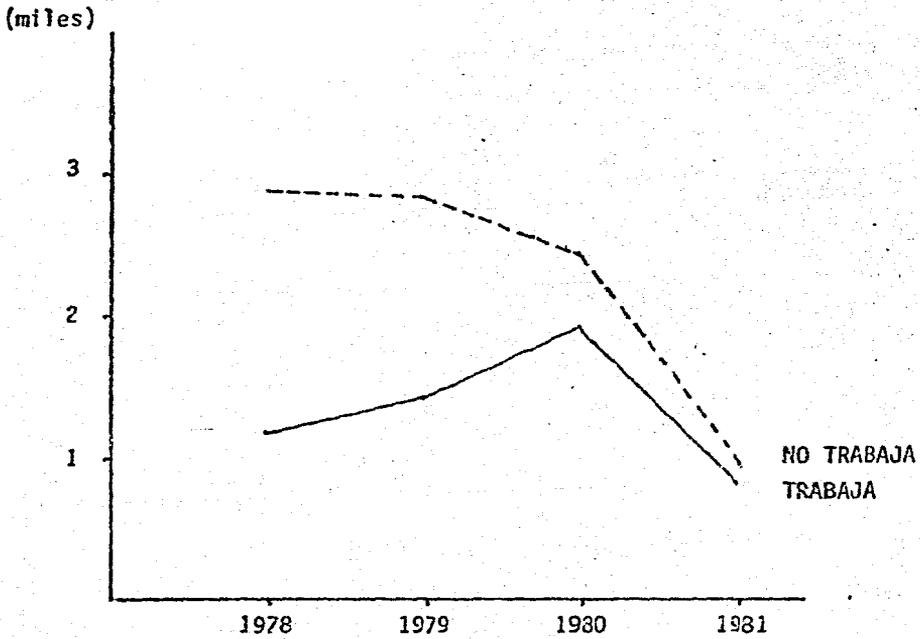
Lo anterior demuestra que las toxicomanías que tienen que ver con el tráfico internacional de drogas no constituyen el núcleo de la problemática nacional en torno a ellas, y que las ruidosas campañas oficiales no hacen sino ocultar el verdadero problema en el que se involucra un porcentaje cada vez más importante de la población del país.

De las estadísticas acerca de los pacientes atendidos por los Centros de Integración Juvenil nos han llamado la atención seis variables, en virtud de que consideramos que es a través de ellas como podemos conocer a esta población y caracterizarla.

La primera de ellas se refiere a la relación del paciente con el empleo. Es notable que los porcentajes más elevados corresponden a pacientes que no trabajan: 67% en 1978, 53% en 1981 (Fig.3)

La segunda consiste en el grado de desarrollo de la toxicomanía. Según la clasificación técnica de los usuarios de drogas, existen cuatro categorías de acuerdo con el grado de adicción desarrollado, la dependencia, ya sea física o psíquica, el deterioro orgánico y, sobre todo, las posibilidades de rehabilitación, entendida como el cese de la ingestión de drogas. Estos grados son:

PACIENTES ATENDIDOS
OCUPADOS Y DESOCUPADOS.
1978-1981



Fuente: Anuarios estadísticos de los C.I.D. 1978-1981

Fig.3

- I. Usuario experimentador. A este tipo de sujeto no se le puede considerar propiamente como toxicómano, en vista de que sólo ha establecido un contacto esporádico con las drogas, en situaciones circunstanciales y motivado por la curiosidad. Esta categoría de usuario se ha mantenido en promedio en un porcentaje bajo, mostrando un descenso en 1979 y 1980 (3.1% y 3.2% respectivamente) y un aumento en 1981 (5.3%) con respecto a 1978 (4.6%).
- II. Usuario social. Se refiere a aquellos individuos que ya han adquirido una costumbre en cuanto al consumo de drogas, por lo que son sujetos que propician, consciente o inconscientemente, las condiciones para tener, en forma sistemática, un contacto con la o las drogas. Estas situaciones propicias pueden ser desde una reunión social hasta la participación en una práctica colectiva para llegar a pertenecer a un grupo de pares^{**}. En nuestra sociedad se ha desarrollado una costumbre según la cual cualquier tipo de acontecimiento, perjudicial o benéfico, es motivo de consumo de alcohol, por mencionar sólo una de las drogas más utilizadas. Nacimientos, ve-
lorios, bautizos, XV años, graduaciones, bodas, divor-
cios, ascensos, despidos, todo es celebrado o lamentado con alcohol. En este tipo de usuarios, ya es posible hablar de una tolerancia a la droga, que prefigura una

dependencia física o psíquica respecto a ella, aunque aún no exista síndrome de abstinencia. Este grado de adicción mostró una curva, primero ascendente y después descendente: de 7.9% en 1978, pasa bruscamente a 14.6% en 1979 para disminuir a 12.4% en 1980 y a 11.8% en 1981

III. Usuario funcional. Una vez transcurrido el proceso experimentación-habituación-tolerancia, correspondiente a los dos grados anteriores, el usuario se ve inevitablemente involucrado en una dependencia con respecto a sus drogas de uso, que se distingue por el hecho de que ya no puede llevar a cabo las actividades de su vida cotidiana sin recurrir a ellas; en este nivel aparecen los síntomas propios de un síndrome de abstinencia, distinto según el tipo de droga consumida.

Uno de los grados de mayor frecuencia, el porcentaje de usuarios funcionales aumenta considerablemente: pasa del 31.3% en 1978 a 42.7% en 1981. Una explicación de este incremento puede ser que la cotidianeidad de la vida urbana y los nuevos ritmos de trabajo provocan en el individuo la necesidad de recurrir a un medio artificial que le ayude a evadirlos, o por lo menos a sobrellevarlos.

IV. Usuario disfuncional. En esta etapa la vida del individuo gira en torno a aquellas actividades tendientes a

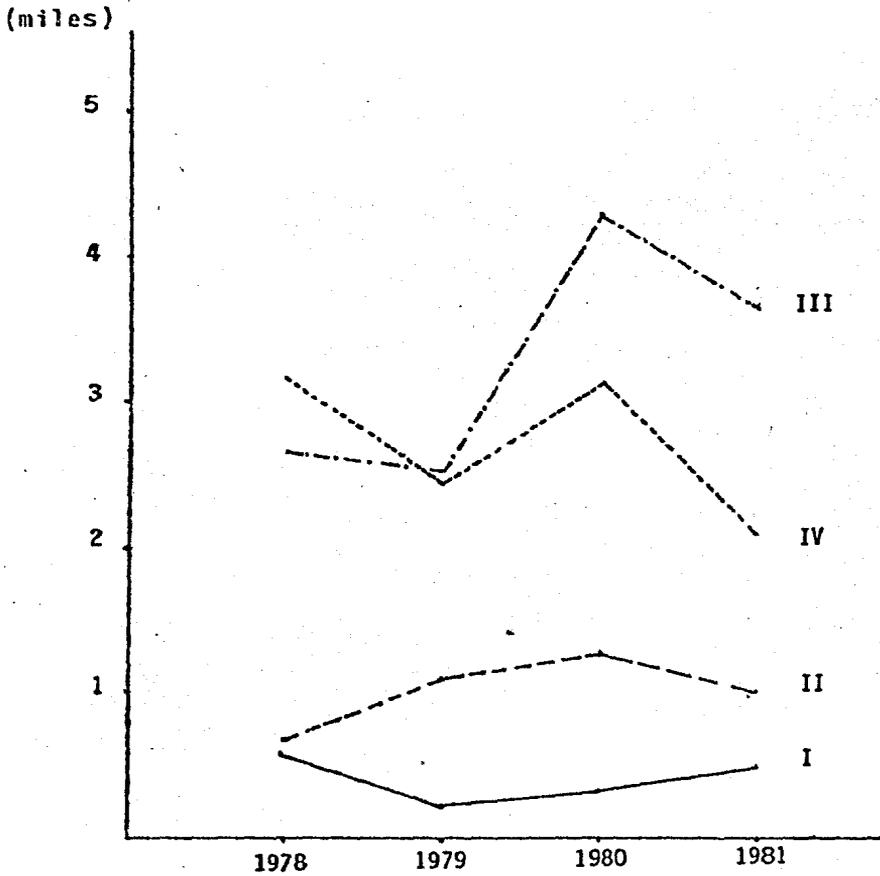
la obtención y el consumo de la droga, obligado en gran medida por la necesidad de no sufrir o de evitar los trastornos orgánicos de la privación. Lo que significa que la vida social, familiar y personal del adicto se encuentra considerablemente deteriorada, y que las posibilidades de recuperación son bastante reducidas. Aunque esta categoría es de las más importantes, ha visto disminuido el porcentaje que el corresponde, pasando de 37.4% en 1978 al 26.6% en 1981.

Aproximadamente el 14% restante corresponde a la categoría "otros".

Haciendo un análisis de la tendencia del tipo de usuarios que acude a los centros de tratamiento, vemos que la cantidad más importante se localiza en las dos últimas categorías; hacia 1978 no había una diferencia significativa en cuanto al número de pacientes de ambas categorías: sin embargo, en 1981 la relación se ve transformada, ya que el usuario III llega a representar el 42.7% del total de adictos atendidos en el área metropolitana, mientras que el usuario IV desciende a únicamente el 26.6% (fig. 4). Esta variación en las proporciones puede ser entendida como la necesidad creciente de los habitantes urbanos de recurrir a drogas para desempeñarse en sus actividades diarias, en virtud de las circunstancias sociales en que vive.

Aquí, como en el caso de las drogas utilizadas, se da el ca

FRECUENCIA DE GRADOS DE FARMACODPENDENCIA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS DE 1978 a 1981.



Fuente: Anuarios Estadísticos de los CIJ. 1978-1981.

Fig. 4

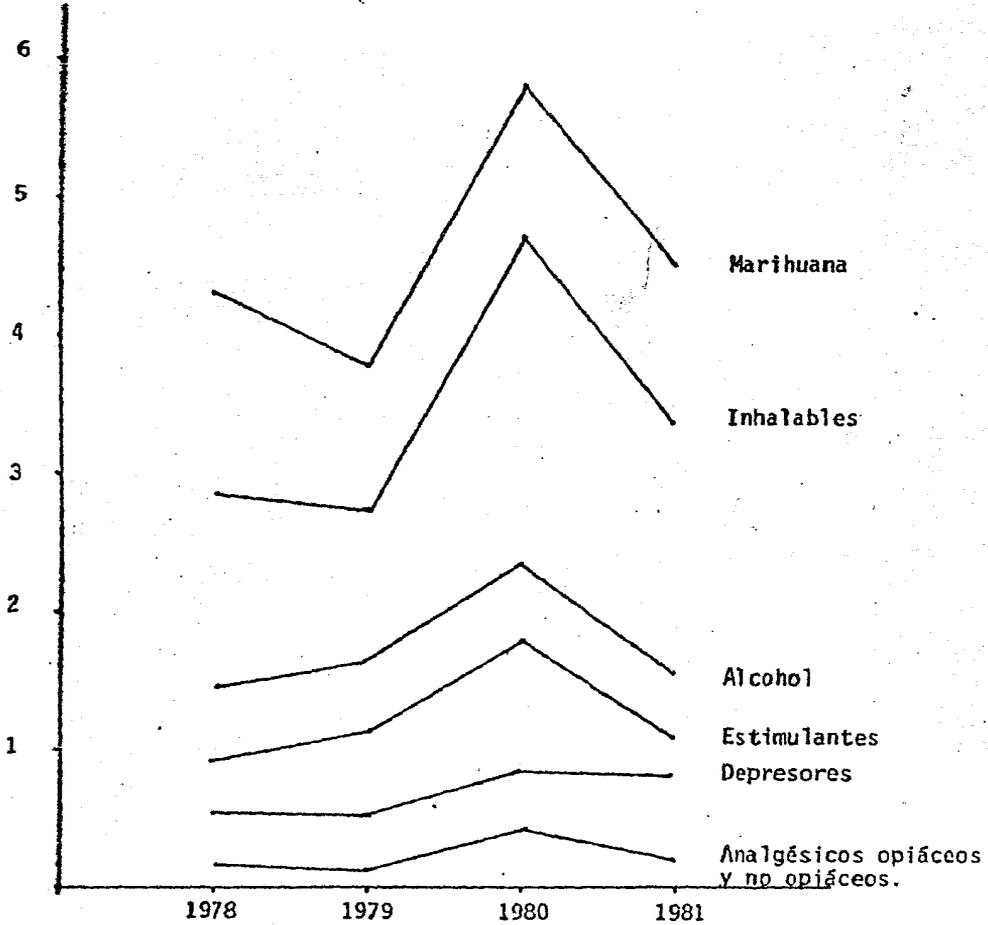
so de la presencia de más de un grado de dependencia por paciente: 1.9 en 1978, 1.6 en 1979, 2.2 en 1980 y 4 en 1981, debido a la utilización individual de varias drogas, respecto a cada una de las cuales el paciente llega a desarrollar un grado de adicción o dependencia distinto.

Nuestra tercera variable se refiere al tipo de droga utilizada, que son, en orden de importancia, la marihuana (41.8% en 1978, desciende a 39.2% en 1981), solventes inhalables (27.8% en 1978, se incrementa a 29% en 1981), alcohol (14% en 1978, 13.4% en 1981), estimulantes del sistema nervioso central (5.7% en 1978 7.1% en 1981) y, finalmente, el opio y sus derivados (1% en 1978 y 1.9% en 1981). (Fig.5)

Consideramos pertinente subrayar que el consumo de depresores ha adquirido importancia en fechas recientes por su creciente utilización para disminuir la tensión nerviosa que afecta a los habitantes de las grandes concentraciones urbanas como la ciudad de México, y que se relaciona directamente con los trastornos de corte neurótico, psicótico y de enfermedad mental en general. También es notorio el aumento del promedio de drogas utilizadas por paciente, que en 1978 era de 2.4, en 1979 de 2.2, en 1980 de 3.5 y en 1981 de 5.5, lo que indica la clara tendencia al predominio de las politoxicomanías.

Las clasificaciones de los trastornos mentales y sus rasgos característicos sirven de base al establecimiento de los diagnós

iles) **FRECUENCIA DE USO DE ALGUNAS DROGAS.**



Fuente: Anuarios Estadísticos de los CIJ. 1978-1981

Fig. 5

ticos clínicos de los pacientes, que se agrupan en cinco rubros:

- I. Problemas de conducta. Se definen básicamente como comportamientos agresivos y destructivos, y también comprenden trastornos relacionados con la delincuencia. Se juzgan por su frecuencia, gravedad y asociación con otros síntomas que en su contexto son considerados anormales. También se incluye el comportamiento antisocial, ya sea provocación, desobediencia, truhanería, robo, comportamiento agresivo, piromanía y relaciones perturbadas con los demás.¹⁸

En 1978 este rubro constituía el 19% de los diagnósticos obtenidos, y el porcentaje ha ido disminuyendo, para llegar en 1981 al 10.7% del total.

- II. Problemas neuróticos. Se refieren a los trastornos mentales que carecen de una base orgánica demostrable, en los que el yo, muy fuerte, recurre a mecanismos de defensa sumamente elaborados ante situaciones que le provocan angustia. En este tipo de pacientes no existe confusión entre la realidad y sus experiencias subjetivas, y su comportamiento social es aceptado, pues guarda los límites que la interacción constante con su medio ambiente le exige. Sus manifestaciones más claras son el exceso de angustia, las fobias, los síntomas obsesivos y compulsivos, y la depresión.

El porcentaje de este tipo de disturbio en los pacientes de los CIJ se ha manifestado más o menos constante, alrededor del 30%; pero en 1979 se observó una mayor presencia: 41.3%.

III. Problemas psicóticos. Son los trastornos que derivan del mecanismo de defensa del yo que consiste en disociar contenidos que juntos resultan dolorosos para el sujeto, dando por resultado la elaboración de fantasías y delirios. El paciente tiene dificultad para la introspección y el discernimiento, y su capacidad para atender las exigencias de la vida diaria disminuye; estos trastornos impiden un adecuado contacto con la realidad.

Las psicosis están presentes en porcentajes cercanos al 15%, siendo el más elevado el de 1980: 17% de los pacientes.

IV. Síndrome Orgánico Cerebral. Incluye los trastornos cuyo origen se presume orgánico, es decir, que consiste en lesión cerebral. En el caso del toxicómano, la inhalación de solventes es la que produce más rápidamente el deterioro del tejido de la corteza cerebral, y por lo tanto, de las capacidades intelectuales, motriz y psico-motriz del individuo. Entre sus manifestaciones se incluyen las demencias y las psicosis orgánicas.

También esta categoría ha mostrado un aumento progresivo

a lo largo de los cuatro años: de 5.5% en 1978 a 7% en 1981, con un descenso a 3.6% en 1979.

V. Transtornos de la personalidad. Incluye tipos de comportamiento "desadaptados" y muy arraigados, que son reconocibles desde la adolescencia o antes y persisten la mayor parte de la edad adulta, aunque en esta etapa se vuelven menos obvios. "La personalidad es anormal, ya sea en el balance de sus componentes, en su calidad y expresión, o en su aspecto total. Debido a esta desviación o psicopatía, el paciente sufre o hace sufrir a otros, y hay un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad". Su origen puede consistir en un mal funcionamiento del cerebro, o encontrarse directamente relacionado con la neurosis o psicosis, en cuyo caso deberá clasificarse en la neurosis o la psicosis correspondiente.

De todos los conceptos utilizados, éste de los transtornos de personalidad parece ser el más subjetivo y el que más peca de estar basado en juicios valorativos: desadaptación, anormalidad y desviación, cuya justificación consiste en un tratamiento estadístico. Por lo demás, dado su carácter, no excluyente, con respecto a las cuatro clasificaciones anteriores, no nos parece una categoría válida para la caracterización de los padecimientos que comprende. Sin embargo, tomaremos el dato, según el

cual también ha visto aumentada su proporción: de 8% en 1978 a 15.3% en 1981. (ver fig.6).

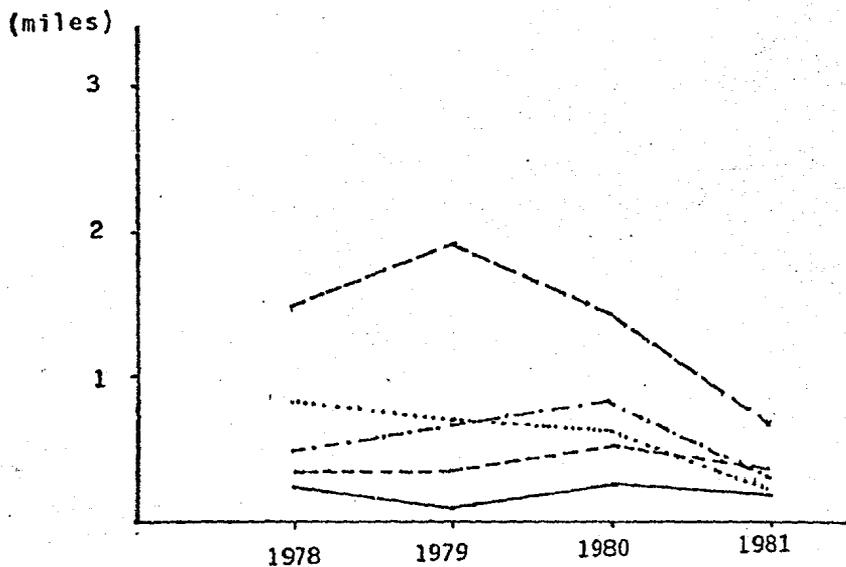
Como se puede constatar, el porcentaje de los llamados trans tornos de conducta se ha visto disminuido en medida considerable, en beneficio del incremento de las tres últimas categorías.

Otra variable se refiere al número de miembros de la familia a que pertenece el paciente. También aquí los reportes estadísticos de los CIJ utilizan tres categorías fundamentales: pacientes que viven solos, pacientes que viven con su familia, y otros; la segunda se subdivide en pacientes con familias de hasta cuatro integrantes y pacientes con familias de más de cuatro.

Los casos de pacientes toxicómanos que reportaron vivir solos en 1981 representan sólo el 4% del total; en los años anteriores este porcentaje es más o menos el mismo: 4.6% en 1978, 3.5% en 1979 y 3.3% en 1980. Los que reportaron vivir con su familia suman el 94%, siendo los que forman parte de familias con más de cuatro miembros quienes aportan el contingente más numeroso: el 71% del total de la zona, que equivale a 1535 casos en 1981. Para los años anteriores, la proporción de quienes viven con familias de hasta cuatro miembros fluctúa entre el 24 y el 27%. Y la de quienes viven con familias de más de cuatro miembros, no rebasa el 69% (dato de 1979). Ver fig 7.

La última variable que consideramos, es la del acceso de los pacientes de CIJ a los servicios oficiales de salud. La gran cons

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS OBTENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS DE 1978 a 1981.

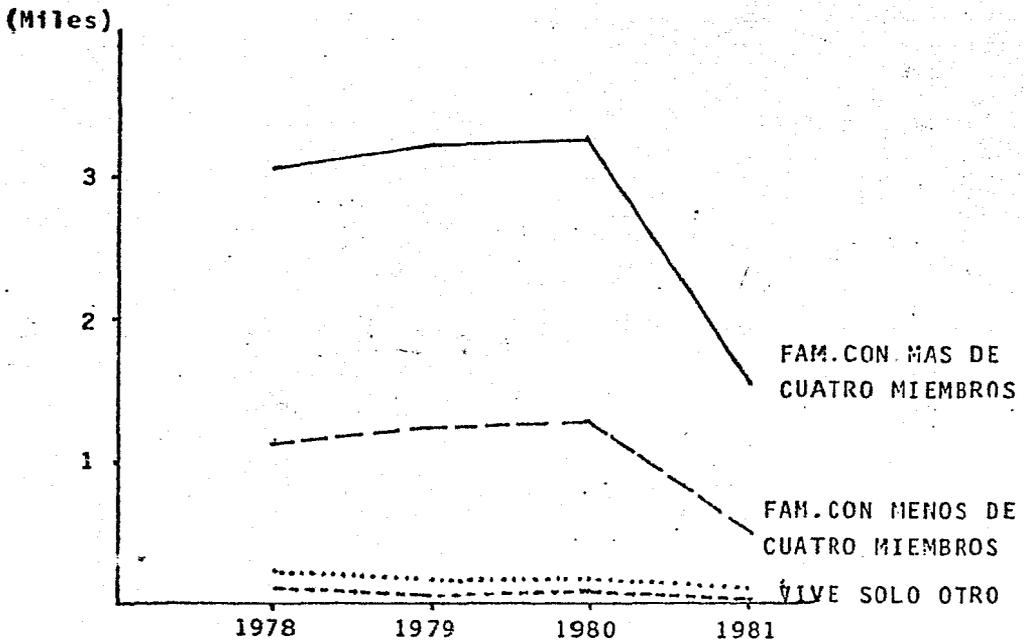


Fuente: Anuarios Estadísticos de los CIJ. 1978-1981.

- Neurosis
- Problemas de conducta
- - - - - Psicosis
- . - . - Transtornos de la personalidad.
- _____ Síndrome Cerebral Orgánico

Fig. 6

SITUACION FAMILIAR DE LOS
PACIENTES ATENDIDOS
DE 1978 A 1981



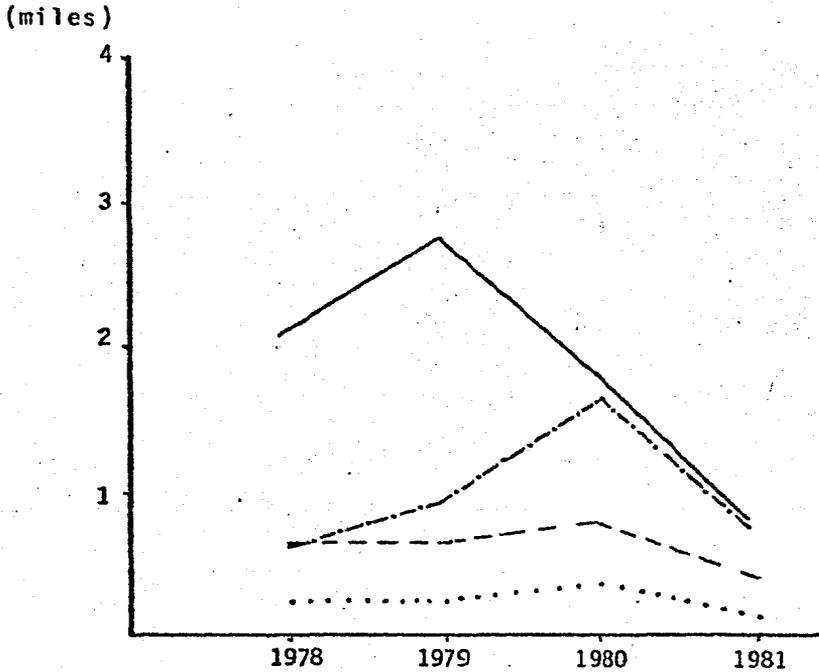
Fuente: Anuarios estadísticos de
los CIJ. 1978-1981.

Fig. 7

tante en este respecto es que la mayoría no es derechohabiente: 47.2% en 1978, 59.8% en 1979; sin embargo, se observó un descenso importante en 1980 y 1981: 39.3% y 38.9% respectivamente. Cabe preguntarse si esta disminución tan drástica se debe a mejoras en el sistema nacional de salud o a un cambio del sector social al que pertenecen los pacientes que captan los CIJ. Optamos por la segunda posibilidad, ya que precisamente en la transición de 1979 a 1980 la institución excluyó de su público a los exclusivamente alcohólicos y a quienes, no presentando síntomas de farmacodependencia, padecían algún trastorno mental. De aquí se concluye que antes de ésta decisión los CIJ tenían una mayor intervención en los medios urbanos más pauperizados. Ver fig.8

Como se puede apreciar con base en las estadísticas anteriores, el toxicómano, si bien no todo toxicómano, sí por lo menos el que acude a los servicios de tratamiento presenta ciertos rasgos fundamentales que nos permiten ubicar su origen de clase. En términos generales, percibe muy bajos o nulos ingresos; en su mayoría no tiene acceso al sistema nacional de salud, por su carácter no asalariado; es integrante de familias numerosas, que son el prototipo de las familias mexicanas de las clases populares; tiene una escolaridad mínima, de primaria o secundaria; consume con mayor frecuencia marihuana, alcohol e inhalables que otras drogas; al lado de su toxicomanía presenta con mucha frecuencia trastornos de tipo neurótico, psicótico (y lesiones orgánicas

PACIENTES ATENDIDOS POR TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL. 1978-1981



- Ninguno
- · - · - Otros
- - - IMSS
- · · · · ISSSTE

Fuente: Anuarios Estadísticos de los CIJ. 1978-1981

Fig. 8

cerebrales), y el cuadro clínico correspondiente a lo que en la jerga psioanalítica se conoce como personalidad borderline o caso limítrofe; en su mayor parte ha llegado a los grados de usario funcional y disfuncional.

De ello se desprende que este toxicómano típico mantiene lazos muy estrechos con las clases populares en general, pertenece a ellas; y también con ciertos grupos sociales que encuentran dificultad para integrarse en condiciones dignas al proceso urbano. Es muy probable que si los centros de tratamiento tuviesen una mayor capacidad de captación y una mayor inserción en los medios más depauperados de la ciudad, el porcentaje de toxicomanía por inhalación se vería aumentado considerablemente, pero esto no es más que una hipótesis que queda por comprobar; es posible también que en dichos medios la incidencia de trastornos de corte psicó tico se revele mayor.

Es significativo el hecho de que, según algunos psicólogos de los centros de tratamiento, un rasgo que predomina entre los pacientes es el del caso limítrofe, que consiste en un cuadro es pecífico que reúne rasgos o síntomas tanto de las neurosis como de las psicosis, sin confundirse con ninguna de las dos; aparece más frecuentemente caracterizando la estructura psíquica del in migrante rural.

C A P I T U L O I I

LA TOXICOMANIA Y EL DESARROLLO URBANO.

LA ORGANIZACION DE LA SALUD EN MEXICO.

En el capítulo anterior hemos expuesto someramente las características de la población en distintos grados de toxicomanía que recurre a los servicios de los Centros de Integración Juvenil. De dicha exposición se desprende que se trata de población proletarizada, que de la misma manera en que recurre a los servicios de salud asistenciales, como los de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por su nivel de vida sólo cuenta con la alternativa del servicio terapéutico de dicha institución, cuyo costo es muy reducido.

Sin embargo, no basta con decir que su nivel de vida es bajo, que sus empleos son descalificados y poco remunerados, que sus condiciones de salud, educación y vivienda son precarias, aunque de cirulo es importante. También es fundamental esclarecer el proce-

so que origina dichas condiciones de vida, y que tiene que ver con la conformación y el crecimiento de las grandes urbes, consecuencia de la formación del capitalismo como modo de producción dominante en el país.

En este sentido, la ciudad debe ser concebida como la condición y el producto del capitalismo, y la urbanización, no sólo como la constitución y el crecimiento de las ciudades, sino como un proceso más global que involucra en una sola unidad dialéctica a la ciudad y al campo, determinando la supremacía de la primera sobre el segundo, económica, política y culturalmente hablando.

Lo anterior es relevante en tanto que enmarca la aparición del fenómeno que hemos tratado de definir como toxicomanía, y que aparece primero y en su forma más nítida, es decir, plenamente diferenciada de la práctica chamanística, en los medios urbanos.

a) CIUDAD Y TOXICOMANIA.

En efecto, el que dicho fenómeno guarda una relación estrecha con el proceso de formación y crecimiento de los conglomerados urbanos y del proletariado, lo prueba el hecho de que en 1845 Engels lo ubicaba al lado de otras calamidades en el cuadro de las condiciones de vida de la clase obrera en formación. El nacimiento de ésta se basaba precisamente en la ruptura de las rela -

ciones feudales, es decir, en las expropiaciones de tierras y en la liberación de la fuerza de trabajo atada a ella; todo lo cual no significaba otra cosa que la disolución de la estructura productiva basada en la explotación de la tierra.

Nos parece importante rescatar las valiosas aportaciones de Federico Engels en lo que se refiere a la construcción de su objeto de estudio en La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra. En este trabajo, él describe con base en investigaciones, documentos y opiniones de otros y a sus propias observaciones, las condiciones de vida de los trabajadores en proceso de proletarización, constituidas por la vivienda, la alimentación, el trabajo, así como la gama de consecuencias sociales que estas pésimas condiciones de vida y trabajo acarreaban, es decir, el desempleo, el alcoholismo, la prostitución, la delincuencia, etc. Pero cedamos la palabra al propio autor.

Una preocupación de Engels era buscar las causas de la enfermedad en los trabajadores ingleses. Entre ellas mencionaba la vivienda, la alimentación y, en tercer lugar, la bebida: "todas las seducciones, todas las tentaciones posibles se unen para arrastrar a los trabajadores. Para ellos, el aguardiente es casi la única fuente de energía, y todo contribuye a ponérselo al alcance de la mano"¹.

El alcoholismo es, a su vez, propiciado por las demás condiciones en que vive el trabajador entre ellas la vivienda, su ma-

la alimentación y los ritmos de trabajo a que se ve sometido:

"el trabajador regresa a su casa fatigado y agotado por su labor; halla una vivienda sin la menor comodidad, húmeda, inhospitalaria y sucia; tiene necesidad urgente de distracción, necesita alguna cosa que haga que su trabajo valga la pena, que le haga soportable la perspectiva del amargo mañana".

Ante esto, Engels se pregunta: "¿cómo podría resistir la atracción del alcohol?", y se responde: "muy al contrario, una necesidad física y moral hace que una parte muy grande de los trabajadores deba, necesariamente, sucumbir al alcoholismo" y agrega: "la certidumbre de olvidar en la embriaguez, al menos por algunas horas, la miseria y la carga de la vida, y cien factores más, tienen un efecto tan poderoso" y concluye: "es que no se podría, verdaderamente, reprochar a los trabajadores su predilección por el aguardiente", pues,

"en ese caso, el alcoholismo deja de ser un vicio del cual puede hacerse responsable a quien a él se entrega, se convierte en un fenómeno natural, la consecuencia necesaria e ineluctable de condiciones dadas que obran sobre un objeto que, al menos en cuanto a dichas condiciones, no posee voluntad. Hay que endosar la responsabilidad de ello a los que han hecho del trabajador un simple objeto".

No queremos significar que en México esté ocurriendo lo mismo que en la Inglaterra del siglo pasado, pero creemos que el proceso es análogo; se trata, en ambos casos, de la formación del capital y de la consolidación del capitalismo como modo de producción dominante, con sus consecuencias en la salud de aquellos a quienes obliga a sostenerlo con su trabajo.

En México, esta dinámica es muy reciente: hasta antes de la Revolución Mexicana no se puede hablar de relaciones capitalistas en sentido estricto, pues las relaciones sociales de producción se basaban en la explotación del campo a través del sistema de la hacienda y el acasillamiento de los peones; y en las ciudades apenas surgía la manufactura con los obreros, al lado de la producción artesanal.

Es solamente con el ascenso de una burguesía con un proyecto de acumulación basado en la industria, y sobre todo por medio de la inversión de capitales extranjeros, que puede hablarse ya de un rompimiento de aquellas relaciones precapitalistas o incipientemente capitalistas.

También las toxicomanías son relativamente recientes en México: las instituciones que se dedican al estudio del problema fueron creadas alrededor de 1970, y la utilización de los conceptos de adicción y farmacodependencia también data de dichos años. Por otra parte, todos los estudios sobre el fenómeno realizados en el país han sido llevados a cabo en ciudades. Ello no refle-

ja sino una elección arbitraria del objeto de estudio; pero pensamos que dicha arbitrariedad tiene su fundamento en la intuición o en la simple observación empírica por parte de investigadores que no llegan a cuestionarse el problema de la relación campo-ciudad, exiliando al primero de toda investigación al respecto, precisamente por ser ellos mismos producto y parte integrante de la ciudad, espacio donde se concentra la gente y también los conflictos.

Las investigaciones que se han realizado en el medio rural, aproximadas al tema, son de corte antropológico, y han sido referidas más bien a la utilización de alucinógenos en los rituales religiosos tradicionales de las comunidades indígenas. Sería necesario y sumamente interesante, tanto desde el punto de vista antropológico, como desde el sociológico, estudiar cómo o de qué manera los productos de las empresas capitalistas invaden el campo y toman el lugar de las bebidas autóctonas, destruyendo con ello costumbres, creencias, relaciones sociales y la esencia misma del rito mágico, y extendiendo las nociones de droga y de toxicomanía al campo.

Los investigadores de la toxicomanía han utilizado tácitamente un concepto de toxicómano -más recientemente de farmacodependiente- y lo han ilustrado, sin preguntarse acerca de los límites de su validez. Este concepto se reduce a la presencia del caso, es decir, del individuo que ingiere una o más drogas con mayor o menor frecuencia y en dosis menores o mayores, y lo más que lle-

gan a decir de sus relaciones sociales es si lo hace en grupo o individualmente, sin profundizar en la significación social del grupo. Se trata aquí de un estar del sujeto, en un tiempo y en un lugar sin historia, que no permite la elucidación de su ser, esto, es, precisamente, su historia.

La dimensión histórica del toxicómano que acude a tratamiento, su constitución como ser social, debe ser elaborada a la luz del desarrollo de las urbes. La historia de la toxicomanía tiene puntos en común con la historia de la ciudad, y su esclarecimiento puede contribuir a la explicación de ambas.

Las fuentes disponibles acerca del desarrollo del fenómeno en México son las estadísticas de casos captados por los centros de tratamiento del Centro de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), de las que nos valdremos, lo mismo que de algunos estudios nacionales, para dar cuenta de la trayectoria del fenómeno en las ciudades del país.

De acuerdo con los resultados arrojados por dichos estudios, las toxicomanías como fenómeno contemporáneo y masivo hicieron su aparición en México a partir de 1968, sin embargo, por los expedientes de pacientes de los 27 centros de tratamiento se sabe que hubo otro momento significativo de iniciación a las drogas: entre 1960 y 1965.³ Ello es válido para los pacientes que asistieron a terapia tanto en el Distrito Federal como en la provincia. Según la curva elaborada para los centros del Distrito Federal hay

un ligero auge entre 1960 y 1965, en 1966 se produce un decremento, y un nuevo ascenso, esta vez muy notorio, a partir de 1967, alcanzando el punto culminante entre 1970 y 1971.

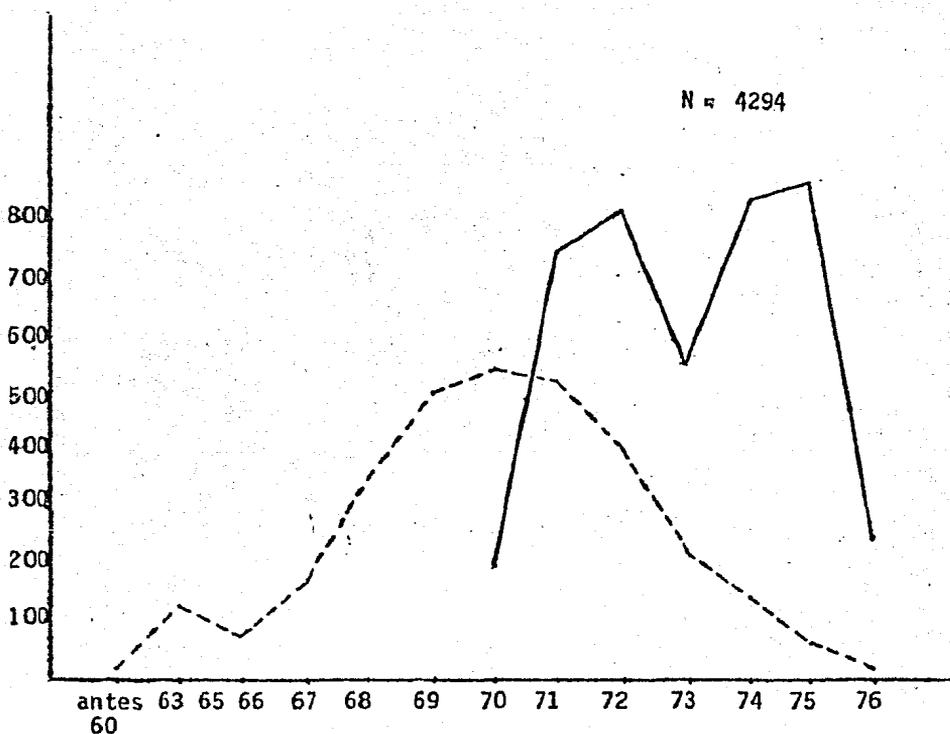
Coincidentemente, también en los centros de provincia se registró el mismo fenómeno: entre 1960 y 1965 hubo un auge visible, sobre todo en la zona norte, un descenso en 1967 y un nuevo incremento a partir de 1968, alcanzando los niveles más altos en 1970, 1972 y 1973. La importancia mayor del primer auge en la zona norte que en la metropolitana puede explicarse por la introducción en esa época, de narcóticos, que fueron de las primeras drogas utilizadas en el país, a través de los pasos fronterizos.

La evolución ha sido algo más tardía en la zona sur; allí el aumento ha sido lento y se concentra en los años 1968-1970, con un descenso en 1971 y un nuevo incremento entre 1972 y 1975. En esta zona no se ha llegado a los puntos que alcanzan las otras dos, aunque al parecer en los últimos dos o tres años la situación ha cambiado.

Por lo que concierne a los ingresos a los centros de tratamiento, éstos se han producido con un desfase de aproximadamente dos años con respecto a las fechas de inicio del consumo: a partir de 1970 los toxicómanos empiezan a acudir a ellos, alcanzando esta tendencia un punto elevado en 1972; desciende en 1973 y 1974 y entre 1975 y 1976 llega a su punto culminante.

De las encuestas de hogares realizadas en las ciudades de

AÑO DE INICIO DEL CONSUMO DE MARIHUANA Y
AÑO DE INICIO DEL TRATAMIENTO (POLIUSUARIOS
Y USUARIOS UNICOS) EN EL D.F. ANTES DE 1960
a 1976.



----- inicio del consumo
———— inicio del tratamiento.

Fuente: Guillermina Natera. et. al.
"Consumo de Marihuana..."
Cuaderno Científicos CEMESAM
N° 10. Julio 1970. p. 199

Fig. 9

AÑO DE INICIO DEL CONSUMO DE MARIHUANA EN TRES ZONAS DEL PAIS.

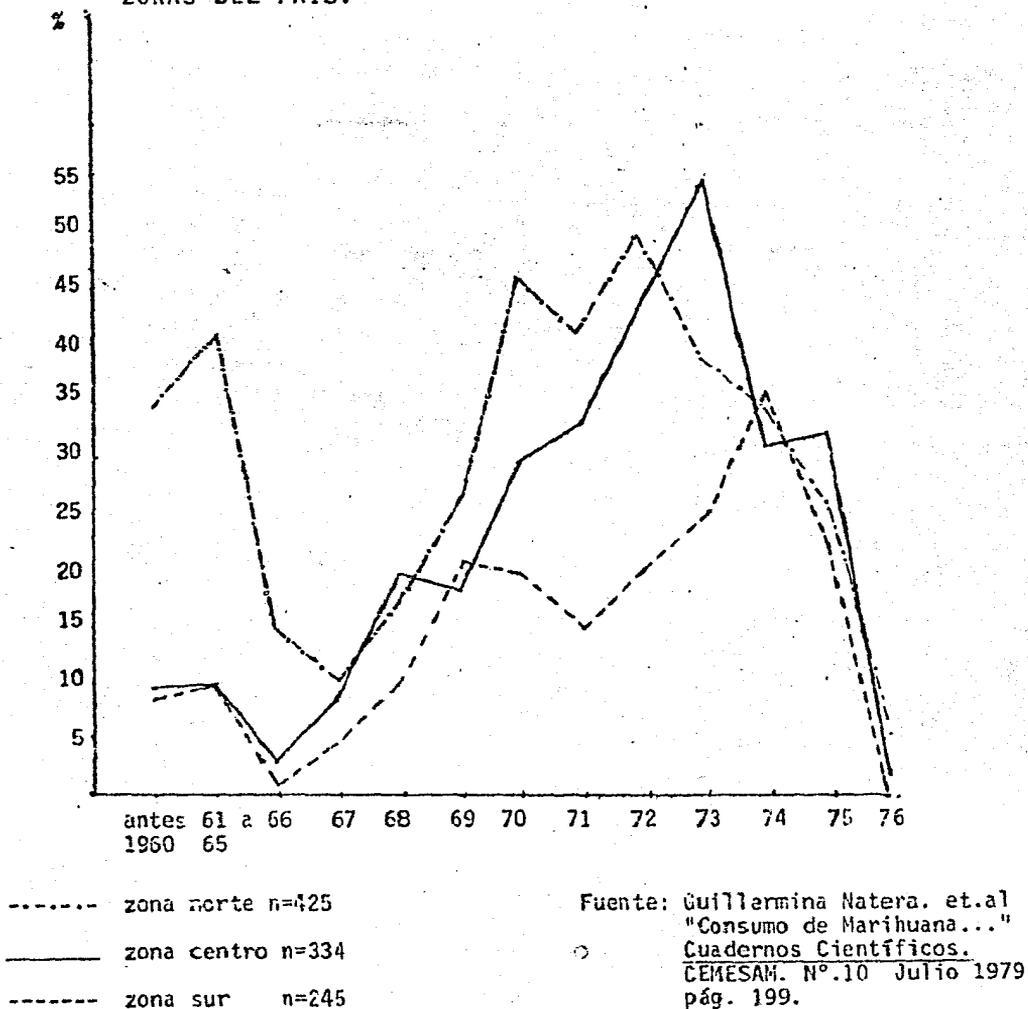


Fig. 10

México y La Paz en 1974, San Luis Potosí en 1975, Monterrey y Puebla en 1976 y Mexicali en 1978, se desprende que los índices más elevados de incidencia y prevalencia del uso de fármacos se localiza en las ciudades del norte, siendo el problema más viejo en ellas que en las demás, a excepción de la ciudad de México; es probable que de esa zona y la metropolitana el fenómeno se haya extendido hacia el sur del país. Los factores que deben haber influido en esta evolución son, por una parte, la cercanía de las tres ciudades mencionadas con los Estados Unidos, país del que proviene, según Guido Belsasso, la extensión del uso de heroína, lo que explicaría que el uso de ésta y de la cocaína se haya observado con mayor frecuencia en el norte.

Pero por otra parte es preciso tomar en cuenta que en las zonas norte y centro las ciudades industriales han observado un crecimiento desmesurado en los últimos años, sobre todo a partir de 1960. El factor de la cercanía a los Estados Unidos interviene en dos sentidos: el de la asimilación de la población fronteriza, con la pérdida de su identidad cultural y los consiguientes conflictos psicológicos, y el del espejismo, en tanto que paso "del otro lado" que atrae fuerza de trabajo desempleada en el centro y en el sur, en su mayoría población rural arrojada de la tierra; esta población se enfrenta de pronto a la realidad de la represión, el hacinamiento, las costumbres distintas impuestas y, desde luego, el desempleo en las ciudades a las que llega y que no siempre logra

dejar atrás.

En la zona metropolitana la situación es análoga: la ciudad de México atrae gran parte de la población liberada en el campo, pero ya no le da, como en años anteriores, la posibilidad de integrarse en condiciones decorosas a la vida urbana. Y es así como, alrededor de 1970, empiezan a asentarse y a crecer alrededor de la ciudad los multimencionados y muy frecuentemente objeto de actos oficialistas de demagogia, cinturones de miseria, o "ciudades perdidas": asentamientos irregulares de población en los que se presentan los problemas más graves de salud, delincuencia, desempleo y subempleo.

Si es ésta la dinámica a la que obedece el fenómeno, es comprensible que en ciertas zonas del sur del país éste crezca aceleradamente en la actualidad, en virtud de la creciente instalación de industrias que atraen fuerza de trabajo foránea. Es el caso de las ciudades petroleras de Poza Rica, Minatitlán, Ciudad del Carmen y Villahermosa, así como las colindantes, Acayucan, Coatzacoalcos; otros ejemplos son Chicoasén, Salina Cruz, Juchitán, Tehuantepec y Lázaro Cárdenas, por mencionar sólo algunos ejemplos. Ellas se han convertido en bastiones de la prostitución, la delincuencia y la inhalación, y no ofrecen a sus habitantes actividades alternativas.

Es posible, pues, apreciar numéricamente la evolución del fenómeno a través de las estadísticas de los centros y de las en

cuestas nacionales y regionales, aunque dentro de los límites de la probabilidad de la captación de casos. Por otra parte, también podemos apreciar una evolución histórica de la forma que ha adoptado.

Si nos atenemos a las afirmaciones del Dr. Guido Belsasso, pionero en los estudios de salud mental y drogas, antes de 1968 el uso de éstas se restringió al de la marihuana, y aún éste se circunscribía a las clases más desvalidas, y a algunos extranjeros ex-combatientes de la Segunda Guerra Mundial. En 1969 los opiáceos hicieron su aparición en México, tras haber recorrido, en ese orden, los Estados Unidos, el Canadá inglés, Inglaterra y el Canadá francés.

Por la misma época (1967-1969) el uso de la marihuana se extendió de la población escolar universitaria a la de preparatorias y secundarias. Asimismo, se extendió el uso de tranquilizantes y anfetaminas, que no vieron restringida su venta a la prescripción médica, y además se creó un mercado negro de LSD y psicibina.

En el momento en que Belsasso escribió el artículo del que hemos extraído esta información⁴, la inhalación hacía su aparición como un problema de pequeñas dimensiones, circunscrito a las más pequeñas edades. Más tarde, en 1979, otro autor⁵ coincidía con Belsasso en que durante los años sesenta el uso de la marihuana se extendió a la clase media urbana, pero ya en ese momento seña

aba que la inhalación se había convertido en el problema más agudo en nuestro país.

Se pueden apreciar, pues, tres etapas fundamentales a lo largo de la historia de la toxicomanía en nuestro país, que corresponden en términos generales a tres distintas composiciones de la población consumidora. La primera es la introducción de opiáceos y de cocaína, cuyo consumo hoy en día se limita casi exclusivamente a población norteña vinculada a las zonas productoras de adormidera y al narcotráfico, esto es, al mercado estadounidense. La segunda se distingue por la masificación del consumo de la marihuana y otros alucinógenos entre las capas pequeño-burguesas y la población estudiantil. La tercera, que es la actual, se caracteriza por la extensión del uso de inhalables entre la llamada población marginal, así como su concentración en sectores de edad cada vez más jóvenes.

Dicha población "marginal",* que se ha hecho presente en las ciudades de México durante los últimos años, es el producto -y en este sentido no se encuentra al margen- del desarrollo industrial del país. Se ha constituido por los habitantes del medio rural que se han visto obligados a emigrar a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida y de empleo que las que les ofrecen sus lugares de origen, y que lejos de encontrarlas, se ven inmersos en una dinámica de desempleo y subempleo, lo mismo que moradores más antiguos de la ciudad que son arrojados por és

ta. Pasan, así, a aumentar la concentración de la población en las zonas que las urbes han ido destinando a las masas proletarias, o más propiamente, a las masas campesinas proletarizadas. La formación de este proletariado incipiente como tal tiene que ver con el desarrollo del capitalismo, que en México, como en América Latina, es un proceso muy reciente.

Como en todo el mundo capitalista, este proceso se ha realizado a través de la concentración y la centralización de los capitales en los espacios urbanos, lo que implica también la concentración de la fuerza de trabajo, de los servicios, lo mismo que de los conflictos sociales propios de la sociedad burguesa.

La industria capitalista sólo se hace presente en las primeras décadas del siglo XX, y empieza a ocupar un lugar preponderante en la economía a partir de las coyunturas de las crisis mundiales del capital, como la de 1929 y la Segunda Guerra Mundial.

El capitalismo, como modo de producción dominante y con un Estado que lo integra y lo impulsa queda conformado con los gobiernos post-revolucionarios; y como capitalismo impulsado y dominado desde el extranjero, fundamentalmente a partir del gobierno de de Avila Camacho, el cual ya contaba con las bases mínimas de acumulación de capital por parte del Estado. Este se convirtió, entonces, en el Estado de la burguesía, y particularmente en el que permitió la dependencia del país respecto de los

capitales imperialistas, integrándose éste a la división internacional del trabajo capitalista como país productor de materias primas o como centro de ensamblaje.

Así, la organización capitalista del trabajo vino a insertarse en forma definitiva en una formación social precapitalista, originando el rompimiento de sus estructuras y causando un proceso de urbanización acelerado que ha sobrepasado la capacidad de captación de fuerza de trabajo de las industrias instaladas en los grandes conglomerados urbanos, así como la posibilidad en ellos de acceder a los servicios mínimos.

En efecto, una de las condiciones para la acumulación del capital ha sido la concentración de la fuerza de trabajo que libera la descomposición de la sociedad rural. En México, ésta se ha debido al cese del impulso que dio Lázaro Cárdenas a la productividad agraria; a partir del desplazamiento del ejido como pilar de la producción agrícola, por formas de propiedad más acordes con los intereses del capitalismo, las grandes masas campesinas han tenido que abandonar el campo para integrarse, primero con ciertas ventajas, posteriormente en condiciones precarias, al proceso industrial. Ello es la causa de las corrientes migratorias de grandes magnitudes que han tenido como destino los medios urbanos.

Las masas rurales migrantes llegan a las ciudades, y particularmente a la ciudad de México, imponiendo nuevas pautas de

crecimiento, mismo que ya desde Cárdenas seguía las etapas de invasión-expropiación-regularización. Este proceso se realiza hasta la fecha en detrimento de los ejidos y tierras comunales que en épocas anteriores rodeaban a la ciudad.

Entre 1938 y 1939 fueron regularizados los terrenos de colonias al norte de la ciudad, entre las que se encuentran la Alvaro Obregón, 20 de noviembre, Mártires de Río Blanco, Progresista, Revolución, Francisco Villa, Emiliano Zapata y Gertrudis Sánchez, que fracturaron los ejidos ocupados por ellas. En los sexenios de Cárdenas y Avila Camacho se regularizaron 50 mil lotes, co-rrespondientes a 150 colonias proletarias como la Flores Magón, 10. de Mayo, Granada, Michoacana, Penitenciaría, Felipe Angeles, Victoria de las Democracias, Río Consulado, Deportiva Pensil, Fraternidad, Francisco I. Madero y Niños Héroes. Lo común a todas ellas es que se hallan situadas al norte y al oriente de la ciudad, mientras que en el poniente y en el sur las invasiones se declararon ilegales por estar reservadas estas zonas a las clases de más altos ingresos.

El PRM-PRI utilizó las medidas de regularización como mecanismo de captación de militantes y adeptos, fortaleciendo la base social que el sistema político se preocupó de consolidar en aquella época.

A raíz de la Segunda Guerra Mundial, la ciudad de México empieza a transformarse en una gran urbe. Hasta 1940, ya se tra

taba de una ciudad de grandes dimensiones, contando con 1 millón 750 mil habitantes de los cuales 175 mil eran obreros de la industria. Pero en las décadas siguientes el crecimiento de la ciudad ha sido realmente acelerado, alcanzando 8 millones 712 mil habitantes en 1970⁶, y dejando de ser considerada en ese momento únicamente como la "ciudad" de México, pues ya había absorbido los pueblos del Distrito Federal y algunos del Estado de México. Según el censo de 1980, la aglomeración metropolitana (Distrito Federal y parte del Estado de México), ya había sobrepasado los 16 millones de habitantes, lo que representa el 25% de la población total del país. Todo indica que este crecimiento desorbitante no es producto únicamente del aumento natural de la población, (que de por sí es especialmente alto en los barrios proletarios, sobre todo en los de la periferia de la ciudad, a pesar del descenso general de la tasa de fecundidad en la zona metropolitana) sino también y sobre todo, de las corrientes migratorias atraídas por la industrialización creciente iniciada en la coyuntura de la guerra.

La población inmigrante ha sufrido transformaciones a lo largo de estas cuatro décadas. Al principio se trataba fundamentalmente de población femenina que venía a la ciudad a emplearse en trabajos domésticos; la escasa población masculina se integraba en empleos descalificados, en su mayor parte de servicios. Con el crecimiento de la industria, la fuerza de trabajo masculi

na tendió a proletarizarse, y con ello las antiguas relaciones de familiaridad entre trabajadores migrantes y familias ricas fueron desapareciendo, dejando paso a las simples relaciones entre trabajadores asalariados y empresarios capitalistas. La fisonomía de la ciudad también se transformó. Formada sobre la base de los antiguos pueblos mexicas, fue formando un todo y concentrando a los distintos sectores de la sociedad en áreas muy localizadas. La aristocracia porfiriana dejó el viejo centro de la ciudad para instalarse en las nuevas zonas residenciales burguesas de las Lomas y el Pedregal; los pueblos de Tlalpan y Coyoacán también se convirtieron en zonas de lujo. La clase media, formada por los inmigrantes que como profesionales y cuadros técnicos todavía lograron con ventaja en la vida urbana, se instaló en la parte central de la ciudad, exceptuando el primer cuadro, así como en Lindavista; un sector de la clase media con menos recursos, ocupó las zonas de Azcapotzalco, Tacubaya, el norte y el sureste de la ciudad, donde cohabita con los pobladores de ciudades perdidas y vecindades.

La urbanización en México no debe ser entendida solamente como la concentración de recursos materiales y humanos en un espacio, sino como un proceso totalizador que no se limita a las ciudades propiamente dichas, territorio privilegiado de lo urbano; es más bien un proceso que se extiende a todo el territorio nacional. Esto significa que también el campo es espacio de la

urbanización, es decir, del predominio de las ciudades. Al privilegiarse la industrialización en las ciudades, el campo se convirtió en fuente de materias primas baratas, de alimentos a bajos precios para la población urbana, con lo que se aseguraban necesidades bajas de inversión de capital variable, de brazos para la industria y para el engrosamiento de las filas del ejército industrial de reserva que ayuda a mantener bajos los salarios y moderadas las demandas laborales, y finalmente, en financiador de la importación de bienes de capital para la industria, por lo menos en lo que se refiere al período de auge, entre 1945 y 1954-1955, durante el cual la producción agropecuaria creció en un 5.8% anual.⁷

Al mismo tiempo, en la ciudad de México el ingreso se encontraba en manos de la burguesía ascendente y las ciudades se segregaba, destinando determinadas zonas a cada clase social; en este período se construyeron los primeros grandes multifamiliares.⁸

En el siguiente período, es decir, de 1955 a 1965, el auge de la producción agropecuaria empieza a declinar, disminuyendo su tasa de crecimiento al 4% anual. En el mismo período, en la ciudad de México aumentaba la masa de inmigrantes. Si en 1940 la población urbana era el 35% del total nacional, en 1950 ya constituía el 43% y en 1960 el 51%⁹; el poder económico se concentraba en las clases medias, para las que el capital de la industria de la construcción creó nuevos fraccionamientos, como Sa

télite y Echegaray.¹⁰ Este poder de compra propició la conformación de una ideología consumista con la que se encontraron los inmigrantes rurales.

La crisis propiamente dicha del agro mexicano principia a partir de 1965, cuando el crecimiento anual de la actividad agropecuaria descendió al 2.1%, y el de la agricultura al 1%. La acumulación capitalista en el agro se realiza cada vez más por medio de la ganadería, que convierte tierras antes destinadas a la siembra, en tierras de pastizales; la maquinaria es utilizada con mayor intensidad, desplazando fuerza de trabajo rural,¹¹ que se ve obligada, carente de tierras y de créditos, a emigrar a los centros urbanos. La década de los años setenta está marcada por la necesidad de importar cereales y oleaginosas, debido a la baja producción interna, provocada por la incosteabilidad para los campesinos de la siembra de maíz, por ejemplo.

Ellos abandonaron hacia esa década casi 2 millones de hectáreas de tierras de temporal, en parte despojadas por la ganadería.

Las ciudades perdidas de la Ciudad de México tienen la característica muy peculiar, en términos de Claude Bataillon¹², de mezclarse con las habitaciones de las capas medias de la burguesía. Pero en los últimos años las masas proletarias de inmigrantes se han instalado en una extensa zona de oriente de la ciudad perteneciente al Estado de México: el Municipio de Nezahualcoyotl; otra zona donde se concentran las masas del proletariado son Nau-

calpan y las barrancas del oeste, en la Delegación Alvaro Obregón. Coincidentemente, es en esas zonas de concentración de fuerza de trabajo asalariada y desempleada donde se localizan los problemas graves y masivos de consumo de drogas, y sobre todo de inhalación.

b) PROBLEMAS DE SALUD-ENFERMEDAD Y TOXICOMANIA.

El crecimiento desmesurado de la Ciudad de México en las últimas décadas, que va a la par con un desinterés del sistema socioeconómico por satisfacer las necesidades más elementales de la clase trabajadora, ha concentrado, precisamente en las zonas destinadas a ella, los problemas más graves de vivienda, educación, empleo, servicios públicos y asistenciales. condiciones de vida que se traducen en un "panorama de salud", caracterizado a partir de las 10 principales causas de muerte entre la población, lo que se conoce con el nombre de cuadro patológico.

En los medios de que hablamos, la toxicomanía es una manifestación más de las condiciones de precariedad en que se encuentran inmersos sus habitantes. Y si habremos de referirnos a las circunstancias que empujan a hijos y padres proletarios a la evasión y al rechazo del trabajo, como un aspecto importante para explicar el porqué del recurso a las drogas, hemos de considerar a la enfermedad en general como enfermedad de clase. Bástenos, para apoyar este criterio, con mencionar una investigación realizada en

México en 1970, en las que se compararon las causas de muerte y su frecuencia en un grupo de personas con seguro de vida privado y otro que muere en el Hospital General de la ciudad de México.¹³

Por la estructura del servicio médico nacional y las posibilidades económicas de cada grupo, el primero representaba a la alta y mediana burguesía, y el segundo al subproletariado (ejército de subempleados), generalmente al margen de los servicios de salud de las diversas instituciones. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los pacientes del Hospital General mueren 30 veces más de amibiasis, 8 más de tuberculosis, 6 más de hepatitis, 4 más de enfermedades respiratorias agudas y 3.5 veces más de cirrosis hepática y de enfermedades reumáticas crónicas que el grupo de comparación. Por su parte, los asegurados privados mueren 3 veces más de afecciones cardiovasculares y 2.5 veces más de enfermedades del sistema nervioso central que el grupo de pacientes del Hospital General. Lo anterior demuestra en parte el carácter social de la enfermedad, en la medida en que consideramos que ésta se encuentra relacionada con la manera en que cada individuo se inserta en el proceso de producción. A ello se añade que existen ciertas enfermedades que son exclusivas de la clase obrera, pues se deben a las condiciones en que algunos sectores de ella se ven sujetos en el proceso de trabajo; ejemplos de ello son la industria del cemento, la minera, la automotriz, la siderúrgica, la textil, de productos químicos, y

todas aquellas en las que los trabajadores se ven expuestos a la inhalación constante de partículas o sustancias tóxicas; estos trabajadores sufren comúnmente de enfermedades como tuberculosis, fibrosis, mal de mina, saturnismo, y de enfermedades en general del aparato respiratorio. En la industria eléctrica, así como en los procesos altamente tecnificados, los obreros sufren enfermedades del sistema nervioso y otras derivadas del stress (tensión nerviosa), como las del intestino. El cáncer en la yesquía está muy ligado al trabajo con colorantes y anilinas.

El stress es el producto de la inseguridad, la inestabilidad, el miedo, los ritmos de trabajo en la cadena de montaje, la imposibilidad de cambiar de posición, el ruido, el hacinamiento, la monotonía, las altas temperaturas, entre otras causas. Entre los trabajadores telefonistas, son frecuentes los disturbios en el oído y las enfermedades del sistema nervioso como las neurosis, la histeria, etc.

Pero según Mario Timio, "allí donde la disparidad entre las clases sociales alcanza su paroxismo es quizá en el campo de las enfermedades mentales", pues consideradas éstas globalmente, su mayor concentración se encuentra entre las clases de menores recursos¹⁴.

Y el fenómeno de las toxicomanías está íntimamente relacionado con el problema de las enfermedades mentales, lo cual puede apreciarse a través de los diagnósticos establecidos en las his

torias clínicas de los pacientes toxicómanos en instituciones dedicadas a su tratamiento.

La constante en estas historias clínicas es que en todos los pacientes analizados y tratados, se han observado trastornos del aparato psíquico, que tienen su origen ya sea en una deficiencia orgánica o, de acuerdo con el psicoanálisis, en deficiencias en la formación de la personalidad en la etapa infantil. Como cualquier enfermo mental, el toxicómano busca compensar una carencia, y en este caso la droga juega el papel de satisfactor sustitutivo.

Este enfoque tiene la limitante de que, inscrito como se halla en el modelo médico-clínico, ignora en gran medida y por una razón más que nada de tipo epistemológico, las causales sociales de la enfermedad mental, restringiéndolas únicamente al seno de la familia, ésta última concebida desde diferentes puntos de vista que van de la teoría de sistemas a la conceptualización edípica, que separan a cada familia concreta del papel que juega en el proceso de reproducción de la sociedad, es decir, del capital en este caso¹⁵.

Desde el punto de vista médico actual no es posible concebir que la toxicomanía únicamente

"constituye el extremo en la amplia escala de enfermedades que engendra en general la sociedad de mercancías del capitalismo tardío. La euforia del hachís, el LSD y las drogas, cada vez más extendidas entre los consumidores

juveniles, es la expresión extrema del 'estado hipnoide' en el que las alucinaciones del mundo mercantil sumen a los consumidores en general. Desde este punto de vista, la escena ilegal del hachís, el LSD y las drogas no es más que el brazo prolongado del escenario mercantil legal, en donde todos son más o menos 'adictos': de la ni cotina, del alcohol, de la coca-cola, de la T.V., etc. No sólo la sociedad 'outsider' de consumidores de drogas, sino toda la sociedad 'inside' de consumidores de mercancias se encuentran en el capitalismo tardío como en un viaje sonámbulo, que termina en las cajas prosaicas de los grandes almacenes"¹⁶

Este sistema económico-social es mundial, y se halla dominado por el imperialismo. Esto significa que existen países que dominan a otros, y que pueden hacerlo por los distintos niveles de desarrollo que poseen sus fuerzas productivas y el intercambio desigual que consecuentemente se realiza entre ellos. Esta contradicción entre ambos grupos de países se encuentra fundamentada en , por un lado, los distintos niveles de composición orgánica de capital en unos y otros, en virtud de los cuales unos países se ven obligados a transferir parte del valor que sus trabajadores producen hacia los capitales de los otros¹⁷, y, por otro lado, en la especialización de la producción de unos y otros, que en lo general corresponde a la división en los sectores I (medios

de producción) y II (medios de consumo).¹⁸

México forma parte del grupo de países que se ven obligados a transferir valor a los capitales de los países industrializados, debido a su baja composición orgánica de capital. Aquí, como en el resto de países que conforman este espacio del capital mundial, predominan los salarios bajos y en esta medida sólo se atraen capitales del extranjero cuando la técnica existente en la rama industrial requiere de una utilización alta de capital variable, y las diferencias salariales compensan los gastos de transporte de las mercancías producidas a los grandes centros de consumo; o bien cuando las condiciones naturales del país son particularmente favorables a la producción de una materia prima.¹⁹

Así, estos países se han caracterizado por su especialización en la producción de materias primas o productos semielaborados; tradicionalmente han sido economías agroexportadoras en las que se ha desarrollado también la industria extractiva. Recientemente se han instalado en ellos (México, Brasil y Argentina en América Latina) industrias de ensamblaje como la automotriz, e inclusive de producción de partes automotrices, que funcionan como enclaves del capital extranjero y están produciendo también un nuevo tipo de clase obrera que se halla en contacto con niveles muy avanzados de la producción capitalista, y por ende, con los nuevos problemas de salud que está provocando la tecnificación de los procesos productivos.

El interés de los capitalistas por invertir en industrias ubicadas cerca de los centros de consumo los lleva, por un lado, a privilegiar la producción industrial urbana dentro del país, y por otro, a exportar capitales al extranjero.

Ello conlleva graves problemas de concentración de la producción y de la fuerza de trabajo en los centros urbanos, donde también convergen todos los servicios asistenciales. De manera que la población rural, que ha sido relegada, opta por emigrar masivamente a las ciudades, que pese a que centralizan los recursos, no alcanzan a emplear toda la fuerza de trabajo que se ofrece, justamente por el desarrollo de la industria que cada vez reduce más sus necesidades de capital variable.

Las ciudades de la República Mexicana, como las de América Latina, se caracterizan por su incapacidad para dar empleo, vivienda, asistencia médica, educación, recreación, servicios públicos de infraestructura, etc, pese a que como hemos dicho; concentran los recursos para tales fines. Lo que ofrecen al migrante rural es el desempleo, el asentamiento irregular, la falta de servicios, la contaminación ambiental, la enfermedad, el bombardeo publicitario de mercancías inasequibles y, como compensación, el escape de las drogas.

La enfermedad, pues, se ubica en este contexto de carencias materiales, es el resultado de ellas y la estructura del sector salud en México la ha hecho caer en un círculo vicioso que no per

mite su alivio. Porque si bien la manifestación más clara de la enfermedad es orgánica, consideramos que existe una serie de factores de carácter social que determinan su aparición en el individuo, y que tienen su distribución específica entre las diferentes clases sociales.

A pesar de que ciertos autores han insistido en que hay una carencia en cuanto a la conceptualización clara de la salud y la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un concepto tajante, que según Julio Frenk peca de tautológico²⁰, y que define a la salud como "no sólo la ausencia de enfermedad, si no el completo estado de bienestar físico, mental y social"²¹.

Por su parte, Cristina Laurell, define el proceso de salud-enfermedad en la comunidad, como "el modo específico en que se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es la enfermedad"²². La autora también se ubica en el punto de vista de la normalidad definida como la funcionalidad para el trabajo, pues no son otra cosa esas "actividades cotidianas" de las que habla. Lo importante es que la causa de ese "funcionamiento biológico diferenciable" en general encuentra su origen precisamente en el "desarrollo regular de las actividades cotidianas".

Pues "la situación de salud depende de las condiciones gene

rales de la vida de la población"²³, las que pueden ser analizadas a través del estudio de los perfiles patológicos propios de cada formación social. Como ya lo hemos mencionado antes, este perfil patológico se construye en base a las diez principales causas de muerte, así como a los sectores de clase y de edad más afectados por ellas. En México, las condiciones de vida del grueso de la población son tan precarias que estas causas de muerte consisten fundamentalmente en enfermedades que pueden ser prevenidas. Además, la población más afectada es la infantil, en especial la de niños menores de un año. Son enfermedades que ya han sido eliminadas como causas de muerte en las sociedades altamente industrializadas y en los países del bloque socialista; en ellos las causas de muerte son las enfermedades izquémicas del corazón, los tumores malignos, cirrosis hepática, diabetes mellitus, accidentes de vehículos y accidentes industriales²⁴, es decir, enfermedades propias de la población adulta.

Por el contrario,

"el perfil patológico mexicano está dominado por las enfermedades infecciosas, cuya incidencia corresponde al 40% de la mortalidad con la neumonía, la influenza y las enfermedades gastrointestinales como causas más importantes. Al mismo tiempo, ...comienzan a ocupar un lugar importante las enfermedades típicas de la sociedad "moderna", o sea las enfermedades izquémicas del corazón, los

tumores malignos y los accidentes. Merece mencionarse el hecho de que la cirrosis hepática queda entre las diez principales causas de muerte, ya que vuelve evidente la alta frecuencia de alcoholismo y la nutrición deficiente aun entre los adultos".²⁵

La respuesta de la sociedad a este cuadro patológico ha sido la instrumentación de un sistema de asistencia médica con las siguientes características: la medicina popular, reminiscencia de la medicina indígena precolombina, sigue ocupando un lugar importante en las áreas rurales, donde muy difícilmente llegan los servicios médicos asistenciales del Estado. En lo que se refiere al servicio médico profesional, éste se divide en tres grandes rubros: la medicina privada, constituida por centros que van desde los grandes hospitales, como el Hospital Inglés, el de México y el Mocel, hasta las pequeñas clínicas con un solo médico. Este sector atiende a la burguesía y pequeña-burguesía con posibilidades de pagar los servicios, así como a algunos miembros del ejército de subempleados que acuden a las pequeñas clínicas privadas de los barrios populares. El segundo es el conjunto de instituciones encargadas de asegurar la reparación de la fuerza de trabajo de las empresas estatales y paraestatales o privadas y que atienden únicamente a los trabajadores con contratación vigente; éstas son el ISSSTE, IMSS, el servicio médico de PEMEX, el Hospital de los ferrocarrileros, el de la Comisión Federal de Electri-

cidad, el de la Secretaría de la Defensa Nacional y la de Marina; por último, se encuentra "el que se ajusta relativamente al postulado de la salud, derecho de todos los mexicanos, lo que obligue al gobierno a proporcionar servicios para fomentarla, conservarla y recuperarla"²⁶; éste es el sector formado por instituciones como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Servicios Médicos del Departamento del D.F., y el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia.

La distribución del servicio es la siguiente: "la medicina privada, que agrupa a casi la mitad de los médicos, atiende al 18% de la población"²⁷. En 1976, sólo el 35% de los 62 millones de habitantes del país se beneficiaban de los servicios de algún régimen de seguridad social, es decir, 22 millones de personas entre las que se encontraba el 20% de la población económicamente activa. El resto de la población, casi las dos terceras partes de los habitantes del país (más de 40 millones de personas) debía ser atendida en teoría por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuya capacidad de hospitales, centros asistenciales y de más servicios sólo alcanzaba a cubrir entre 15 y 18 millones de personas. Vale decir que entre 20 y 25 millones de mexicanos carecían en forma permanente de servicios de salud²⁸.

Por lo que se refiere a la distribución de los presupuestos oficiales para cada una de las instituciones, ésta es un factor que viene a agudizar las contradicciones de clase que se manifiestan

tan en la distribución de la salud en el país. Así, tenemos que de los 178 mil 371 millones de pesos que destinó el gobierno federal a las instituciones del sector salud, la SSA tuvo una participación del 10.9% en 1981 (en 1978 fue del 34.9%), a pesar de ser la que "orienta" la política nacional en este campo, la que desarrolla los programas preventivos y de salud en la comunidad, y la que dirige sus servicios a la población no derechohabiente, es decir, la mayoría. Por su parte, el IMSS contó en el mismo año (1981) con el 51.2% (en 1980 contó con el 58.2%), sin incluir los 2 mil 141 millones de pesos invertidos en el convenio IMSS-Co plamar. Al ISSSTE se le asignó el 35.8% del presupuesto (en 1980, el 27%) y finalmente, el DIF sólo recibió el 2.1% de los recursos mencionados, lo que indica claramente la tendencia a la baja, ya que en los últimos seis años había descendido del 4.8% al 2.8%.²⁹ Esto es una muestra de cómo el Estado privilegia los intereses de las empresas privadas sobre las necesidades fundamentales de supervivencia de las grandes masas de población. Lo que caracteriza a los derechohabientes es que son asalariados y sólo tienen derecho a la asistencia médica en tanto que tales. En cambio, la SSA y el DIF dirigen sus servicios a los subempleados y desempleados, es decir, al ejército industrial de reserva, del cual el capital no tiene necesidad inmediata para su reproducción. Con ello se demuestra también el papel de la medicina y de los servicios médico-asistenciales en general, en tanto encargados de man

tener en buen estado la mercancía fuerza de trabajo. Esto también es corroborado por el hecho de que el IMSS se creó durante el sexenio de Manuel Avila Camacho, es decir, en el mismo momento en que se empezaba a fomentar el desarrollo industrial, y en que la industria naciente requería de una clase obrera o medianamente sana en virtud de la necesidad de reproducción del capital.

Además del favorecimiento de la fuerza de trabajo empleada, de esta distribución presupuestal se desprende el hecho de que la medicina curativa es privilegiada por el Estado, en detrimento de la medicina preventiva que en este caso está representada por la SSA. Esto se debe a la concepción predominante de la medicina que ve al hospital como el lugar privilegiado de la salud, perdiendo de vista las necesidades prioritarias de la población que no cuenta con recursos para asegurarse un nivel de bienestar mínimo, como son los servicios de agua potable, una vivienda digna, saneamiento urbano, la eliminación de focos de infección (basureros municipales, por ejemplo). Este modelo,

"partiendo de modelos extranjeros, se ha transplantado indiscriminadamente a una atención que considera...el enfoque de especialidades como su forma de fragmentar las totalidades individuales y sociales, la acción estrictamente terapéutica como su amnesia del pasado y el futuro del enfermo, la reparación mecánica como su modo principal de acercarse a los problemas humanos, la tecnología

como su opaco sustituto a un contacto afectivo y efectivo con el paciente, la concentración urbana como su manera de privilegiar el acceso de ciertos grupos sociales, la rígida jerarquía como su ejercicio del poder y, finalmente, la burocratización en la medicina institucional o la explotación económica en la liberal como sus resultados finales".³⁰

Es evidente, pues, que dadas estas condiciones, los más altos índices de morbilidad y mortalidad se concentran en las capas sociales que viven rodeadas de ambientes hostiles e insalubres.

"alrededor de 1975, México ocupaba el 50. lugar entre los países de América en cuanto a tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, es decir, neumonías e influenza, gastroenteritis y tuberculosis... tenía el 40. lugar en América por mortalidad debida a influenza y neumonía y el 50. sitio por mortalidad a causa de la tuberculosis".³¹

En el siguiente cuadro comparativo se puede apreciar el abismo entre la incidencia de estas enfermedades en México y otros países americanos: Cuba, Estados Unidos y Canadá.

TIPO DE ENFERMEDAD	CUBA	ESTADOS UNIDOS.	CANADA	MEXICO
Infecciosas y parasitarias.	22.9*	5.6*	4.1*	129.6*
Enteritis.	10.1	1.1	1.2	78.3
Neumonías.	34.2	12.6	13.5	90.9
Tuberculosis.	2.2	0.8	0.7	16.5

* Tasa de muertes por cada 100 habitantes.

Fuente: Daniel López Acuña. "Salud, seguridad y nutrición" en México Hoy. págs. 190-191.

En lo que se refiere a la incidencia de deficiencias mentales, el problema es básicamente el mismo: entre las clases bajas éstas se presentan con mayor frecuencia. Al igual que en la medicina en general, es la SSA la única que dedica recursos a la atención médica para enfermos mentales.³² Las instituciones de atención a derechohabientes

"no ponen ninguna cama para la hospitalización psiquiátrica directa, pues todos los pacientes se subrogan a otras instituciones, entre ellas los hospitales de la SSA. Las cuotas que se pagan por motivos de la subrogación de servicios varían de acuerdo a las instituciones subrogadas y representan en conjunto una política que busca gastar lo menos posible en la atención y rehabilitación

tación del enfermo mental"³³

Instituciones del tipo de la SSA son las que proporcionan datos sobre la incidencia de enfermedades mentales, y de la medicina privada sólo se sabe que cuenta con el 19% de las camas disponibles para el efecto en el país.³⁴ Según la OMS, la SSA y los CIJ, en el país hay cerca de 1 millón 340 mil psicóticos,³⁵ y entre los trastornos más frecuentes se encuentran la esquizofrenia, la epilepsia, el retardo mental y las psicosis orgánicas, así como las demencias, la farmacodependencia y el alcoholismo.³⁶ Estas dos últimas han sido consideradas como enfermedades mentales al lado de las otras, pero desde nuestro punto de vista deben ser tratadas como síntomas y no como enfermedades, y en todo caso la enfermedad correspondiente a ellas sería la farmacotimia, que a su vez no es sino la expresión de otros trastornos de la personalidad que caerían en las categorías o cuadros clínicos de la esquizofrenia, la neurosis y la psicosis.

Es de esperar que como consecuencia de la situación que vive el país en la actualidad, y de lo que parece perfilarse como la política económica y laboral del presente régimen, que todos los problemas de salud y la frecuencia de las toxicomanías vean agudizada su gravedad. Hoy no sólo no se generan empleos, sino que muchas de las plazas existentes están siendo canceladas. Mientras se desalienta la producción agrícola, se dan privilegios y regalías a los empresarios privados, subsidiados por el Estado

y las paraestatales, en un esfuerzo ya de varios años por lograr que la economía mexicana "despegue"; y para este efecto el Estado proporciona toda clase de facilidades a una planta industrial poco productiva y escasamente competitiva que se ha convertido en un verdadero parásito.

Evidentemente, alguien ha tenido que pagar el precio de las ventajas para los empresarios, y éstos han sido los trabajadores: en el campo, despojados, en las ciudades desempleados y pagando cada vez más caros los escasos servicios a que logran acceder. Las consecuencias sociales y políticas de este proceso a corto y a largo plazo, son un reto a la capacidad del régimen para continuar manipulando políticamente a los trabajadores y a los desempleados, y subsistir en su carácter de Estado burgués.

C A P I T U L O I I I

DROGAS Y CAPITAL.

La vinculación de la toxicomanía con los problemas de salud, y en particular con los de salud y enfermedad mental, son un hecho histórico. El uso de drogas en la sociedad actual sólo puede ser definido en términos históricos y por su relación con las instituciones sociales. Por esta razón consideramos de importancia su significación cultural. Y la significación cultural de un fenómeno se expresa en el concepto que la sociedad correspondiente elabora acerca de él. Partamos pues, de las definiciones que se han dado de las drogas.

La OMS las define como

"toda sustancia que introducida en el organismo produce un estado psíquico y a veces también físico, caracterizado por comportamientos y otras respuestas que siempre incluyen un impulso irresistible a tomar ésta de manera

continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y algunas para evitar el malestar causado por su ausencia. Puede no presentarse tolerancia. Una persona puede ser dependiente a más de una droga."¹

Esta definición se contrapone a la que utiliza Giovanni Jarvis, quien concibe a la droga como

"una sustancia química que es introducida voluntariamente en el organismo con la finalidad de modificar las condiciones psíquicas y que en tanto que tal crea más o menos fácilmente una situación de dependencia en el sujeto, es decir, una situación en la que siente la necesidad de recurrir con mayor o menor regularidad a este mismo producto químico para superar las dificultades psicológicas derivadas de su vida cotidiana."²

La contraposición reside en el peso que cada una de las definiciones mencionadas atribuye a los elementos que interactúan en el proceso de la toxicomanía: el tóxico y el toxicómano. En la primera de ellas se privilegia el efecto de la sustancia; en la segunda se pone de relieve el carácter voluntario de su introducción en el organismo, y se alude a la intervención de la vida cotidiana como causal de la búsqueda de la satisfacción por la droga. En una el toxicómano es un organismo susceptible de contaminarse por la adicción; en la otra, es un ser en busca del placer que le niega su cotidianeidad.

No obstante, ambas coinciden en la utilización del concepto de sustancia química, que es una creación más, al igual que la sustancia en sí misma, del pensamiento científico burgués. Así, ambas concepciones sólo pueden circunscribirse a las modalidades muy específicas que caracterizan al modo de producción capitalista. En consecuencia, el término (sea droga o fármaco) y sus supuestos (adicción, manía, dependencia) no pueden ser entendidos como categorías universales aplicables a cualquier realidad social.

En la antigüedad y en las formaciones sociales tribales que aún subsisten, donde no existe la noción de "sustancias", éstas eran ingeridas en su forma natural y en rituales socialmente sancionados, y los efectos causados por las plantas que las contenían eran atribuidos a la acción de poderes sobrenaturales de los dioses buenos y malos de la tribu.

Podemos, pues, distinguir dos concepciones distintas del mismo objeto y denominar genéricamente mítica a la primera y científico-burguesa a la segunda. Cada una corresponde a una estructura social específica que la determina y que le atribuye un papel dentro del todo social. En ambos casos el objeto se inscribe en un esquema de reproducción social: en el primero sirve a la subsistencia del grupo como vía de obtención de la protección de los dioses; en el segundo se convierte en una mercancía y contribuye a la alienación y sometimiento social caros al capital.

a) CONCEPCION MITICA.

Por lo que concierne al concepto mítico, haremos alusión a algunas prácticas que se inscriben dentro del marco de los ritos mágico-religiosos tradicionales. El común denominador a todas ellas es el sentido sagrado de la planta, que para los miembros de la tribu es un regalo o un castigo de los dioses, y tiene para aquellos poderes curativos sobrenaturales.³

La planta participa en actividades que pueden ser calificadas como terapéuticas, y que son plenamente respaldadas por la estructura de la sociedad primitiva y sus instituciones. A continuación haremos una breve exposición de casos de este tipo, que subsisten en la actualidad a pesar del predominio de las relaciones capitalistas de producción, aunque a menudo en modalidades sincréticas que incorporan elementos de dichas relaciones.

La situación clásica de utilización de plantas alucinógenas es el ritual chamanístico, practicado en la selva del Perú oriental, el noroeste de Colombia, el sur de Bolivia, en Ecuador, en Brasil,⁴ en Huevo México,⁵ en Siberia⁶. En México es practicado por los indígenas mazatecas,⁷ los huicholes y otros grupos étnicos.

En los ritos de iniciación, de pasaje, y en general de adoración de sus dioses, determinados miembros de la tribu tienen derecho a consumir plantas, y sólo en algunos casos se permite

que los demás tengan acceso a ellas. Por lo general es el chamán quien tiene asignada dicha función; el término proviene de la lengua de la tribu tungus de Siberia, y se define como "el hombre o la mujer que se pone en contacto directo con el mundo de los espíritus mediante un estado de trance y que tiene a su mando uno o más espíritus que llevan a cabo sus súplicas de que se haga el bien o el mal".⁸ El estado de trance puede ser logrado por la ingestión de plantas alucinógenas o no.

El chamán cumple con una función social, reconocida por los demás miembros de la tribu. Es él quien tiene el poder de llegar a lo más recóndito de la enfermedad para descubrir su causa; puede acceder a la visión del pasado y del futuro de su tribu. Al consumir plantas alucinógenas el chamán busca "percibir el mundo sobrenatural y contactar e influir sobre la conducta de determinadas entidades sobrenaturales para, por ejemplo, localizar y sacar un objeto sobrenatural de un enfermo embrujado".⁹ El chamán es el "científico" de las culturas ágrafas, es quien busca el conocimiento y participa de ese sistema riguroso y coherente aunque inmaterial que prefigura a la ciencia, esto es, la magia.¹⁰ A veces es también el curandero que trata de aliviar los males; "es como un puntero en busca de significado, empeñado en sacar lo escondido, lo oscuro a la luz del día".¹¹

Del determinismo mágico, que es global e integral¹², se desprende una concepción de la salud y la enfermedad que integra en

un todo -el ser humano- lo físico y lo psíquico, y en esa complejidad el chamán debe realizar su labor.

En suma,

"según el concepto clásico...el chamán es una persona que, mediante un cambio de su conciencia cotidiana, se interna en la metafísica de lo trascendental con el fin de parlamentar con los poderes sobrenaturales y lograr el conocimiento de las ocultas razones de los acontecimientos, de las enfermedades y de todo tipo de dificultades".¹³

El cambio en el nivel de su conciencia, y en consecuencia los poderes que el chamán manifiesta frente al resto de la tribu, son obtenidos por él "a través de los efectos de alguna planta, animal o fenómeno natural, durante un sueño o una experiencia alucinatoria; su aceptación va normalmente acompañada por alguna prueba".¹⁴

El chamán es sujeto de prestigio ante el resto de los miembros de la tribu, y a veces este prestigio puede ser fuente de autoridad. Droga y chamán constituyen, a los ojos de la comunidad, la fuente de la sabiduría y de la solución de problemas que la involucran en tanto que sociedad. Estas tribus consideran terroríficas las experiencias alucinatorias, pero recurren a ellas por la importancia que les atribuyen en la realización de sus acciones, pues para ellas

"son prefiguraciones de cosas que van a pasar, o recuerdos del pasado. Es por eso que después de una noche de haber ingerido las sustancias alucinógenas, los hombres hablan de sus experiencias, especialmente de aquellas que parecen haber tenido cierta importancia para la sociedad, tales como la visión de grandes cantidades de comida, o de hambres y plagas o salud y enfermedad, o muertes".¹⁵

Para los mazatecas, "la experiencia psicodélica...está asociada inseparablemente con la cura de las enfermedades"¹⁶ Mientras la cultura occidental habla de despersonalización, esquizofrenia y perturbación mental al referirse a la ingestión de alucinógenos,

"el chamán mazateca se siente inspirado...y se considera dotado con el poder de unir lo que está separado: es capaz de curar la personalidad dividida, liberando de la represión los resortes vitales para revelar la estática vida del ego integrado"¹⁷

Los chamanes son, pues, trabajadores que tienen una gran importancia para su comunidad, pues se dedican "a la obra de un descubrimiento lógico y existencial. Para ellos, el estado chamánico que les provocan los hongos es intuitivo, no alucinatorio".¹⁸

La cuna de lo que los antropólogos llaman chamanismo clásico

co se encuentra en el noreste de Asia, en donde el hongo psicodélico (*Amanita muscaria*) se relaciona estrechamente con la práctica chamanística. Pero tanto en Asia como en las culturas precolombinas mesoamericanas existe el mismo tipo de rito mágico-religioso en el que intervienen casi invariablemente el chamán y el consumo de plantas alucinógenas, lo que establece lazos entre ambos grupos de culturas.

Se tienen noticias muy antiguas del uso del cáñamo indio y otras plantas entre los mesagetes, los escitas, los vedas, los chinos y los frigios.¹⁹ Pero el uso de alucinógenos no es privativo de las sociedades antiguas como la griega, ni de grupos étnicos asiáticos o americanos. También en Europa fue una costumbre común en los siglos XIV y XV y probablemente mucho antes, en las tribus galas; pero en general se desconoce este hecho debido a que "fue asociado durante mucho tiempo con actividades que en general se juzgaron heréticas",²⁰ y por otra parte, a que "según historiadores y eruditos de la religión, la brujería del medioevo tardío y del Renacimiento fue sobre todo una historia ficticia creada por la Iglesia".²¹

Por lo que se refiere a nuestro país, podemos inscribir en el contexto mágico-religioso las normas de utilización del pulque en la sociedad mexicana. Este era el brebaje sagrado por excelencia, que los aztecas ofrecían a los dioses y cuya preparación ritual era el objeto de una minuciosa reglamentación. Se le consi

deraba también un medicamento y un tónico para quienes realizaban los trabajos pesados. Sin embargo, el pulque estaba cargado de una ambivalencia que aún no ha sido lo suficientemente interpretada²², ya que según los mexicas había sido creado para que el hombre tuviera placer en vivir en esta tierra, loara a sus dioses, cantara y danzara; pero al mismo tiempo que sagrado era nefasto; a la vez que precioso, detractor.

Tal vez debido a la ambivalencia de que estaba cargado el pulque, su uso se restringía de acuerdo a ciertas reglas que la sociedad mexicana aceptaba y acataba; ella reconocía el consumo alcohólico lo mismo que el sexual, siempre y cuando se desarrollaran en un cuadro ritual y comunitario y se plegaran a sus imperativos. Para tal efecto, los mexicas distinguían tres tipos de embriaguez: la ritual, o tlauana; la fatal, ometochui, reservada a los nacidos bajo el signo de Ometochtli o de los "dos conejos"; y una embriaguez reprobada ligada a la idea de exceso y transgresión (macuilloctli) o de desorden (tochyauh, tochtilia), que llamaban "el quinto pulque".

Aceptaban la embriaguez colectiva y ritual en contextos preestablecidos, ya fueran ritos familiares, banquetes ceremoniales o fiestas religiosas como las de los dioses del pulque. Especificaban las categorías sociales y de edades que podían beber libremente: adultos de más de cincuenta años, hombres y mujeres; a veces los adultos casados, los guerreros, los notables y los

mercaderes; excepcionalmente los niños en las fiestas pillauno. El individuo ebrio, dentro de estas categorías, perdía la responsabilidad de sus actos y pasaba por poseído por un dios del pulque, suscitando un miedo reverencial, como si se hubiera convertido temporalmente en un tabú.

El control de la sexualidad y del alcoholismo era una gran preocupación de los gobernantes mexicanos; en el primer acto de su vida pública el soberano recomendaba a sus súbditos que evitaran la embriaguez y el sexo. Los notables y los señores exhortaban a sus hijos en el mismo sentido, así como a que dedicaran sus energías a la práctica de la guerra.

El alcoholismo transgresor era duramente reprimido: el individuo sorprendido en estado de ebriedad era humillado públicamente; se le rapaba en el mercado y se demolía su casa, lo que significaba su exclusión de la comunidad. El que en las grandes fiestas bebía pulque sin haber sido expresamente convidado, sufría a menudo la pena de muerte, siendo ejecutado en público.

De esta manera, la sociedad mexicana mantenía el uso del pulque dentro de límites bastante rígidos, sustentados en el consenso con que contaba su jerarquía de poder, en gran parte originada por el sistema de creencias religiosas de la población.

Este equilibrio, por llamarlo de alguna manera, fue roto a consecuencia de la transformación de las relaciones sociales que produjo la Conquista. Desde los años cincuenta los españoles y

los mestizos empujaron a los indígenas al consumo intensivo de bebidas alcohólicas, las que se convirtieron en una fuente considerable de ganancias para ellos. Al tradicional pulque se agregaron bebidas más fuertes en alcohol (vino y aguardiente), lo que no obstó para que la producción de aquél aumentara. Sin embargo, como ocurre en todos los casos de sincretismo cultural, la embriaguez ritual no desapareció, sino que integró el vino de Castilla. Por razones económicas el alcoholismo se veía estimulado, pero al mismo tiempo era condenado por razones morales y por la tradición, lo que sumió a la población indígena en un estado de confusión profunda. Según Freud, el alcoholismo es una técnica de sobrevivencia, una huida para encontrar en la embriaguez una apariencia de seguridad; pero en este caso, según Gruzinski, se trata más exactamente de una respuesta a una aculturación brutal, ya que la Conquista vino a introducir una confusión por la imposición de una concepción del trabajo y de la repartición del tiempo totalmente distinta de la que se había formado la sociedad mexicana.

Otro caso de sincretismo por aculturación es el de los chamulas de Chiapas, que actualmente han sustituido o complementado sus bebidas tradicionales, el posh y la chicha, con la coca-cola, la pepsí-cola y la cerveza, así como con el aguardiente de los ladinos. Bebidas tradicionales como la taberna del coyol, el tesgüino tarahumara, el mezcal y muchas otras son desplazadas cada vez en mayor medida por las que producen las empresas capitalis-

tas, que representan no sólo otro proceso de producción y otra forma de inserción en la esfera del consumo, sino también otra muy distinta función social.

Un aspecto de importancia en el análisis del papel de las plantas alucinógenas es su utilización curativa. La herbolaria azteca es la más estudiada de las mesoamericanas, ya que resume conocimientos acumulados de culturas más antiguas. De acuerdo con las informaciones de los cronistas de la Nueva España, sobre todo Fray Bernardino de Sahagún,

la planta más utilizada por la cultura mexicana era el ololiuqui, que significa cosa redonda y encorvada, el cual también se conocía como coatl xoxouhqui, culebra verde, coaxihuitl o yerba de la serpiente y cuetzapalli, lagarto, o cuexpaltzin (el término correcto es cuetz-paltzin). Este último nombre define el carácter divino de la planta, "que se tenía como símbolo de la abundancia del agua y del placer sin pena", y también significaba fecundidad, representando unas veces al pene y otras al útero femenino, y además tenía que ver con el maíz, principal alimento de los aztecas. Aquí aparece también la tradicional trinidad mítica: ololiuqui, cuetz-paltzin e iztacoliuhqui (Dios del Maíz Maduro).²³

Según otras informaciones, el ololiuqui también era conocido como xixicamatic.²⁴

Terapéuticamente hablando,

la yerba era utilizada en el tratamiento de la fiebre, debido a su asociación con el agua. El payni, un médico tribal, bebía el brebaje sagrado para llevar a los dioses la pregunta deseada por el cliente, y volvía con la respuesta adecuada, pero con frecuencia era el propio interesado quien realizaba la consulta. Lo mismo que otras plantas tradicionales, también el ololiuqui fue sincretizado, asimilándose a "Nuestro Señor", los ángeles y María Santísima.²⁵

En Oaxaca el ololiuqui se sigue utilizando y se le conoce con el nombre de piule.²⁶ Su uso medicinal subsiste sólo en regiones de difícil acceso, debido a la represión de que la herbolaria indígena en general fue objeto durante la Colonia.

Otra planta de uso muy extendido en nuestro país es el peyotl o peyote, que es objeto de un rito muy importante entre los huicholes, quienes al parecer han respetado en gran medida las formas prehispánicas del mismo; según referencias de Sahagún, el peyote muy probablemente era consumido en un marco ritual por toltecas y chichimecas desde unos 1,890 años antes de la llegada de los europeos.²⁷ Además de los huicholes, los coras y los tarahumaras celebran el rito del peyote, pero aparentemente éste reviste mayor importancia para los primeros, pues son los únicos que realizan peregrinaciones anuales para su recolección, una parte de

cuyo producto venden a otras tribus. Por otra parte, más de cuarenta tribus indígenas norteamericanas también emplean el peyote como sacramento religioso, y al parecer fueron los kiowas y los comanches quienes lo conocieron primero en el norte de México y lo extendieron más allá de la frontera.²⁸

Entre los huicholes,

cada jefe de familia es sacerdote y tiene a su cargo oficiar las ceremonias que se celebran en su rancho. Para adquirir la casta sacerdotal, el indígena debe conocer a fondo su religión, dominar las tradiciones y aprender los cantos rituales. Esta preparación la adquiere a lo largo de toda su vida, hasta que llega el momento en que hace las peregrinaciones a las cuevas sagradas y a la tierra del peyote, donde es consagrado por los dioses, quienes se le aparecen después de varios días de ayuno.²⁹

Sin embargo, para las celebraciones masivas, como lo es el sacramento del peyote, quien debe participar en primer término es el chamán, pues él es quien mejor conoce los cantos rituales. Esta ceremonia anual comienza con la recolección del peyote. A la peregrinación, que llega a más de 400 kms. de donde viven los huicholes, en el estado de San Luis Potosí (La Hojonera),

van exclusivamente hombres, que guardan absoluta castidad hasta el retorno; el chamán va a la cabeza, portan

do un estandarte con el símbolo del Sol y una cuerda con quince nudos que hace las veces de calendario. "Cada peregrino carga doce calabazas con tabaco, un carcaj con flechas, varios fetiches y sombrero con plumas de un pájaro dedicado al fuego. Sigue a la caravana de los hombres otra de asnos con alimentos para el viaje de ida y en los que se cargarán los peyotes en el viaje de regreso". Durante el regreso, tras efectuar todo un ritual de purificación y ofrenda, los peregrinos sólo comen peyote. A su llegada se realiza una fiesta que dura veinticuatro horas, en la que se muele peyote para beber loy se escucha la música del chichol y tras la cual los huicholes se consideran seres nuevos, purificados y protegidos por sus dioses durante el año siguiente.³⁰

Al parecer este rito también contribuye a la eliminación de la represión sexual, pues durante él las mujeres deben narrar sus actos sexuales sin inhibición; ello explicaría la salud mental de los miembros de la tribu y la estricta monogamia que caracteriza a este grupo étnico.

Creemos que en este momento ya es clara la distinción entre las plantas sagradas y lo que hoy se conoce como droga, así como el papel que ambas juegan en las sociedades que las enmarcan. Lo que distingue esencialmente a la droga de la planta sagrada es la noción científica de sustancia química, que la desembaraza de su

entorno mágico, y la explica en tanto que susceptible de provocar reacciones orgánicas en el sujeto que las ingiere. De igual importancia es la distinción de su inserción social, pues mientras en un caso se juega la supervivencia de la tribu y de sus miembros, en el otro al parecer el miembro busca su propia destrucción y el alejamiento de la realidad por un medio que ya no se halla al alcance de su mano, libre en la naturaleza, sino que pasa por la reproducción del capital, convertido en una mercancía más.

b). CONCEPCION CIENTIFICO-BURGUESA.

La historia de los narcóticos o estupefacientes -primeras drogas conceptualizadas como tales- vale decir, los productos que la sociedad burguesa condena a la ilegalidad, comenzó en los laboratorios legales de las grandes compañías farmacéuticas de hoy.

Dentro de esta categoría se incluyen los alcaloides del opio, tales como la morfina y la heroína. La primera en ser descubierta fue la morfina, sintetizada a principios del siglo XIX (1803) por Fr. W. Adam Sertürner, aunque al parecer lo suyo fue más exactamente un redescubrimiento, pues desde 1800 ya había científicos en toda Europa que trabajaban en el estudio del alcaloide. Posteriormente, en 1864, el farmacéutico Charles Gabriel Pravaz inventó la jeringa³¹, con lo que los opiómanos abandonaron la utiliza -

ción del láudano para pasar a depender del piquete de morfina, enriqueciendo así a las compañías farmacéuticas y a la de Pravaz, montada apresuradamente para fabricar el instrumento.

Estas compañías estaban en la época muy interesadas en la producción y la venta de los derivados del opio, por lo que dedicaban importantes capitales a montar laboratorios químicos en los que experimentaban con esas sustancias. Pero fue en los laboratorios de una compañía dedicada a la fabricación de colorantes, de importancia en aquel momento para el desarrollo de la industria textil, donde se sintetizó por primera vez la heroína.

Se trataba de Frederic Bayer y Co. y los químicos eran Carl Duisberg y Heinrich Dreser. Al mismo tiempo (1898), Félix Hoffmann, de la misma empresa, descubría la aspirina.³² Ambos productos fueron ampliamente publicitados por Bayer y conquistaron un amplio mercado.

Consecuentemente, el mercado de la morfinomanía se fue reduciendo; la frecuencia de esta adicción ya escandalizaba inclusive a los mismos que la habían patrocinado: hacia 1870-1871 la morfina era recetada de manera irreflexiva, y de 142 casos de adicción a esa droga observados en Alemania, 66 eran debidos a prescripción médica.³³ De manera que la llegada de la heroína abrió al capital nuevas posibilidades de acumulación: la droga se anunciaba como remedio para la adicción a la morfina, y se decía de ella que no provocaba dependencia. Efectivamente, gran número de

morfinómanos abandonó la morfina para convertirse, como después se confirmó, en adictos a la heroína. Al observarse que ésta también causaba adicción, fue reconocida a su vez por la Sociedad de Naciones como un derivado del opio, en la conferencia de La Haya de 1912.

Sin embargo, los grandes intereses involucrados en su producción no permitieron que se prohibiera su uso en Alemania sino hasta 1921 y en Estados Unidos hasta 1924.³⁴ Fue administrada a los soldados alemanes durante la I Guerra Mundial³⁵ y sólo dejó de ser adquirible como medicamento en las farmacias en 1958.

Al parecer son los momentos de crisis profunda del capitalismo los que marcan los períodos de auge de las toxicomanías. El primero de los más importantes de ellos fue el que siguió a la I Guerra Mundial, cuando "una ola de toxicomanía se desencadenó en Estados Unidos salpicando a Europa. Los que pretendían olvidar las convulsiones de la post-guerra y las terribles consecuencias de la crisis de los años 30, añadieron la toxicomanía a sus heridas de guerra, cuidadas con morfina y heroína"³⁶; y se convirtieron en los propagadores del uso de estas sustancias: ya en 1926 sólo en Estados Unidos había 200 mil heroínómanos.³⁷

A partir de entonces, Estados Unidos ha sido "el principal centro de consumo de heroína. Aunque la clientela europea se amplía, los traficantes siguen teniendo esta principal preocupación: introducir su mercancía en Estados Unidos"³⁸, pues se trata de un

mercado seguro y en aumento, estable para el traficante, ya que la heroína "crea en el consumidor un estado tal de dependencia física y psíquica que rápidamente lo reduce a la esclavitud".³⁹

Este es un capital que no ha podido instalar su infraestructura en el centro de consumo, debido a la relativamente temprana proscripción de la heroína en los Estados Unidos. A partir de ella, las "familias" norteamericanas solicitaron el traslado del procesamiento a la región parisina, pero como la mitad del opio y la morfina base llegaba de Turquía a Marsella, las actividades se transfirieron a este puerto, donde, además, el químico marsellés cuenta con un "medio" que lo cubre.⁴⁰

En este ciclo de reproducción del capital, que forma parte del ciclo capitalista a nivel mundial, como ocurre en general, son los países de baja composición orgánica de capital los que proporcionan la materia prima para la elaboración de la mercancía. En estos países ocurre con frecuencia que la heroínomanía no es un problema grave, debido a la rigidez de las normas sociales que sus culturas han preservado a lo largo de los siglos, y que evitan la caída de sus pobladores en el círculo vicioso de la adicción; en todo caso, la opiomanía que existe en ellos se restringe casi exclusivamente a los cultivadores y comerciantes.

Los principales de dichos países son los que conforman el llamado Triángulo de Oro (Laos, Tailandia y Birmania, que produjeron en 1979 500 tons. de opio), los del Creciente Dorado (Irán,

Pakistán y Afganistán, el primero con 200 tons. y los dos últimos con 700 tons, producidas conjuntamente), además de Turquía y México con 150 tons.⁴¹

En los países mencionados el cultivo y la cosecha del opio constituyen una fuente importante de trabajo y de ingresos, sobre todo para las masas campesinas, a quienes el cultivo de otro tipo de productos no les retribuiría lo que el opio. Igual que en Oriente, éste es el caso del campesino mexicano que dedica sus tierras al cultivo de la adormidera. Los cultivadores esperan a que caigan los pétalos de la flor para hacer el rayado en el bulbo de la misma; posteriormente proceden a la recolección de la resina, con la que hacen paquetes de unos cuantos kilogramos que dejan reposar hasta que se forma una pasta; ésta es la que venden a los intermediarios que reúnen el producto de muchos de ellos y lo transportan a los centros de procesamiento en donde se le convierte en heroína en distintos grados de pureza.

La calidad del producto depende de la calificación de la fuerza de trabajo que interviene en su elaboración; en este caso se trata de un personal que cuenta con conocimientos verdaderamente profundos en la ciencia química. En realidad, la mayor parte del valor de la mercancía es creada en esta fase por el trabajo vivo invertido en ella, ya que la transferencia de valor del trabajo muerto es reducida, pues no se requieren grandes inversiones en capital fijo: cualquier casa aislada, una cava, una lavan

dería o un garage pueden servir de laboratorio, y el resto de los instrumentos de trabajo son fácilmente transportables.

La heroína sale de los distintos centros de producción con destino a los Estados Unidos y distintos países de Europa. Es despachada desde Singapur, Hong Kong, Taiwan, Hamburgo y Marsella y llega a los Estados Unidos por distintas rutas y camuflada bajo las formas más inimaginables. Sin embargo, América Latina es el lugar de paso más importante: a través de ella llega a los Estados Unidos el 70% de la heroína que se consume en ese país.⁴²

Esto se debe a las facilidades que los gobiernos latinoamericanos proporcionan a los narcotraficantes; de particular importancia entre ellos son Paraguay, Panamá y México.⁴³ A ellos se suma el auspicio de las "zonas libres" bancarias de Shanghai, Panamá, Jamaica, y las Bahamas por el sistema bancario internacional; intereses como los de la fundación Rockefeller, la Comisión Trilateral y diplomáticos estadounidenses se encuentran implicados en el narcotráfico.⁴⁴

Las dictaduras militares latinoamericanas, para asegurarse la fidelidad de los altos mandos de sus ejércitos, les autorizan a traficar con mercancías de Estados Unidos, a donde a la vez hacen llegar narcóticos; es el caso de Paraguay⁴⁵ y Bolivia; y a los miembros de esos mismos ejércitos los mantienen sujetos por su su misión a la droga; era el caso de los soldados de la desaparecida Guardia Nacional de Somoza.

Aprovechando su paso por Sudamérica, los narcotraficantes llevan a los Estados Unidos y a Europa cocaína producida en Perú, Colombia y Brasil, la cual se extrae de la hoja de coca tradicionalmente masticada por los indígenas de los dos primeros países para combatir el hambre y la fatiga⁴⁶ que produce en ellos la imposición, desde la Colonia, de ritmos de trabajo que desconocían y que les significaron el sometimiento a un modo de producción impuesto.

Esta droga produce al inversionista altos índices de plusvalía, ya que, como símbolo de status, es también la más cara que se conoce en el mercado. Su proceso de producción comienza en los países antes mencionados, donde el comprador de la hoja de coca paga al indígena o al campesino que la ha sembrado o cosechado, 1 200 dólares por cada 500 kilogramos. Estos, convertidos en 2½ kilogramos de pasta, valen 5 mil dólares; de esta pasta se obtiene 1 kilogramo de cocaína hidroc্লórida, cuyo valor es de 20 mil dólares. El mismo kilogramo, por el solo hecho de ser introducido a los Estados Unidos, triplica su valor. Doblada a dos kilogramos en cocaína al 50% de pureza, lo duplica, y vendida en la calle al 12%, esto es, transformada en 8 kilogramos, su precio total alcanza los 500 mil dólares.⁴⁷ Lo que significa que de los Andes a los Estados Unidos, el valor de la coca, al ser transportada y transformada, se multiplica en 416 veces.

En la década de los años 20 la cocaína, utilizada como anes

tésico en cirugía de ojos y garganta, también fue objeto de una toxicomanía limitada a los medios del espectáculo y del placer,⁴⁸ pero actualmente su uso se ha extendido a las capas medias estadounidenses, y aproximadamente diez millones de norteamericanos usan regularmente cocaína en la actualidad, y otros cinco millones probablemente han experimentado con ella. Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, alrededor del 20% de adultos jóvenes (entre 18 y 25 años) usaron cocaína en 1979, cifra que representa el doble de la reportada por el NIDA en 1977. En 1980, las ventas de cocaína sumaron 30 billones de dólares en Estados Unidos, mientras las de marihuana, que es la droga más ampliamente utilizada, sumaron 24.⁴⁹

Aparentemente el Brasil sirve hoy de enlace entre los otros países productores y el mercado de Estados Unidos, debido a la facilidad con que se pueden comprar allí el éter y la acetona.⁵⁰

El segundo gran momento toxicomaniaco fue el de la década de los años 60, cuando se produjo una verdadera revolución en el uso de drogas. Ya no se trataba del encubrimiento de la adicción bajo el disfraz de la medicación, sino del uso abiertamente evasivo de ácidos, plantas y narcóticos por una juventud pequeño-burguesa urbana que pretendía rechazar la sociedad industrial proclamando el aislamiento y el retorno a la naturaleza por la vía de la ingestión de estas sustancias.

Fue sobre todo a partir de ese momento que las toxicomanías

se masificaron, y se vulgarizó el conocimiento acerca de los efectos y el sentido de las drogas. En ese momento,

"el uso de drogas psicodélicas casi se convirtió en una epidemia, pues su consumo era autoexperimental y no médico. Se sintetizaron sustancias nuevas pero similares y menos conocidas, sustituyendo al LSD, como: el STP, DMD y otros. Probablemente como 1 millón de personas han probado el LSD o sustancias similares en los Estados Unidos, la mayoría de las cuales las han usado una o varias veces"⁵¹

Antes de dicha década, el uso compulsivo de las drogas era practicado sólo en ciertos círculos reducidos:

en Europa, algunas decenas de personas, artistas, intelectuales, médicos, farmacéuticos, enfermeras, antiguos colonizadores, enfermos, gentes del medio, prostitutas. En los Estados Unidos se hubieran agregado algunas minorías étnicas muy desfavorecidas, algunas fracciones de la población de los ghettos negros;

por el contrario,

hacia 1972, y en términos generales desde 1966 en los Estados Unidos, y desde 1968 en Francia, la situación es muy diferente: a) los jóvenes aportan por todas partes los contingentes más numerosos: de 531 fichas consultadas por el INSERM (1971), 81.7% corresponden a su

jetos de menos de 24 años. Este rejuvenecimiento de la población de los toxicómanos es un fenómeno general; b). los toxicómanos no son individuos desfavorecidos más particularmente: no son transplantados, puesto que el 8.9% de la muestra precedente corresponde a sujetos nacidos en Francia metropolitana; no son todos jóvenes surgidos de pareja disociada: 48.9% tienen padres que viven juntos. El factor disociación familiar aparece menos importante que lo que se suponía; c). no son solamente los estudiantes y los jóvenes intelectuales quienes se drogan; hay una extensión a todas las categorías socio-profesionales (excepto agricultura) y una "proletarización" del fenómeno, como lo demuestra el cuadro de las infracciones destacadas en Francia (segundo semestre de 1971)⁵².

El fenómeno hippie es eminentemente norteamericano y en menor medida europeo, pues fueron jóvenes de estos países quienes rechazaron sus formas occidentales de vida y los valores de la sociedad capitalista, que para ellos era solamente la sociedad de la abundancia, buscando el retorno a las formas de vida simples de las sociedades en las que el hombre todavía vivía en estrecho contacto con la naturaleza. Por ello volvieron los ojos al Oriente, a las colonias, al origen de las minorías raciales que ya estaban luchando en Norteamérica por sus derechos civiles,

y que entre otras cosas proclamaban con Malcolm X el retorno a África, lugar del origen de la humanidad.

Pero a diferencia de esos grupos raciales que utilizaban tácticas pacifistas como instrumento de su lucha por los derechos que el capital norteamericano les negaba, para los hippies blancos el pacifismo, la no violencia, el "amor y paz" eran un fin en sí mismo, y aún cuando pretendieran querer abolir la "sociedad de la abundancia", lo único que buscaban era marginarse de ella. Se trata, en suma, de

"blancos, de familias prósperas. Son los herederos del sueño americano, jóvenes con carreras prometedoras, como médicos y abogados, que a los 18 años poseían automóviles Mustang... Tras heredar la sociedad post-industrial con toda su riqueza, los beneficiarios rechazan sus frutos y vuelven a las comunidades pequeñas, primitivas... Abandonan los barrios residenciales y vuelven a la tierra, glorificando las culturas folk, las cualidades del campesino... y la idiosincracia de las minorías étnicas"⁵³

El movimiento hippie, con sus comunas, se ubica en la larga tradición de la utopía pequeño-burguesa que siempre ha querido cambiar el statu quo por la vía del aislamiento, la marginación, rechazando el enfrentamiento con las estructuras del poder y la lucha por el mismo, y buscando únicamente crear el ejemplo de

una forma ideal de vida y de organización social. Parte de esta ideología estaba constituida por la búsqueda de la verdad en sí misma, tarea a la que contribuían los enervantes que los hippies ingerían; una clara exposición de ella es "Revolution" de John Lennon.

Fue tal la publicidad que los hippies atrajeron, que desde entonces se ha considerado a la toxicomanía como una actitud snob propia de los jóvenes, y la escandalosa revolución verde hippie ha servido para ocultar las otras facetas del fenómeno, aquellas cuyo conocimiento público no son de interés para el capital. Por que si es verdad que el consumo de drogas se masificó a partir de entonces entre los jóvenes, también es cierto que éste aumentó en tre otros sectores de la sociedad, especialmente entre los trabajadores, coincidentemente sometidos más o menos a partir de los mismos años, sobre todo en los países altamente industrializados, a duros ritmos de trabajo marcados por las cadenas de montaje y las teorías de la Organización Científica del Trabajo, basada en los estudios de Taylor y Ford. Pero esto no se da a conocer con tanta publicidad, porque se trata del consumo de sustancias producidas dentro de la legalidad por empresas que tienen gran parte de sus capitales invertidos en el negocio de la toxicomanía avalada por la medicina.

Considerando otro aspecto, se puede ver que

"el enorme aumento del consumo de psicofármacos no se

debe tanto a las 'manías de moda' de una juventud psico délica como a las agudizadas condiciones de trabajo y explotación existentes en la producción capitalista.

Con la entrada de los psicofármacos en la producción capitalista, los fabricantes han matado varios pájaros de un solo tiro: en primer lugar, el efecto farmacológico de las 'happy pills' aumenta el rendimiento, es decir, garantiza la explotación máxima de la fuerza de trabajo.

Por eso para la gran mayoría de los trabajadores la 'píldora de la felicidad' no supone 'abandonar la sociedad de rendimiento', sino, más bien, 'el medio más seguro de someterse a sus condiciones'.⁵⁴

Muestra de esta expansión de la dependencia a los fármacos entre los trabajadores son los resultados de encuestas realizadas en Alemania en 1961. En ese año, el Instituto Allensbach decía que de una muestra de 2 mil adictos, el 60% tomaba regularmente psicofármacos; en una fábrica de relojes suiza, el 32% de las mujeres y el 25% de hombres recurría a analgésicos con regularidad.⁵⁵ Aparentemente, según Michael Schneider, la toxicomanía es más frecuente en los medios en los que la imposición social y las tensiones son mayores, como las fábricas, las cárceles, reformatorios, centros de asistencia y sanatorios psiquiátricos.

Además de la extensión de la toxicomanía a todos los rangos de edad, puede observarse que la misma, "que hasta ahora se consi

deraba un mero fenómeno de clase media, como 'manía de moda' de escolares y estudiantes psicodélicos, parece extenderse cada vez más a las capas proletarias de la población".⁵⁶

Este estado de cosas favorece la acumulación capitalista desde un doble punto de vista: por un lado, como se desprende de las consideraciones de Schneider, asegura la productividad de la fuerza de trabajo, pues proporciona la ilusión del bienestar al obrero durante la elaboración de la mercancía y por el otro, asegura un vasto mercado para la producción farmacéutica. De esta manera,

"...la creciente demanda de sustancias psicotrópicas fomenta industrias químicas y farmacéuticas enteramente nuevas, cuya tasa de ganancia aumenta en la medida en que lo hace la tasa de enfermedades psicosomáticas y adicciones entre los trabajadores. La prueba de ello lo demuestra el aumento de las ventas...del trust de medicamentos Hoffmann-La Roche, debido sobre todo a la coyuntura favorable de las sustancias psicotrópicas, que constituyen el 50 por 100 de toda la producción farmacéutica de este trust, el mayor de todos los dedicados a la producción de fármacos".⁵⁷

Los fármacos de abuso han sido clasificados por la Organización Mundial de la Salud en tres grupos: en el primer grupo se incluyen los de valor terapéutico limitado o nulo y que representan un grave riesgo, como son el LSD, la mezcalina, la psilocibina y

los tetrahidrocanabinos; en el segundo, los que tienen valor terapéutico pero pueden ser motivo de abuso, como las anfetaminas, el metilfenidato de fenmetracina, los barbitúricos y la glutemida; en el tercero, los que de valor terapéutico variable también constituyen un riesgo débil pero importante, como el hidrato de cloral, el clorodiazepóxico, el diazepam, el meprobamato y la metacualona. 58

Un indicador de los ingresos que perciben los fabricantes son las cifras relativas a la producción. En 1965 se produjeron 971 mil libras de barbitúricos y 1 millón 579 mil 999 libras de meprobamato, y es de esperarse que estos montos se hayan multiplicado en los años subsecuentes, ya que los tranquilizantes constituyen el 20% de las prescripciones médicas, y son los que más a menudo ven repetido su uso. 59

Otro gran problema de toxicomanía es el que representa la excesiva producción y consumo de anfetaminas, que por sus efectos se clasifican entre los estimulantes. Las primeras de ellas fueron descubiertas en 1930⁶⁰ y se popularizaron rápidamente por la medicina, y a pesar de haberse demostrado su escasa efectividad en el tratamiento de las depresiones, muchos médicos las siguen recetando. Además, se han utilizado para tratar la obesidad, en el afán de facilitar falsamente la solución de un problema que requiere de la intervención de otros factores, como es la educación. Para preservar sus intereses por encima de la salud,

"Algunas de estas compañías han llegado incluso a las argucias de introducir anoréxicos que son presentados como no anfetamínicos. Se ha demostrado por varios investigadores como Favela y Col., que muchos de estos productos son transformados en anfetaminas durante su metabolismo; bástenos recordar el caso del fenproporex". 61

Las anfetaminas son utilizadas como la salida fácil cuando el sujeto se encuentra ante una situación existencial problemática que no es capaz de resolver, y cae en un estado de depresión profunda; de esta manera evita el tener que enfrentar su realidad y se convierte en fácil presa de la dependencia anfetamínica. También han sido utilizadas por personas que requieren de concentración mental, como estudiantes que en años pasados y en la actualidad dependían en gran número de estas sustancias para mantenerse despiertos durante la noche antes de sus exámenes. Usos como éste son posibles porque para la adquisición de un gran número de anfetaminas no se requiere de receta médica. A esto se suma la producción ilegal de las mismas, así como el contrabando de que ahora también ellas son objeto. Su caída parcial en la ilegalidad las ha llevado a convertirse también en artículo de consumo entre el lumpenproletariado, sumándose a la marihuana y los inhalables.

Actualmente hay alrededor de 25 millones de alcohólicos en el mundo, la mayor parte de los cuales se concentra en Francia, donde el 10% de la población es alcohólica. Otros países donde

el problema reviste envergaduras importantes son Rusia, Suecia, Dinamarca, Bélgica, Suiza, Canadá, Australia, Chile, Japón y Estados Unidos.⁶²

Sólo en los Estados Unidos, la industria legal de bebidas alcohólicas tiene ganancias brutas de casi 18 millones de dólares al año. Los latinoamericanos consumen al año más o menos 650 millones de galones de licores destilados; 100 millones de barriles y 6 millones de botellas o latas de cerveza; 200 millones de galones de vino; 100 millones de galones de whisky destilado ilegalmente, además de cantidades incalculables de vinos y cerveza de producción casera.⁶³

Queda por mencionar las drogas que tradicionalmente se han clasificado dentro de la categoría de "menores", o que inclusive no han sido consideradas como tales, pero también forman parte de este conjunto de instrumentos de autosatisfacción falsa que han servido para contener la explosión esquizofrénica y psicótica de una sociedad agobiada por el peso de las presiones y las tensiones. Ellas son la nicotina, contenida en el tabaco, que constituye una industria de 8 mil millones de dólares anuales, y la cafeína, contenida en el té y el café.

"Tan sólo los norteamericanos fumaron en 1970, 542 millones de cigarrillos, a pesar del hecho de que la nicotina, aparte de ser un estimulante, es uno de los venenos más potentes que se conocen, a pesar de las sustancias tóxi-

cas del papel del cigarrillo y de la abrumadora evidencia de muerte e invalidez por el alquitrán de hulla".⁶⁴

Una razón por la que no se combate el consumo del tabaco, y por el contrario, se le fomenta, además de los grandes intereses que él representa, es que "los gobiernos reciben grandes ingresos de esta industria: varios miles de millones de dólares al año en varios estados de los Estados Unidos y cantidades proporcionales en la mayoría de los demás países".⁶⁵

Por su parte, la cafeína es consumida en grandes cantidades, por la fuerza de la costumbre y de la tensión por el trabajo, bajo la forma de té o café, en todos los países del mundo.

La capacidad de la droga como continente de los impulsos neuróticos y psicóticos de la sociedad se explica por su papel de satisfactor sustitutivo de carencias materiales o emocionales, facilitado por la conformación de un carácter social oral en la etapa actual del desarrollo capitalista. Esta etapa, marcada por la tercera revolución industrial es, psicológicamente hablando, regresiva en relación a los albores del capitalismo, que fundó sus bases precisamente en el reforzamiento de los rasgos anales, como la austeridad y la renuncia.

Si es posible, pues, hablar de un carácter de la sociedad, el de nuestro tiempo es eminentemente oral, debido a la masificación de la producción de mercancías, y se caracteriza por "la capacidad psicosexual para el goce, para el disfrute de los sentidos,

para la entrega y la euforia".⁶⁶

El mundo de las mercancías ha concentrado en sí mismo todas las posibilidades de satisfacciones sustitutivas del hombre, funciones que antes llenaban la religión y el arte. Porque

"el capital mercantil ha liberado de su ghetto religioso y artístico las grandes 'satisfacciones sustitutivas' del hombre, las ha profanizado y masificado... Al comprimir en una sola 'euforia de la mercancía' la 'euforia' religiosa, artística y narcótica que proporciona al hombre la síntesis de todas las grandes 'satisfacciones sustitutivas' ".⁶⁷

El gran capital mercantil invierte cantidades considerables en vestir sus productos de manera que su vista despierte los instintos más primitivos del comprador, que son los de su sexualidad. Cada envase, cada etiqueta, ha sido diseñado con minuciosidad, sometido a pruebas, y su presentación final asegura las reacciones psíquicas esperadas del consumidor, en virtud de procedimientos como el mensaje subliminal. Además, con la instalación de super e hipermercados, gratifica al consumidor con la ilusión de la libertad de compra, mientras lo sume, en términos de Packard, y "sobre todo a las amas de casa, en un 'estado semejante al trance', equivalente al primer estadio de la hipnosis",⁶⁸ y que corresponde a un 'estado psicótico ligero'. En tal estado, el mundo fantasmagórico mercantil usurpa el de la propia imaginación,

que en el verdadero psicótico es el laberinto de los deseos infantiles insatisfechos en el que se hunde, negando en menor o mayor medida la realidad exterior. En el 'psicótico de las mercancías' este laberinto está construido por los deseos impuestos desde el exterior por los intereses del capital mercantil.

De manera análoga a los efectos de las drogas, el efecto psicodélico de las mercancías sólo es vigente en el momento de la compra, a la que sigue la 'resaca del uso' como en el toxicómano se alternan los estados de euforia y de depresión aguda. El deseo satisfecho efímeramente conduce a la nueva compra, lo mismo que la dosis que cada vez reduce más su efecto y debe ser aumentada.

Es comprensible que en tales condiciones, los habitantes de las ciudades contemporáneas hayan desarrollado un grado muy elevado de intolerancia al dolor y a la privación, que facilita su caída en estados depresivos agudos en los cuales son susceptibles de recurrir a gratificaciones sustitutivas.

Es por ello que en la sociedad actual se ha desarrollado en dimensiones masivas la farmacotimia, conceptualizada por Sandor Radó como una enfermedad que consiste en el "deseo de drogas" provocado por un estado de depresión tensa caracterizado por

"una gran tensión penosa y al mismo tiempo por un alto grado de intolerancia al dolor. En tal estado de espíritu, el interés psíquico se concentra en la necesidad de alivio. Si el paciente encuentra alivio en una droga, en

ese estado está adecuadamente preparado para ser susceptible a sus efectos. El papel de la depresión inicial, por consiguiente, es el de sensibilizar al paciente para el efecto placentero farmacogénico..." 69

Sobre la base de este carácter psico-social general, la institución familiar se convierte en reproductora de conflictos de autoridad propios del capitalismo, mismos que pasan por la fábrica, la calle, permeando todas las relaciones posibles en la sociedad, de las que no escapan las de parentesco, basadas en la supervivencia de la familia monogámica burguesa, que desde su origen se ha hecho acompañar por la prostitución y el adulterio. 70

En el seno de la familia se halla presente con mucha frecuencia la pérdida del objeto, trátase de la ausencia de la madre o de la del padre. Y en el caso de la familia proletaria, a estas carencias se suman las de carácter material, que se expresan en las condiciones de vida paupérrimas de los habitantes de las colonias urbanas de formación reciente. Aquí la familia ya ha dejado de ofrecer las mínimas posibilidades de formación y socialización de los hijos, y la sociedad no ha establecido las vías adecuadas para su absorción por medio del acceso a la educación, a la recreación, al trabajo. De manera que las privaciones alcanzan en estos medios urbanos su expresión más aguda.

En un país altamente industrializado como es Alemania, Schneider vio en esta agudización de las privaciones, así como en la edu

cación autoritaria, el origen de una tendencia al desarrollo de las psicosis en el proletariado. El autoritarismo de los obreros para con sus hijos obstaculizaría la formación de un yo y un superyo fuertes, en tanto que las normas que pretenden hacerles internalizar les son impuestas a ellos mismos por la burguesía. En consecuencia, los mecanismos de defensa a que recurre el proletariado corresponden al "tipo de negación", esto es, psicótico, por medio de los cuales el yo se somete a los impulsos del ello, auxiliándolo en la creación de su mundo fantasmagórico. Por el contrario, en la burguesía la tendencia de los mecanismos de defensa se inclina al "tipo de represión", por las razones opuestas.

En este esquema, la toxicomanía en el caso del proletariado quedaría definida como la huida psicótica de las condiciones de existencia que le impone el capital; y sólo puede ser psicótica porque el proletariado no puede darse el lujo de caer en una regresión neurótica; su evasión debe ser total o no ser.

En México al parecer las dos opciones anteriores no se presentan delimitadas tan claramente. En este caso se presenta con mucha frecuencia un cuadro clínico que conjuga tanto rasgos de tipo neurótico como psicótico; éste es la personalidad límite o border-line, que ha sido observada con frecuencia en población rural inmigrante, y que precisaría de una explicación que tomara en cuenta la formación de los hijos en el medio rural y su inserción posterior en el medio urbano.

C O N C L U S I O N E S

Hemos intentado, hasta este momento, exponer un conocimiento aún muy general y rudimentario del fenómeno de las toxicomanías, y de insertarlo en el proceso más global del desarrollo urbano, ubicando a éste en un espacio específico: la Ciudad de México, y más concretamente sus barrios marginales. Toca plantear algunos problemas relacionados con las consecuencias de una tal exposición para la investigación sociológica acerca de las toxicomanías.

Un primer punto es el que se refiere a la crítica de las investigaciones existentes sobre el tema. Hasta ahora los puntos de vista que predominan en el análisis e investigaciones son el del médico, el psiquiatra, el psicólogo, el jurista; y el del sociólogo se ha limitado a la concepción funcionalista y positivista del fenómeno. Lo que significa que no se ha hecho una construcción sociológica de la toxicomanía como objeto de estudio, pues en

estos esquemas, ella es sólo un hecho social, en los términos de Durkheim, innegable por cuanto tiene principio de identidad.

De aquí deriva el tratamiento ahistórico del toxicómano, a quien se concibe como el individuo aislado que observa un tipo específico de conducta desviante. La pregunta acerca del origen de esta conducta no cabe, pues dichas concepciones no se plantean la posibilidad real de un cambio; creen en la inevitabilidad de lo que existe, y de antemano se declaran vencidas ante problemas que las trascienden, pues trascienden la propia esencia de la sociedad capitalista.

La alternativa a su impotencia es, por lo tanto, la presentación del hecho en sus aspectos más aparentes y la negación de su causa, pues la elucidación de ésta los conduciría al cuestionamiento de las relaciones sociales establecidas.

Dichos puntos de vista adoptan posiciones objetivistas ante su objeto, estableciendo a priori una separación respecto a la realidad que estudian, y aquí el investigador se convierte en el juez que tiene el derecho de calificar de normales, anormales, desviantes, funcionales, disfuncionales, las conductas humanas. Por esta razón no se han realizado estudios que involucren a los distintos componentes del todo social: ciudad y campo, clases sociales, Estado, poder, cultura, ideología, etc.

Así pues, la investigación, al limitarse a los sectores marginales urbanos, ha contribuido al señalamiento de sus habitantes

como los autores de lo que ha conceptualizado como conductas desviantes típicas; la delincuencia, la prostitución, la homosexualidad, la toxicomanía. Ellos se han convertido en el chivo expiatorio de la ciudad contemporánea y en esta medida son un mal necesario, pues su propia existencia, su descalificación y su invalidación justifican y legitiman el poder de una clase y su ejercicio; y en este sentido no son tan disfuncionales ni tan marginales como la ciencia burguesa los pretende.

Precisamente porque se trata de un instrumento de invalidación de una clase social potencialmente contestataria cuya situación actual, valga decir, sin cohesión, sin organización, sin conciencia y sin vanguardia, permite la supervivencia de un statu quo, la sociedad burguesa no puede permitir o no tiene la capacidad ni el interés de ofrecer alternativas viables que permitan la desaparición de la toxicomanía.

Porque la toxicomanía no es un problema social, ésto es, no es un problema de toda la sociedad, en el sentido en que el concepto "problema social" se ha entendido. Pues en realidad los problemas sociales son problemas de clase y es la clase que se ve afectada por ellos la que debe buscar la solución o posibilitarla. Por esta razón, las soluciones buscadas por el Estado Mexicano no han arrojado resultados significativos en la erradicación gradual de la incidencia de la toxicomanía que hay en la población afectada.

Siendo la toxicomanía en la clase trabajadora y en los secto

res llamados marginales (lumpenproletariado, desempleados, subempleados o ejército industrial de reserva), un medio de evasión psicótica frente a las carencias cotidianas, ella obstaculiza la conformación de una conciencia de clase. Si la clase trabajadora ha de tomar en sus manos el problema, ha de tocarle inscribirla en un proceso de autocrítica que contribuya a darle un peso social que la valide como clase que se hace escuchar y que tiene la posibilidad de luchar por el poder.

Esta es la parte de utopía que tendría que integrarse al combate de la toxicomanía en el proletariado mexicano en formación. Y por tratarse de una actividad utópica y esencialmente subversiva, como lo concibe el grupo La Strada,¹ de Italia, sólo puede ser realizada si se fundamenta en el trabajo voluntario. Pero al mismo tiempo, y en vista de que es una alternativa de clase, ésta se verá obstaculizada por el Estado y por la conciencia común, ya que aquél no escatimará esfuerzos para invalidar y criminalizar estas actividades. Un ejemplo de esto es la persecución de que es objeto el movimiento urbano y las organizaciones juveniles que tratan de dar una alternativa no sólo al problema de la toxicomanía y al de la delincuencia juvenil, sino al trato que se le da al adolescente de los barrios proletarios de la Ciudad de México.

En este contexto, el investigador debe asumir su papel de integrante de una realidad social y participar consecuentemente en este proceso de toma de conciencia, por medio de la desmitifica-

ción de la conciencia común entorno al problema de la toxicomanía, lo mismo que en lo que se refiere a todos los demás aspectos de la conformación del proletariado como clase para sí.

Continuando en esta línea de reflexión, es preciso señalar los matices que a nivel político e ideológico se mueven en torno a la cuestión de la toxicomanía, en tanto medio de enajenación instrumentado por la clase dominante y dirigido a la población en general, a la clase obrera en particular y más específicamente, a la juventud proletaria y a una fracción de la clase media con tendencias progresistas, en cuyo seno se encuentran en estado embrionario, las ideas que en gran medida impulsan las grandes transformaciones sociales; la intención es, entonces, desviar el pensamiento crítico de la juventud contestataria al sistema, del carácter de clase del Estado, de la educación, de los pseudo-valores morales y culturales difundidos a través de los medios de comunicación, del aparato burocrático e institucionalizador de la vida política, provocando un estado de atomización y de apatía ante las necesidades más apremiantes para mejorar las condiciones generales de vida de la clase trabajadora.

Es por eso que a lo largo de este trabajo hemos querido dejar claro que el toxicómano no es solamente adicto en virtud de un determinismo que le ha negado las posibilidades de rehabilitación; creemos en la capacidad de la comunidad para coaccionar

y reprobar la toxicomanía, en tanto forma de enajenación mani - fiesta, pero no sólo eso, sino en que además tiene la capacidad de ofrecer una alternativa viable al toxicómano y la población expuesta en general.

Con ello no queremos decir, como el pensamiento ortodoxo pareciera indicar, que sólo en la medida en que en nuestra sociedad haya un cambio radical en la estructura económica del país (socialización de los medios de producción, desaparición de la propiedad privada) es cuando se producirá un cambio superestructural y sólo entonces la comunidad, la nueva sociedad y el Estado proletario podrán brindar al niño, a la juventud, la posibilidad de erradicar la toxicomanía. Nuestro pensamiento está dirigido hacia lo que sería la construcción, dentro del mismo capitalismo, de esas condiciones ideológicas y materiales que posibiliten en la comunidad el planteamiento de soluciones. Tal es el carácter de la reivindicación de la utopía en el quehacer social. Y el desempeño del sociólogo como científico y como intelectual es precisamente incidir, como parte contestataria también, de la manera más crítica en este proceso.

No sobra insistir en el hecho de que la solución de los problemas de adicción a drogas, lo mismo que la de la ausencia de salud en la gran mayoría de los mexicanos, constituyen una prioridad nacional. El desarrollo económico del país no deberá ser entendido únicamente como las cifras relativas a las tasas de cre-

cimiento económico; él tendrá que arrojar resultados positivos en la mejoría de las condiciones generales de vida de la población; en el reconocimiento de los niños y los jóvenes como parte integrante de la sociedad y en el respeto de sus derechos; en el respeto a los derechos del hombre y de la mujer, y de ambos como trabajadores. En fin, en una nueva formación social que garantice el pleno desarrollo físico e intelectual de sus miembros, fundamentada en una inserción más humana de la familia en la sociedad.

En una sociedad así, la medicina tendrá que ser un instrumento más al servicio del bienestar de todos los mexicanos, y tendrá como primera tarea fundamental la de erradicar las enfermedades que más muertes causan en este país, y que son, sin embargo, perfectamente prevenibles. Mayor presupuesto para la educación y para la medicina preventiva son las necesidades más urgentes en la política de mejorar la vida de todos nosotros.

N O T A S

INTRODUCCION.

- 1.- Markos Zafiropoulos y Patrice Pinell, "Drogues, déclassement et stratégies de disqualification" en Actes de la Recherche en Sciences Sociales. No.42, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, abril, 1982, p.61
- 2.- Ibid. p.62
- (*) En la práctica la venta sigue siendo libre aunque desde enero de 1981 existe un reglamento acerca de la venta y utilización de estas sustancias. Consultar bibliografía.
- 3.- Idem.
- (**) El caso limítrofe, más comúnmente designado por la Psiquiatría y la Psicología con el término inglés "border-line", consiste en un cuadro clínico que reúne tanto rasgos de personalidad neurótica como de personalidad psicótica. Para diagnosticar el cuadro se requieren por lo menos cinco de las ocho características señaladas por la American Psychiatric Association en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-III). 3a.ed.1980,p.321

CAPITULO I

- 1.- Ma. Guadalupe Cortés Espinoza. "El alcohol, poderosa arma política" México, El Periódico, sept. 21, 1981 p.1 6a. secc.
- 2.- Francisco Javier Villa, "Poderosa máquina propagandística mueve el alcoholismo en México", México, El Periódico, nov.9 1981,p.1-A
- 3.- "Alto porcentaje de muertes en percances automovilísticos ligado al consumo de alcohol", México, El Día, oct.15 1981, p.11 Supl.
- 4.- Francisco Javier Villa, loc.cit.
- 5.- Héctor Fernández Alba. "Muchos daños sociales causa el alcoholismo". México, El Periódico, oct.14, 1981, p.6, 6a. sección
- 6.- Idem.
- 7.- Francisco Javier Villa, loc.cit.
- 8.- Ma. Guadalupe Cortés Espinoza. loc.cit.
- 9.- Ricardo del Muro, "185 millones de litros de vinos y brandys se consumen anualmente en México:SPP", México, Uno más uno, junio 21, 1982, p.8

- 10.- Carlos Alvarez, et.al. "Monopolio del alcoholismo". México, El Periódico, nov.17. 1981. p.1,13-A
- 11.- Ricardo del Muro. loc.cit.
- 12.- "Señales de humo" Vol.XIV.Nº4.Nueva York, abril, 1976 y "Tabaco Dependency and Its Basis" en The Pharm Chem Newsletter, Vol.9 Nº6, julio-agosto, 1980.
- 13.- Rosa Rojas, "beneficiaria al país nacionalizar la industria cigarrera: Noriega Verdague". México, Uno más uno, octubre 2 1981, p.8
- 14.- Guadalupe Irizar, "Existe una patología del D.F.: especialistas" en Uno más uno, enero 3, 1983, p.23
- (*) En este contexto, el término Iatrogenia se refiere a aquellos tipos de adicción a drogas inducidos por prescripción médica; además de las enfetaminas, es el caso de los analgésicos utilizados para aliviar el dolor en operaciones quirúrgicas traumáticas.
- 15.- El Día. México, agosto 17, 1981, p.2
- 16.- El Periódico. México, noviembre 7, 1981, p.2
- 17.- Giovanni Jervis. La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras. Barcelona. Cuadernos Anagrama, 1976, p.27
- (**) El grupo de pares es el conjunto de individuos que reúnen una serie de características afines a las de un sujeto dado, en virtud de las cuales éste se identifica con aquellos.
- 18.- Esta definición y las que siguen acerca de los trastornos mentales fueron obtenidas de: Organización Mundial de la Salud (OMS) Glosario de Trastornos Mentales y Guía para su clasificación. 1977

CAPITULO II

- 1.- Federico Engels. La situación de la clase obrera en Inglaterra. La Habana. Editorial de Ciencias Sociales. 1974, p.149
- 2.- Ibid. p.150
- 3.- Toda la información sobre fechas de inicio fue obtenida de Guillermina Natera et.al. "Consumo de marihuana" en Cuadernos Científicos, México. CEMESAM, Nº10 p.185-205
- 4.- Guido Belsasso. "Observaciones generales sobre el problema de las drogas en México" en Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Vol.II Nº4. México. Soc.Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C. y de la Soc. de Neuropsiquiatría "Bernardino Alvarez" A.C. 1970.
- 5.- Carlos Campillo, et.al. "La epidemiología del uso de drogas en México", en Salud Mental. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría. marzo, 1979

(*) Entrecorrimos el término porque consideramos que su utilización habitual oculta una realidad: la de la población explotada por el capital, integrada realmente a la sociedad, pero que no tiene acceso a los derechos formales que le corresponden. En este sentido, la teoría marginalista es la justificación de un estado de cosas y de su inmutabilidad. cfr. "La ideología burguesa y el problema de la vivienda" del Taller 7 de la Facultad de Arquitectura-autogobierno, UNAM, s.p.i.

- 6.- Claude Bataillon. La ciudad y el campo en el México Central, México, Siglo XXI, 1972, 343 pp.
- 7.- Arturo Warman, "El problema del campo", en Pablo González Casanova, México, Hoy, México, Siglo XXI, p.108-120
- 8.- Alejandra Moreno Toscano. "La crisis en la ciudad" en México, Hoy, México, Siglo XXI p.152-176
- 9.- Alejandra Moreno Toscano loc.cit.
- 10.- Idem.
- 11.- Arturo Warman, loc.cit.
- 12.- Claude Bataillon. La ciudad de México. México, Secretaría de Educación Pública. Col. Sepsetentas. No.99, 1973 p.183
- 13.- Alejandro Celis y José Nava. "La patología de la pobreza" en Revista Médica del Hospital General, Vol. XXXIII, No.31 Hospital General, 1970
- 14.- Mario Timio. Clases sociales y enfermedad. México, Nueva Imagen 2a.ed. 1980 p.69
- 15.- Eduardo Menéndez. Cura y control. México, Nueva Imagen, 1979 p.80-85 y Roger Bastide. Sociología de las enfermedades mentales. México, Siglo XXI, 6a.ed. 1981 p.35
- 16.- Michael Schneider. Neurosis y lucha de clases. México, Siglo XXI, 2a.ed. 1979, p.318

(**) Por composición orgánica de capital entendemos la proporción entre el capital variable y el capital constante que intervienen en un proceso productivo. La diferencia entre los países llamados del Tercer Mundo o de capitalismo periférico, y los industrializados o de capitalismo central, es que en general los primeros cuentan con bajas composiciones de capital, es decir, emplean más trabajo vivo y técnicas atrasadas y los segundos tienen composiciones altas, por lo que la proporción de capital variable (fuerza de trabajo) es menor.

- 17.- Charles Bettelheim. "Intercambio Internacional y Desarrollo Regional" en Imperialismo y Comercio Internacional. México, Siglo XXI, Col. Pasado y Presente. N°24, 1980, p.33-61.
- 18.- Karl Marx. El Capital. t.II, Vol.5, p.4. México, Siglo XXI 3a. ed. 1976
- 19.- Charles Bettelheim. loc.cit.
- 20.- Julio Frenk. "Salud, educación y medicina:expectativas y limitaciones", en Ciencia y Tecnología, N°26, México, CONACYT. mayo-junio, 1979, p.133
- 21.- Idem.
- 22.- Cristina Laurell. "La salud-enfermedad como proceso social", en Revista Latinoamericana de Salud. N°2, México, UAM-X. 1981, p.20
- 23.- Daniel López Acuña. "Salud, seguridad social y nutrición" en México, Hoy. México, Siglo XXI, 1979, p.177
- 24.- Cristina Laurell. "El carácter social del proceso salud-enfermedad", en Vida y muerte del mexicano. México, Ediciones Folios t.2, 1982, p.197
- 25.- Ibid. p.196
- 26.- Daniel López Acuña. loc.cit. p.195
- 27.- Cristina Laurell. "Medicina y capitalismo en México" en Cuadernos Políticos. N°5, México, ERA, 1980, p.91
- 28.- Daniel López Acuña. loc.cit. p.196

- 29.- Guadalupe Irizar. "Diferencias hasta de mil por ciento en precios de hospitales considerados lujosos hoteles". en Uno más uno. México. Septiembre 21, 1982 p.4
- 30.- Julio Frenk. loc. cit. p. 136
- 31.- Daniel López Acuña. loc. cit. p. 188
- 32.- Carlos Pucheu Rodríguez. "Panorama Actual de la Psiquiatría y la Salud Mental en México" en Vida y Muerte del Mexicano. México. Ediciones Folio t.2 1982 p. 145
- 33.- Idem.
- 34.- Ibid. p. 146
- 35.- Rosa Rojas "El 10% de estudiantes de la UNAM fuma marihuana: CIJ". Uno más Uno, México, Julio 17, 1982, p.33
- 36.- Carlos Pucheu Rodriguez. loc. cit. p.147

CAPITULO III

- 1.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. 1977, p51
- 2.- Giovanni Jervis. loc. cit. p.89
- 3.- Richard Shultes E. Plantas de los Dioses. México. Fondo de Cultura Económica. 1982. p.192.
- 4.- Michael J. Harner. Alucinógenos y Cultura. Madrid, Guadarrama, 1976. p.9-17
- 5.- Ibid. p. 59-60
- 6.- Michael Harner. op. cit p. 8-9
- 7.- Ibid. p. 99-100
- 8.- Ibid. p. 8-9
- 9.- Idem.
- 10.- Claude Lévi-Strauss. El Pensamiento Salvaje. México, Fondo de la Cultura Económica. Col Breviarios , 1970 p.30
- 11.- Michael Harner. op. cit.p. 124-25
- 12.- Claude Lévi-Strauss. op. cit. p. 27

- 13.- Michael Harner. op. cit. p. 124-125
- 14.- Ibid. p. 66
- 15.- Ibid. p. 18-25
- 16.- Ibid. p. 99-100
- 17.- Ibid. p. 124-125
- 18.- Ibid. p. 134
- 19.- Jean Louis Breau. Historia de las Drogas. Barcelona, Bru-
guera 4a. ed. 1973 p. 12-14
- 20.- Michael Harner. op. cit. p. 137
- 21.- Ibid. p. 138
- 22.- Esta información y las subsecuentes acerca del pulque fue
obtenida de Serge Gruzinski. "La mare dévorant". en Cahiers
d'Amérique Latine. N°20, 1980 . p.250-280.
- 23.- Gonzalo Aguirre Beltrán. "Medicina y Magia". México. 1955.
S.P.I. p. 5
- 24.- Richard Shultes E. op. cit. p. 159
- 25.- Gonzalo Aguirre Beltrán. loc. cit.
- 26.- Richard Shultes E. op. cit. p. 158
- 27.- Ibid. p. 132
- 28.- Ibid. p. 139
- 29.- Alfonso Soto Soria. "Los Huicholes y su mundo mágico".
en Artes de México. Año XVI, N° 124. México 1969. p.52-63
- 30.- Carlos Sáenz de la Calzada. "Distribución, Consumo y Ritos
de los Hongos Alucinógenos en México". en Tribuna Médica.
t. XIV N° 6. México Mayo 11, 1970. p. 135-136-137-139.
- 31.- George Behr Hans. La Droga Potencia Mundial. México, Pla-
neta. 1981 p.83
- 32.- Ibid. p. 95-96
- 33.- Ibid. p. 90-93
- 34.- Ibid. p. 99
- 35.- Ibid. p. 100

- 36.- Catherine Lamour. La nueva guerra del Opio. Barcelona, Barral 1973, p.35
- 37.- Georg, Behr Hans. op.cit. p.90
- 38.- Catherine Lamour. op.cit. p.69
- 39.- Idem.
- 40.- Catherine Lamour, op.cit. p.42-50
- 41.- Ibid. p.51-54 y Georg Behr, op.cit. 212-213
- 42.- Catherine Lamour, op.cit. p.70
- 43.- Ibid. p.71
- 44.- Adriana de la Mora. "EL tráfico de drogas en Jamaica, equivalente a la mitad de su presupuesto". en El Periódico, México, oct.4, 1981 p.6, 1a. secc.
- 45.- Catherine Lamour. op.cit. 71-73
- 46.- Ibid. p.76-77
- 47.- Michael Demarest. "Cocaine: midle class high" en Time. No.27 Nueva York, julio 6, 1981. p.36-43
- 48.- Yves Pélicier. La Drogue, París, Presses Universitaires de France. Coll. Que sais-je? 1972 p. 102
- 49.- Michael Demarest, loc.cit. p.37
- 50.- "Sao Paulo es el centro mundial del narcotráfico en A.L." en El Heraldo, México, marzo 9, 1982, p.11-A
- 51.- Jean Louis, Breau. op.cit. p.107
- 52.- Yves Pélicier, op.cit. p.49-52
- 53.- Keith Melville. Las comunas en la contracultura. Barcelona, Kairos, 3a. ed. 1980 p.22
- 54.- Michael Schneider. op.cit. p.298. (Subrayado en el original).
- 55.- Ibid. p.296-297
- 56.- Ibid. p.297-298
- 57.- Ibid. p.299
- 58.- Guido Belsasso. "Efecto de las anfetaminas en seres humanos", en Cuadernos Científicos, No.6, México, CEMEP, 1976, p.260-270

- 59.- Ibid. p.268-269
- 60.- Ibid. p.266
- 61.- Ibid. p.267
- 62.- "Breve historia de las drogas y su uso" en La familia ante el problema de las drogas, México, CEMESAM, 1979, p.101
- 63.- Ibid. p.100
- 64.- Ibid. p.103
- 65.- Idem.
- 66.- Michael Schneider. op.cit. p.314
- 67.- Ibid. p.315
- 68.- Ibid. p.316
- 69.- Sandor Radó, Psicoanálisis de la conducta, Buenos Aires. Paidós, 2a.ed. 1973, p.76
- 70.- Federico Engels. "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado" en K.Marx y F.Engels, Obras Escogidas, t.III, Moscú. Progreso, 1974, p.259

CONCLUSIONES.

- 1.- La Strada. "Il Tossicomano ci provoca" en Aggiornamenti Sociali, Año XXIX, No-7, Roma, julio-agosto, p.539-550

F U E N T E S

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Amin, Samir. La acumulación a escala mundial; crítica a la teoría del subdesarrollo. México, Siglo XXI. 4a.ed. 1979, 660 pp.
- 2.- Basaglia, Franco, et.al. Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona, Ramón García comp. 1975. 257 pp.
- 3.- Bastide, Roger. Sociología de las enfermedades mentales México Siglo XXI. 6a.ed. 1981. 364 pp.
- 4.- Bataillon, Claude. La ciudad de México. México. SEP. Col. Sepsetentas. No.99,1973, 183 pp.
- 5.- Bataillon, Claude. La ciudad y el campo en el México Central. México, Siglo XXI. 1972, 343 pp.
- 6.- Behr, Hans Georg. La droga, potencia mundial. México. Ed. Planeta. 1981. 263 pp.
- 7.- Breau, Jean Louis. Historia de las drogas. Barcelona. Ed. Bruguera. 4a.ed.1973, 441 pp.
- 8.- Cárdenas de Ojeda, Olga. Toxicomanía y narcotráfico. México, Fondo de Cultura Económica. 1974, 255 pp.
- 9.- Castells, Manuel. La cuestión urbana. México, Siglo XXI. 5a.ed. 1978, 517 pp.
- 10.- Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). Cuadernos Científicos. Vol.9, México, 1978. 139 pp.
- 11.- Cháyvez Sánchez, Ma. Isabel. Drogas y pobreza. México, Ed. Trillas 1977, 135 pp.
- 12.- Dauff, Luis. La verdad sobre las drogas. Ediciones de Promoción. Barcelona. UNESCO. 1973. 159 pp.
- 13.- Engels, Federico. "El origen de la familia, la propiedad privada y El Estado" en K.Marx y F.Engels, Obras Escogidas. t.III Moscú, Progreso, 1974. 432 pp.

- 14.- Engels, Federico. La situación de la clase obrera en Inglaterra. Ed. de Ciencias Sociales del Instituto Cubano del Libro. La Habana. 1974. 433 pp.
- 15.- Furst, T.Peter. Alucinógenos y cultura. Fondo de Cultura Económica México. 1980. 341 pp.
- 16.- Harner J., Michael. Alucinógenos y chamanismo. Madrid. Ed. Guadarrama. 1976. 244 pp.
- 17.- Jervis, Giovanni. La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras. Barcelona. Cuadernos Anagrama. 1976. 244 pp.
- 18.- Lamour, Catherine y Michel Lamberti R. La nueva guerra del opio. Barcelona. Barral. 1973. 342 pp.
- 19.- Lévi-Strauss, Claude. El pensamiento salvaje. Fondo de Cultura Económica. Col. Breviarios. México, 1970. 413 pp.
- 20.- L.Menéndez, Eduardo. Cura y control. México, Nueva Imagen, 1979 216 pp.
- 21.- Marx, Karl. El Capital. t. II. Vol. 5, México, Siglo XXI, 3a.ed. 1976, 354 pp
- 22.- Melville, Keith. Las comunas en la contracultura. Barcelona. Ed. Kairós. 1980, 245 pp.
- 23.- Montaña, Jorge. Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos. México, Siglo XXI, 1976, 225 pp.
- 24.- Ortiz Quezada, Federico, et.al. Vida y muerte del mexicano. t. I y t. II. México. Ed. Folios 1982. 217 y 332 pp
- 25.- Péllicier, Yves y Guy Thuillier. La Droque. Paris. Presses Universitaires de France. (Coll. Que sais-je?) 1972. 127 pp.
- 26.- Radó, Sandor. Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Argentina. Paidós. 2a.ed. 1973. 379 pp.
- 27.- Salvat Editores. La pobreza en las grandes ciudades. Barcelona, Salvat Editores., 1975, 142 pp.

- 28.- Schneider, Michael. Neurosis y lucha de clases. México, Siglo XXI, 2a.ed. 1970. 380 pp.
- 29.- Shultes, E.Richard. y Hoffman Albert. Plantas de los Dioses. Fondo de Cultura Económica. México. 1982. 192 pp.
- 30.- Singer, Paul. Economía política de la urbanización. México, Siglo XXI, 1975, 178 pp.
- 31.- Timio, Mario. Clases sociales y enfermedad. México Nueva Imagen 2a.ed. 1980 144 pp.

ARTICULOS.

- 1.- Aguirre Beltrán, Gonzalo. "Medicina y magia" s.p.f. 5 p.
- 2.- Belsasso, Guido. "Efectos psicológicos de las enfetaminas en seres humanos" en Cuadernos Científicos. CEMEF. No.6, México, 1976 pp.260-270
- 3.- Belsasso, Guido. "Observaciones generales sobre el problema de las drogas en México" en Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, vol.II, No.4, México, 1970.
- 4.- Bettelheim, Charles."Los trabajadores de los países ricos y pobres tienen intereses solidarios". en Imperialismo y Comercio Internacional. México. Cuadernos de Pasado y Presente. No.24, 7a.ed. 1980, pp. 169-173.
- 5.- Bettelheim, Charles. "Intercambio internacional y desarrollo regional" en Imperialismo y Comercio Internacional. México, Cuadernos de Pasado y Presente, No.24, 7a.ed. 1980, pp.33-61
- 6.- Bowen, W.Taud y S.W.Twenlow. "Community attitudes to drug abuse in three countries" in British Journal of Addiction. (Great Britain) No.73, 1978, pp. 55-59
- 7.- Brunetta, Giuseppe. "Il punto sul problema della droga" en Aggiornamenti Sociali. Roma, Italia. Año XXIX. No.7, julio-agosto 1978 pp.527-538

- 8.- Campillo, Carlos, et.al. "La epidemiología del uso de drogas en México" en Salud Mental. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría. marzo, 1979
- 9.- Celis S.Alejandro y José G.Nava. "Patología de la pobreza" en Revista Médica del Hospital General. México, vol.XXXIII, No.31 1970, pp.371-386
- 10.- Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). "Breve historia de las drogas y su uso" en La familia ante el problema de las drogas. México, CEMESAM. 1979, pp. 100-107
- 11.- Craig, B. Richard. "La campaña permanente. Mexico's antidrug campaign" en Journal of Interamerican Studies. Kent St. University.vol.20, No.2 mayo 1978 pp.107-130
- 12.- Demarest, Michael. "Cocaine: middle class high" en Time. New York. No.27, julio 6, 1981. pp.36-43
- 13.- Fayela Alvarez, Ernesto. "Aspectos químicos y analíticos de las anfetaminas" en Cuadernos Científicos. CEMEF, México, No.6, 1976, pp.20-40
- 14.- Frenk, Julio. "Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones" en Ciencia y Tecnología. CONACYT, mayo-junio, No.26 1979, pp.133-138
- 15.- Gruzinski, Serge. "La mere dévorante: alcoolisme, sexualité et déculturation chez les mexicas (1500-1550)." en Cahiers d'Amérique Latine. Paris Université de la Sorbonne. Paris III. 1979 p.7-32
- 16.- Kandel, Denise B. "Drug and drinking behavior among youth" en Annual Review of Sociology. Columbia University vol.6 1980 pp.235-285.
- 17.- Laurell, A.Cristina. "El carácter social del proceso salud-enfermedad" en Vida y muerte del mexicano. t.2, México. Ed. Folios, 1982, pp.120- 135
- 18.- Laurell, A.Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social" en Revista Latinoamericana de Salud. No.2, México, Universidad Autónoma Metropolitana-X. 1981, págs. 7-25
- 19.- Laurell, A.Cristina. "Medicina y capitalismo en México" en Cuader-

nos Políticos. No.5, México, ERA, jul-ago, 1975. pp.80-93

- 20.- La Strada. "Il Tossicomane ci provoca" en Aggiornamenti Sociali. Roma, Año XXIX, No.7 julio-agosto pp.539-550
- 21.- López Acuña, Daniel. "Salud, seguridad social y nutrición" en México, Hoy, México, Siglo XXI, 2a.ed. 1979 pp.177-219
- 22.- Moreno Toscano, Alejandra. "La crisis en la ciudad" en México, Hoy México, Siglo XXI, 2a.ed. 1979, pp.152-175
- 23.- Natera, Guillermina, et.al. "Consumo de marihuana" en Cuadernos Científicos. México, CEMESAM, No.10 pp.185-205
- 24.- Pucheu Regis, Carlos. "Panorama actual de la Salud Mental y la Psiquiatría" en Vida y muerte del mexicano, México, Ed. Folios, 1982, pp. 143-188
- 25.- Sáenz de la Calzada, Carlos. "Distribución, consumo y ritos de los hongos alucinógenos en México" en Tribuna Médica. t.XIV, No.6, Tribuna Médica Internacional, mayo 11, 1970 pp.135-139
- 26.- "Señales de humo" en MD en Español. USA. vol XIV No.4 abril, 1976, pp.17-19
- 27.- Soto Soria, Alfonso. "Los huicholes y su mundo mágico" en Artes de México. Año XVI, No.124, México, 1969 pp.52-63
- 28.- Salomon, Robert. "Afghanistan: scene set for heroin trade de but" en The Journal. Toronto Addiction Research Foundation, abril 1, 1979, p.20
- 29.- Secretaría de Gobernación. "Reglamento para el control de sustancias psicotrópicas por inhalación" en Diario Oficial de la Federación, enero 15, 1981, 1a.secc. pp. 22-27
- 30.- Warman, Arturo. "El problema del campo" en México, Hoy. México, Siglo XXI, 2a.ed. 1979, pp.108-120
- 31.- Zafiropoulos, Markos y Patrice Pinell. "Drogue, déclassement et stratégies de disqualification" en Actes de la Recherche en Sciences Sociales. No.42, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, abril 1982, pp.61-75

A COMUNIDAD:

HA SIDO TRADICIONAL EL EMPLEO DE LAS BARDAS COMO MEDIO DE COMUNICACION A EL PUEBLO, UNA MUESTRA CLARA DE ESTO SON LAS ELECCIONES QUE CADA 3 AÑOS SE LLEVAN A CABO EN NUESTRO PAIS Y SIENDO EL PRI, PAN, PARM, PPS LOS UNICOS QUE LAS UTILIZAN CON FRASES Y LEYENDAS QUE NUNCA SE CUM-- YA QUE UNA VEZ ELEGIDO EL CANDIDATO, NO SE LE VUELVE A VER MAS. MAS RECIENTEMENTE, LAS BARDAS HAN SIDO UTILIZADAS POR LAS DIFERENTES "BANDAS" COMO MEDIO DE EXPRESION A SU PROBLEMATICA. SUS METODOS Y FRASES ES COMO: "SEX-PANCHITOS"; "B-U-K"; "SALVAJES-PUNK"; "THE WARRIORS"; -- "RDUGOS"; "PITUFOS"; ETC. NOMERES CON LOS QUE SOLO SE IDENTIFICAN ¿PERO MAS NOS QUIEREN TRANSMITIR?

DEBIDO A QUE MUCHOS DE USTEDES SE PREGUNTARAN POR EL SIGNIFICADO DE -- PINTAS QUE FIRMA EL C.P.J., QUEREMOS ACLARAR LO SIGUIENTE:

LAS FRASES NO SON "PARTIDISTAS" SINO QUE SON ALUSIVAS A LOS PROBLEMAS QUE VIVE LA COMUNIDAD E INVITA A PARTICIPAR EN SU SOLUCION, YA QUE LO QUE TRATA EL CONSEJO JUVENIL, ES EL ASUNTO MAS IMPORTANTE DE TODA LA COMUNIDAD, PUES EN ALGUN MOMENTO TODOS NOS VIMOS AFECTADOS POR LA VIOLENCIA QUE GENERAN LAS "BANDAS".

LAS BARDAS SON EL UNICO MEDIO DE COMUNICACION MASIVA QUE TENEMOS A NUESTRO ALCANCE.

GRACIAS A LA UNIFICACION DE LOS JOVENES, ESTO HA IDO DISMINUYENDO CONSIDERABLEMENTE, ADEMAS:

¿SER JOVEN HOY DIA IMPLICA SER DELINCUENTE?

SEÑORA: SI A SU HIJO LA SOCIEDAD LE HA TRANSMITIDO LA "DELINCUENTITIS" VE LA SIGUIENTE RECETA: 3 DOSIS DE COMPRESION; 2 DE PROTECCION; 3 DE FIDELIDAD Y 4 DOSIS DE SOLIDARIDAD.

TODO ELLO REFORZADO CON UNA BUENA DOSIS DE DIALOGO.

LA CALIDAD DE LA EDUCACION DEPENDE DE TI MAESTRO. ¡PARTICIPA!

LA SOLUCION AL PANDILLERISMO TIENE VARIOS CAMINOS. NO TAN SOLO LA REPRESION.

¿O QUE LAS AUTORIDADES NO SABEN OTRA ?

TODAS LAS FRASES ANTERIORES NO DEBEN QUEDAR EN LO MISMO, SINO QUE INTEN INVITARNOS A REFLEXIONAR Y SOLUCIONAR LOS DIFERENTES PROBLEMAS QUE VIVIMOS.

¿ POR QUE CALLAR Y NO MANIFESTARNOS ?

EN LO REFERENTE A LOS FESTIVALES DE ROCK, VEAMOS SUS FUNCIONES: AGLUTINAR A LOS JOVENES PARA DAR UN MENSAJE Y FOMENTAR LA SOCIABILIDAD.

QUITAR EL ALCOHOL, CEMENTO Y DEMAS ESTIMULANTES POR UNAS HORAS.

POR ULTIMO: "MAS VALE UN GRUPO EN UNA "TOCADA" QUE VER UN CIENTO VOLAR - ALCOHOLIZARSE, DROGARSE, ... Y EN FIN PERDERSE..."

¡SEÑOR, SEÑORA Y JOVENES ESTUDIANTES!!! ¡¡ERRADIQUEMOS LA VIOLENCIA, LA DOGADICCIÓN, EL PANDILLERISMO!!

Y TU JOVEN PROFESIONISTA!! ¿ TE CUESTA TRABAJO CALLAR O ACTUAR ?

TE ESPERAMOS !!

EDUQUEMOS AL NIÑO HOY, PARA NO CASTIGAR AL JOVEN MAÑANA"

CONSEJO POPULAR JUVENIL.

A N E X O

EXPOSICION DE MOTIVOS

I N T R O D U C C I O N

Debido a los últimos acontecimientos que se han desarrollado en nuestra comunidad y sus constantes brotes de violencia, drogadicción, pandillerismo, prostitución, alcoholismo, etc. el grupo de representantes del CONSEJO POPULAR JUVENIL (antes Grupo Juvenil Santa Fé) analiza las causas y de una manera sintetizada lo explica como sigue: vemos que el origen de estas variadas situaciones se encuentra relacionado por uno o varios de los puntos que mencionamos abajo.

- I) El bajo nivel cultural general
- II) La deserción escolar a diferentes niveles
- III) El desempleo
- IV) La falta de comunicación interfamiliar
- V) La falta de zonas recreativas y culturales en estas colonias
- VI) El bajo nivel socio-económico
- VII) La no percepción del bien común
- VIII) La falta de eventos culturales y deportivos
- IX) La negligencia por parte de las autoridades competentes para ver las dimensiones del problema.

Tomando en cuenta lo anterior, vemos que el adolescente se encuentra falto de autovalorización, pues el hecho de ser miembro de una "banda" -- se los identifica entre si de tal manera que olvidan los problemas básicos que los aquejan como son: el estudio, el respeto a sus semejantes, la comunicación familiar, el trabajo, la recreación, el deporte, etc. Este olvido trae como consecuencia que su afiliación a las "bandas" sea forzada, ya que de no ser así se encontraría en peligro de ser atacado por otro grupo, ya que cada uno de ellos busca un reconocimiento social en su medio ambiente, pero totalmente erróneo ya que crea pánico en la comunidad en general y mal ejemplo para las generaciones siguientes.

El problema de los adolescentes ha adquirido un vigor y un poder nunca

antes visto en nuestra comunidad, esto debido a un sinúmero de factores culturales, sociales, económicos, técnicos, demográficos, etc. En nuestro caso las estructuras individuales van desarrollando y estabilizando a éstos monstruos que son las estructuras sociales viciosas, se parecen gigantes aparecidos por generación espontánea e irresponsable, y que todos censuramos pero en cuyo movimiento no queremos mucho que ver.

Podríamos decir que nuestras estructuras sociales van consolidándose a medida que logran formar y habituar a los individuos y en especial a generaciones jóvenes a un modo de pensar y obrar conforme a sus cánones o jerarquías de valor. A la importancia del análisis que hace el CPJ de éstas estructuras sociales que llamamos viciosas -alcoholismo, drogadicción, pandillerismo, prostitución- se suma la multiplicidad y el influjo de ellas y su tendencia al crecimiento y sobre todo la dificultad y en algunos casos la imposibilidad moral de querer vivir "una vida auténticamente humana" cuando las condiciones concretas de la misma, ejerce un fatal determinismo sobre los jóvenes.

Con lo anterior tratamos de dar un bosquejo a grandes rasgos de los problemas que nos aqueja y mismo que crece día a día e invitamos a todas aquellas personas que estén interesadas con la problemática de nuestra comunidad, para que apoyen el programa del CPJ, participen o en su caso sugieran modificaciones.

CONSEJO POPULAR JUVENIL

DEFINICION:

CONSEJO: Grupo que reúne a personas que tienen como fin dirigir, --- guiar u orientar ciertos objetivos.

POPULAR: Propio del Pueblo.

JUVENIL: Evidentemente, relativo a los jóvenes.

DECLARACION DE PRINCIPIOS

Nuestro grupo será independiente en la toma de decisiones. Se aceptará la ayuda conveniente de otros grupos, secretarías o dependencias de gobierno y privadas y quienes quieran hacerlo si el consejo así lo requiere. *

Insistemos en la autonomía del grupo, entendida ésta como la libertad de gobernarnos así mismos en nuestra comunidad. La participación de los integrantes del grupo será democrática y sus funciones encaminadas al servicio de la juventud y a la comunidad en general.

Seremos solidarios con los problemas que aquejan a nuestra comunidad, con nuestra participación física y proponiendo alternativas para su solución.

El C.P.J. se integra con la mayoría de la juventud de nuestra comunidad por afiliación voluntaria y su existencia será de carácter permanente hasta la realización de un Congreso Juvenil.

La vida interna del grupo se rige estrictamente por principios democráticos, gozando todos sus miembros de los mismos derechos teniendo las mismas obligaciones.

Cada miembro se compromete a cooperar con todos los medios a su alcance, al desarrollo material--intelectual de los jóvenes, a la satisfacción de las demandas particulares del grupo.

A la integración de los jóvenes no afiliados a la difusión, enriquecimiento y cumplimiento del programa.

P R O G R A M A

FUNCIONES CULTURALES

Música, Teatro, Cine Club, Talleres para Actividades Recreativas.

Reintegración académica a los jóvenes que por diferentes causas han abandonado sus estudios.

Campaña de alfabetización para adultos.

Formación de una Biblioteca Popular.

Coordinación con los diferentes organismos que colaboren con nosotros para realizar estas acciones: UNAM, CREA, SEP, SSA, IPN, DDF, DIF, FONAPAS, IMSS, Etc.

FUNCIONES SOCIALES

- a) Formación de un boletín informativo, elaborando y distribuido por los miembros del grupo.
- b) Participación de la comunidad en los programas.
- c) Reuniones con funcionarios y demás personas que de alguna manera quieran colaborar con el grupo para el intercambio de ideas y opiniones acerca de lo que se haga.
- d) Coordinar al grupo con las dependencias que tengan a su cargo Bolsas de trabajo y Capacitación para el mismo.
- e) Campañas permanentes contra la drogadicción, pandillerismo y la violencia.
- f) Campañas de: Limpieza, reforestación, médica, planificación familiar, etc.
- g) Organizar Conferencias, talleres de redacción y lectura, -- fiestas.
- h) Integrar al sexo femenino a todas las actividades del grupo.

FUNCIONES DEPORTIVAS

Fomentar todo tipo de actividades deportivas y recreativas para el desarrollo físico-mental de los jóvenes.

- a) Competencias de ciclismo, atletismo, carreras a campo travesía, montañismo y exploración.
- b) Torneos de fútbol, basquetbol, voleibol, etc.
- c) Programas de acondicionamiento Físico General.
- d) Encuentros juveniles inter-zonas.

FUNCIONES ECONOMICAS

Hacer las aportaciones necesarias para cubrir los gastos que demande el grupo y obtener donativos por parte de empresas particulares e individuales y finalmente recaudar fondos por medio de los eventos realizados por el grupo.

Por medio de las actividades arriba mencionadas tratamos de lograr:

OBJETIVOS GENERALES

- i) Canalizar las energías de los jóvenes para hacerlos positivos en beneficio propio y para la comunidad - en general.
- ii) Combatir la violencia, el pandillerismo y la desintegración familiar.
- iii) Mejorar el nivel educativo, proteger y fortalecer - el buen uso de nuestro idioma español.
- iv) Crear las condiciones necesarias para la buena comunicación entre padres e hijos (joven-adulto).