

29.29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

LA DROGADICCION EN IRAPUATO, GTO.
A PARTIR DE LA
DECADA DE LOS 70's

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Licenciado en Sociología

P R E S E N T A:

J. Jesús Gómez Ventura



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 está 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.
Introducción	1
 <u>Primera Parte</u>	
Capítulo I.- Marco Teórico y Conceptual	9
Capítulo II.- Clasificación de las Drogas y - su Contexto Social	33
Capítulo III.- Momento Histórico y Uso de Dro- gas	111
 <u>Segunda Parte</u>	
Capítulo IV.- La Drogadicción en Irapuato, - Gto.	127
- Subcultura de la Drogadicción	127
- Drogas y Adolescencia	144
- Causas o Motivos para Consu- mir Drogas o Fármacos	149
- Niveles de Gravedad de la Far- macodependencia	171
 Capítulo V.- La Farmacodependencia y los Pro- blemas de Salud-Enfermedad en - Irapuato, Gto.	 181
 Capítulo VI.- Causas Sociales: Crisis Social_ y Consumo de Drogas	 221

Tercera Parte

Capítulo VII.- Información Estadística	239
<u>Conclusiones</u>	261
<u>Notas</u>	271
<u>Bibliografía</u>	283

INTRODUCCION

Como parte de nuestro trabajo en un organismo - de servicio social nos fue encomendada una investiga- ción sobre el problema de la drogadicción en Irapuato, - Gto., cuyos objetivos eran los siguientes: 1.- probar - que el problema existía aportando datos estadísticos de tipo cuantitativo y cualitativo, y 2.- indagar las cau- sas psicológicas y ambientales del mismo. De acuerdo a este último objetivo debíamos descubrir las causas o mo tivaciones individuales por las cuales los jóvenes con- sumen drogas y establecer los factores ambientales que inciden en el fenómeno. Por factores ambientales se en tendían determinadas condiciones ubicadas en el medio - familiar, el grupo de amigos, el barrio, etc. La inves- tigación era parte de un programa más amplio tendiente a tomar medidas concretas para afrontar el problema. A estos objetivos nosotros le añadimos uno más como resul- tado de ciertas inquietudes derivadas de algunas consi- deraciones de tipo teórico y de la observación de la - realidad.

Nos proponemos demostrar que el problema de la drogadicción o farmacodependencia existe en Irapuato, - Gto., y a la vez queremos indagar las características - del fenómeno en diferentes grupos de personas que habi- tan en esta ciudad, a fin de presentar alternativas pa- ra solucionarlo y prevenirlo.

También queremos demostrar que el problema, además de tener causas psicológicas y ambientales, tiene causas estructurales, es decir causas sociales.

Así, nuestro planteamiento del problema sería el siguiente: ¿Cuáles son las características económicas, psicológicas, médicas, farmacológicas, políticas y sociales del fenómeno de la farmacodependencia dentro del modo de producción capitalista en la formación social mexicana y específicamente en la ciudad de Irapuato, Gto., a partir de la década de los setentas? ¿Cuáles son las motivaciones individuales por las cuales los jóvenes consumen drogas y cuáles son los factores ambientales que inciden en el fenómeno? ¿Cuál es el papel de las drogas y su consumo dentro del sistema capitalista en el momento actual? ¿Qué relación hay entre la farmacodependencia y otros tipos de enfermedades? ¿Cuál es la situación en lo que se refiere al consumo de drogas en Irapuato, Gto., y las perspectivas al respecto en un futuro próximo.

Para responder estas preguntas presentamos un trabajo dividido en tres partes y las conclusiones. La parte primera está integrada por tres capítulos; en el primero exponemos el marco general en donde se ubica la drogadicción y su problemática. Se trata del sistema capitalista, que tiene como finalidad la extracción de la máxima plusvalía por la clase burguesa en detrimento de las restantes clases sociales y en donde todo tiende a mercantilizarse; estos hechos producen determinadas consecuencias. Las diferentes formas de integrarse en el proceso de la producción determinan diferentes condiciones dentro del proceso salud-enfermedad; por otro lado, en el sistema capitalista las drogas constituyen una mercancía que genera plusvalía y produce además diversos tipos de beneficios a la clase en el poder.

La hipótesis de trabajo que manejamos es simple: "El problema de la drogadicción existe en Irapuato, Gto., y sus causas se ubican en varios niveles y factores, tales como los que atañen al individuo como ente social, -sobre todo los aspectos psico-sociológicos; los facto-res sociales o ambientales en tanto tomamos en cuenta a la familia y a los diferentes tipos de grupos humanos, -incluidas las clases sociales; y el contexto en donde -se presenta dicho fenómeno: la estructura social dentro de la formación socio-económica-política de México".

También en el capítulo primero nos ocupamos de -algunas definiciones importantes que se refieren a la -farmacodependencia, las drogas y su consumo, etc.

En el capítulo segundo desarrollamos una clasifiicación de las drogas y analizamos álgunos de sus aspectos: qué son, qué efectos farmacológicos, psicológicos, etc., producen, cuáles son sus implicaciones económicas y sociológicas, etc.

Al final de esta parte presentamos un ensayo en donde comparamos el uso de drogas en las sociedades tradicionales y en la moderna sociedad capitalista. Vemos el papel tan opuesto que desempeña esta práctica en una y otra cultura y la importancia que adquieren las dro-gas como mercancía dentro del capitalismo.

La parte segunda está constituida por los capítulos cuarto, quinto y sexto. El capítulo cuarto se denomina "La drogadicción en Irapuato, Gto.", e incluye los siguientes apartados: "Subcultura de la drogadicción", -en donde examinamos algunos de los rasgos de tal subcultura; "Drogas y adolescencia", que sirve de introduc-ción al apartado que le sigue y que se llama "Causas o motivos para consumir drogas o fármacos", en donde expoo

nemos las motivaciones o causas psicológicas y ambientales por las cuales los jóvenes consumen drogas, información que obtuvimos recurriendo a la observación participante y no participante y a la entrevista; y por último el apartado que lleva por título "Niveles de gravedad de la farmacodependencia". Ahí presentamos dos clasificaciones al respecto.

El capítulo quinto se llama "La farmacodependencia y los problemas de salud-enfermedad en Irapuato, - Gto.". En este capítulo hablamos de las diferentes situaciones conformadas por varios aspectos de salud, urbanización, etc., en donde se da de manera marcada tanto la presencia del consumo de drogas por un lado, como su ausencia por el otro. Vemos que la drogadicción es un síntoma más de un cuadro patológico más amplio en donde se incluye la vivienda inadecuada, la falta de servicios urbanísticos, etc. También damos cuenta en este contexto de los resultados de una encuesta por medio de la cual investigamos la incidencia de las distintas enfermedades en varias colonias habitadas por miembros de la burguesía y del proletariado. Constatamos que a cada clase social corresponde un cuadro patológico específico y que la farmacodependencia también es una enfermedad de clase, ya que afecta con mayor gravedad al proletariado. No ignoramos la existencia de la llamada clase media, pero en este estudio específico tomamos como objeto a la burguesía y al proletariado porque la clase media también sufre un proceso de proletarianización.

Terminamos esta parte con un ensayo titulado: "Causas sociales: crisis social y consumo de drogas", aquí examinamos la relación entre el agravamiento de la crisis económica por la que atraviesa el país y el aumento del consumo de drogas y otras manifestaciones de lo que se denomina conducta desviada, manifestaciones -

que se derivan en gran parte de una situación aún más patológica: las desigualdades y las injusticias sociales, situación que ha venido a agravar la crisis.

En la parte tercera exponemos información de tipo estadístico por medio de la cual probamos que el problema de la drogadicción existe en Irapuato, Gto. Los datos aquí presentados los obtuvimos de varias maneras. Primero efectuamos una serie de muestreos en las escuelas del nivel secundario y en las escuelas del nivel medio-superior para obtener información sobre el consumo de drogas en esos ambientes. También realizamos una serie de entrevistas entre consumidores y ex-consumidores de drogas para conocer los tipos de drogas que más se consumen dentro de la subcultura de la drogadicción en la localidad. Por último recurrimos a los archivos de la policía preventiva en donde obtuvimos datos significativos que nos ilustran sobre la evolución del consumo de solventes entre los niños y los adolescentes de Irapuato, Gto. Los datos indican que el problema tiende a agravarse.

En las conclusiones hacemos un resumen global del trabajo presentando las características que encontramos en relación con el fenómeno de la farmacodependencia. Así, exponemos consideraciones que se refieren a los aspectos psicológicos, farmacológicos, médicos, económicos, políticos y sociales de la drogadicción señalando que se prueba nuestra hipótesis y se cumplen nuestros objetivos. Finalizamos exponiendo una serie de recomendaciones para atacar de raíz el problema que nos ocupa.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

Uno de los primeros pasos que efectuamos al realizar el presente trabajo de investigación fue levantar una encuesta de opinión pública entre diversos profesionistas de las ciencias de la conducta, de la salud y de las ciencias sociales, sobre el fenómeno de la farmacodependencia en Irapuato, Gto. La encuesta incluía únicamente seis preguntas y las dos últimas se referían a las causas individuales y sociales de la farmacodependencia y a las soluciones propuestas para afrontar el problema.

Las respuestas a la pregunta relativa a las causas de la farmacodependencia hablaban de inmadurez emocional, problemas emocionales, curiosidad, necesidad de evasión, etc.; en lo referente a las causas sociales se mencionaban los hogares desintegrados, la falta de orientación en el hogar, el ambiente de la colonia, del grupo de amigos, del trabajo, etc. Hubo algunas respuestas en donde se señalaba la pobreza, el ejemplo de los hermanos mayores, etc. En muchos casos se trató de información que nos fue de utilidad; pero nos llamó la atención la ignorancia de las causas sociales en el verdadero sentido de la palabra. La información obteni

da coincidía en términos generales con la que habíamos leído en algunas publicaciones referentes al tema.

Un folleto publicado por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) menciona las siguientes causas para consumir drogas: necesidad de experimentar sensaciones nuevas, de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar exámenes, combatir el ocio, para no sentir hambre y reducir de peso, para disminuir la angustia, para dormir, para despertar, para trabajar, para descansar, etc. Las causas sociales que aparecen son las siguientes: la incomprensión; la desconfianza y la falta de oportunidades para los jóvenes; las tensiones que produce la vida moderna; la penetrante propaganda de las compañías farmacéuticas que presentan sus productos como la solución de todos los problemas de la vida, con el fin de que se vendan en forma masiva; el afán de lucro de los narcotraficantes; etc. (1) Esta información es cierta pero incompleta y además desde el punto de vista sociológico las causas señaladas constituyen únicamente la explicación aparente del problema. Hace falta un marco general en donde se ubican todos esos fenómenos particulares, un marco sociológico que nos sirva para explicar las causas que se ubican en la base del problema.

El marco más general dentro del cual se da el fenómeno que estudiamos es el sistema capitalista, el cual tiene un contenido específico y un fin concreto que a su vez producen otros hechos determinados.

Señala Marx que "la producción de plusvalía o extracción de trabajo excedente constituye el contenido específico y el fin concreto de la producción capitalista, cualesquiera que sean las transformaciones del régimen mismo de producción que puedan brotar de la supedi-

tación del trabajo al capital". (2)

Lo anterior supone ciertas condiciones sociales; la existencia de dos clases sociales determinadas por la forma como se relacionan con los medios de la producción. Una de ellas, el proletariado, posee sólo su fuerza de trabajo para subsistir y la otra, la burguesía, monopoliza los medios de la producción. Durante el proceso de la producción y como resultado de la misma se produce plusvalía, la cual es creada por el proletariado y apropiada por el capitalista. A éste le interesa obtener la máxima plusvalía posible y explotar lo más que se pueda la fuerza de trabajo; el proletariado a su vez se resiste a este hecho. Es decir, se genera una lucha de clases y esta lucha de clases abarca tres niveles: el nivel de la lucha económica, el de la lucha política y el de la ideológica.

Otra característica fundamental que se deriva de las relaciones capitalistas de producción es el hecho de la mercantilización: "La sociedad se organiza para producir y reproducirse de acuerdo con relaciones capitalistas de producción que permiten y alientan la obtención de la máxima plusvalía posible. Esto conlleva necesariamente a la producción generalizada de mercancías a tal grado que todo lo que cae en la órbita de tales relaciones se convierte en mercancía". (3)

Tenemos así que el capitalista compra y consume las siguientes mercancías: materias primas, materias auxiliares, instrumentos de trabajo y fuerza de trabajo. Marx liga el proceso de consumo de la mercancía fuerza de trabajo con la producción de otras mercancías y la producción de plusvalía afirmando que son la misma cosa: "El proceso de consumo de la fuerza de trabajo es, al mismo tiempo, proceso de producción de la mercancía -

y de la plusvalía". (4)

En las relaciones de producción que se establecen entre la burguesía y el proletariado, la primera explota al segundo al apropiarse de la plusvalía excedente producida por la mercancía fuerza de trabajo, que produce más valor del que posee. Lo que el proletariado recibe a cambio de su fuerza de trabajo es el valor necesario para seguir conservando y reproduciendo su fuerza de trabajo.

Ha quedado asentado que la producción de plusvalía es el contenido específico y el fin concreto de la producción capitalista. Pero no se trata únicamente de producir plusvalía, sino de obtener la máxima plusvalía. El principio que maneja el capital es obtener el máximo provecho con el mínimo gasto en inversión, y esto en lo que se refiere a todo tipo de inversiones: la materia prima, las instalaciones, el equipo y la fuerza de trabajo que, como hemos visto es también una mercancía. Para cumplir este principio de obtener lo máximo de provecho con lo mínimo de inversión, el capital recurre a movilizar durante la jornada de trabajo lo máximo de fuerza de trabajo que se pueda aunque este hecho lleve a la abreviación de la vida de la fuerza de trabajo.

Rojas Soriano resume en dos momentos e instancias la forma en que se explota al trabajador.

"1) El capitalista paga sólo una parte del valor que produce la fuerza de trabajo, lo necesario para que el obrero y su familia puedan subsistir en las condiciones que exige la explotación capitalista; el resto se lo apropia el capitalista (plusvalía).

2) Las leyes objetivas del modo de producción capitalista obligan a mantener al obrero en condicio-

nes de trabajo que directa o indirectamente dañan su salud (accidentes y enfermedades y reducción de su vida). Esto se debe a que al capital le interesa obtener la máxima plusvalía, reduciendo - hasta donde sea posible los costos de producción, y para ello no tiene inconveniente como dice Marx en 'abreviar la vida de la fuerza de trabajo', - que, como ya vimos, el capitalista compra como - una mercancía más que incorpora al proceso productivo". (5)

El trabajador, al ser considerado en función de su fuerza de trabajo y al ser convertida ésta en una - mercancía, es cosificado, es decir es convertido en una cosa. Además, las condiciones de la producción en la - gran industria moderna convierten al obrero en una má- quina más o en una herramienta supeditada a una máqui- na, en algo supeditado a los movimientos de una máquina.

El trabajador no es tal únicamente durante el - tiempo que dedica a la producción en el lugar donde tra- baja. Su condición de proletario marca su vida en fami- lia, la forma en que emplea el tiempo libre, su vida so- cial, etc. La misma ley rige para el capitalista, pero con una determinación de condiciones completamente dife- rentes en calidad. La acumulación de capital por un la- do lleva a la acumulación de miseria por el otro, lo - que conduce a crear condiciones materiales de existen- cia diferentes en cada clase social, burguesía y prole- tariado. La primera posee los medios de producción y se apropia del producto del trabajo social; la segunda vi- ve de su salario, que representa sólo una parte del va- lor que produce. La forma como se incrusta cada clase - social en el proceso de la producción determina diferen- tes condiciones respecto a la enfermedad (tipo de pato- logía, frecuencia y gravedad), la manera como se adque

re, la esperanza de vida, los servicios médicos a los que acude, etc.

En el capítulo segundo de su libro "Sociología - Médica" (6), Raúl Rojas Soriano presenta cuatro tesis de la sociología médica marxista. En el contexto de nuestro trabajo nos interesa ocuparnos de la tesis número dos, que dice así: "Existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas (proletariado y burguesía) con respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos". (7) Esta situación la determina la respectiva ubicación de cada clase social en la estructura económica de la sociedad: "El proletariado sólo cuenta con su fuerza de trabajo para subsistir, que vende a la clase burguesa como una mercancía; tal hecho lo conduce a trabajar y vivir en condiciones por lo general perjudiciales para la salud. La burguesía, en cambio, al poseer los medios para producir mercancías, rentas e intereses, tiene un nivel de vida diferente (superior en todos los sentidos). Esta realidad objetiva repercute en las características de las enfermedades que padece (las enfermedades infecciosas y la desnutrición son mínimas), y en una menor frecuencia y gravedad de los cuadros patológicos, ya que dispone de los elementos necesarios para evitar o reducir la presencia de la patología de la pobreza: vivienda higiénica y con todos los servicios, alimentación adecuada, servicios médicos oportunos, etc. Lo anterior le permite elevar su esperanza de vida en comparación con la de la clase trabajadora". (8)

Así pues, las enfermedades son enfermedades de clase. La farmacodependencia también es una enfermedad y como tal es una enfermedad de clase. En cada clase social se manifiesta de manera diferente y este hecho -

depende en parte de factores económicos, ya que el consumo varía según el costo de las drogas. Por otro lado la clase proletaria es más azotada por el problema.

Según lo hemos visto, de acuerdo a Marx todo lo que cae dentro de las relaciones capitalistas de producción se convierte en mercancía, de tal modo que la fuerza de trabajo es una mercancía también. Y no sólo eso sino que dentro del sistema capitalista todo tiende a mercantilizarse y las relaciones humanas están marcadas por el afán de obtener algún provecho. Dentro de este contexto es muy importante el papel que adquiere la droga como una mercancía ya que como tal produce altos índices de plusvalía al capitalista, pero además, debido a sus efectos enajenantes, proporciona también beneficios de tipo político e ideológico. La droga puede ser usada para manipular a la juventud, para facilitar la adaptación al sistema económico en el caso de los trabajadores agobiados por ciertas condiciones de trabajo o derivadas de las condiciones de trabajo y en el de los que sufren las consecuencias de las injusticias sociales.

También diremos algo en relación con los valores que rigen en el sistema capitalista, los cuales son los siguientes: el predominio de los intereses económicos por encima de los intereses humanos; la mercantilización y el consumismo. El lema parecería ser: "sea feliz consumiendo mercancías y servicios", y el prestigio se mide por la posibilidad de acceder a niveles elevados de consumo.

Con el fin de obtener beneficios económicos, de lucrar, se manipulan los instintos humanos para obligar a la gente a comprar mercancías, y empleando múltiples recursos publicitarios se crean grandes necesidades ar-

tificiales de consumo que generan en quienes no las pueden satisfacer grandes frustraciones.

Como sabemos, el ser humano, aunque ha emergido de la naturaleza y sigue perteneciendo a ella, es un producto social. El ser humano se humaniza al producir los elementos necesarios para su subsistencia, y al hacerlo contrae determinadas relaciones sociales. Estas formas productivas determinan la conciencia social del hombre. Así se originan las distintas ideologías. El hombre nace inmerso en determinada sociedad y no puede concebirse fuera de lo social: dentro de la sociedad se humaniza.

La estructura social está constituida por tres niveles: el nivel económico y los niveles jurídico-político e ideológico. El nivel económico es la estructura económica de la sociedad y es el conjunto de relaciones de producción que están determinadas de acuerdo a la propiedad o no propiedad de los medios de producción. Estas relaciones determinan las distintas clases sociales, una de las cuales domina a la otra u otras.

La estructura jurídico-política es el conjunto de aparatos institucionales y normas destinadas a regular el funcionamiento de la sociedad en su conjunto.

El que es determinante en última instancia es el nivel económico, pero los tres están articulados entre sí de manera compleja. Usando una conocida metáfora, que ya es clásica, el nivel económico constituye la infraestructura o cimiento sobre el cual se construye la superestructura, y la ideología forma parte de ella, "pero la ideología no se limita a ser solamente una instancia de la superestructura, ella se desliza también por las otras partes del edificio social; es como el ce

mento que asegura la cohesión del edificio. La ideología cohesionada a los individuos en sus papeles, en sus funciones y en sus relaciones sociales". (9) La ideología funciona para que la estructura social se mantenga y tiene su base en las condiciones de vida material de la sociedad. La ideología dominante es la ideología de la clase dominante.

Aunque la ideología comprende todo el dominio social, puede ser divisible en regiones particulares: ideología jurídica, ideología moral, ideología religiosa, etc. Estamos de acuerdo con Damiani cuando afirma que también existe una ideología psiquiátrico-social donde elementos justificadores del sistema son integrados como base de un conjunto de verdades y conocimientos reales. (10)

Consideramos la farmacodependencia como una enfermedad y como un síntoma de la patología de la sociedad, y de esto último nos ocupamos en otra parte de nuestro trabajo. En este momento vamos a hablar de la farmacodependencia considerada como una enfermedad.

La farmacodependencia es una enfermedad si tomamos en cuenta que representa desperdicio de las potencialidades humanas, sumisión del organismo vivo a los dictados de una sustancia química e inhibición de la capacidad transformadora del hombre. Todo esto tiene repercusiones en los niveles familiar, comunitario y social.

En el tratamiento general del tema estratégicamente decidimos considerar los tres elementos que están incluidos en el modelo socio-médico de la enfermedad, a saber: el agente, el huésped y el medio. En este caso el agente lo constituyen las drogas o fármacos. Por interés personal decidimos penetrar bastante en este tema

específico.

Los niños y los adolescentes y en general el ser humano, considerado como unidad psicosomática, vienen a ser el huésped. En cuanto al medio, es necesario hablar de él de manera más extensa.

Durante la etapa de revisión de la literatura referente al tema de la farmacodependencia, sus causas y su prevención observamos que cuando se hablaba del medio social casi exclusivamente se entendía por tal algo que nosotros consideramos el medio micro-social, o sea la familia, el barrio, la colonia, etc. Escasa o nula referencia se hacía a la importancia del medio macro-social, o sea la estructura social. Esto tiene implicaciones muy interesantes. El medio micro-social es importante, muy importante, pero el hecho de que la atención se centre exclusivamente en él refleja la acción de la ideología.

Obviamente al hablar de ideología no nos referimos a la "ciencia de las ideas", según fue definida por los "ideólogos", materialistas franceses del siglo XVIII (Destut de Tracy, Condillac, Helvetius, etc.), según los cuales las ideas derivarían de las sensaciones. Tampoco tomamos el concepto en el sentido de que sea solamente un conjunto de ideas y representaciones más o menos ligado. Aquí el concepto es mucho más amplio. La ideología tiene un papel vital en la vida social.

De acuerdo a Adolfo Sánchez Vázquez la ideología "es a) un conjunto de ideas acerca del mundo y la sociedad que b) responde a los intereses, ideales y aspiraciones de un grupo social en un contexto determinado y que c) guía y justifica el comportamiento de tales grupos de acuerdo a esos intereses, ideales y aspiracio-

nes". (11) El concepto de ideología es un concepto fundamental de la teoría sociológica marxista y ha hemos - visto que se inscribe dentro de un marco más general - que es el concepto de estructura social.

Ahora bien, existen tres grandes líneas para la comprensión de la salud y los disturbios mentales, emocionales y de la conducta. Se trata del organicismo, - el psicologismo y el sociologismo. El análisis y la - crítica de estos tres "ismos" los hace Paul Baran en - los siguientes términos. (12)

El organicismo trata de comprender el trastorno mental sólo con base en perturbaciones físicas, dejando de lado por completo los factores psicológicos y sociales. Encierra al hombre en sus propios límites sin ver sus proyecciones. Al respecto, pensamos que los factores orgánicos son importantes, pero que por sí solos es tán lejos de explicar el problema.

El psicologismo pretende comprender la personalidad del hombre y sus actitudes sólo en función de sí mismo. "El psicologismo descansa en dos principios básicos. El primero es la reducción del proceso social a la conducta del individuo; el segundo es el estudio del individuo como sujeto gobernado por fuerzas psíquicas - originadas en instintos. Estas fuerzas se conciben como profundamente enraizadas en la 'naturaleza humana', - la que a su vez es considerada como estructura esencialmente estable y determinada biológicamente". (13) Gran influencia tuvo en esta forma de enfocar el asunto el - pensamiento psicoanalítico original (Freud) con su - orientación biológica y su concepto de la libido, sin - tomar en cuenta los factores sociales. Posteriormente - han surgido otras aportaciones que hacen énfasis en la importancia de los factores macro-sociales, como las de

Erich Fromm, Karen Horney, etc.

Hay una subvariante del psicologismo, el socio-psicologismo, el cual explícitamente reconoce la importancia de los factores sociales en la determinación de la conducta humana. El hombre es un ser social y es afectado por el marco en el cual se desenvuelve. La particularidad es que dentro del psicologismo o sociopsicologismo se entiende por sociedad el "medio ambiente": la familia, la comunidad de residencia, las relaciones interraciales, etc.

La crítica que se le hace al psicologismo es la siguiente. Si el proceso histórico está determinado por la "naturaleza humana" y ésta es inalterable, consecuentemente toda tentativa por lograr una sociedad más justa, sin explotación del hombre por el hombre, sin guerra, etc., es inútil porque todo esto es inherente al ser humano, es algo propio de su naturaleza. No se tiene en cuenta que el hombre es un producto social.

En cuanto al sociopsicologismo, "el supuesto de que el desarrollo humano está determinado (exclusivamente) por el 'medio social' y depende de las relaciones interpersonales -condiciones logradas dentro de la familia y demás- nos conduce obviamente a la conclusión de que los cambios significativos en la existencia humana pueden ser logrados mediante 'ajustes apropiados en el medio ambiente'. Más unión y más amor, más escuelas y más hospitales, y más cooperativas y servicios consejeros familiares, se convierten en la respuesta apropiada para la situación del hombre en nuestra sociedad". (14) Todo esto es importante y es necesario y deseable que haya más escuelas y hospitales y más integración familiar; pero no basta.

El sociologismo enfoca al ser humano como produc

to social, pero puede llegar a ignorar los factores psicológicos individuales. Estos tienen su importancia. - No todo tratamiento psicológico es adaptativo al sistema y las terapias pueden producir beneficios parciales.

Por necesidades prácticas inmediatas y por interés personal en este trabajo nos ocupamos de los factores orgánicos, psicológicos y sociopsicológicos. Creemos que todos tienen su importancia. Aplicando medidas que se ubican en esos niveles se opera de manera inmediata en la solución del problema, aunque quizá a un nivel relativamente reducido. Pero, repetimos, es algo práctico e inmediato y además tenemos en cuenta el valor individual de todo ser humano. Sin embargo, nuestra perspectiva es eminentemente sociológica.

Por otro lado, para seguir con el otro aspecto que nos interesa, nuevamente apuntamos que es significativo el hecho de que en la literatura referente al tema de la farmacodependencia se hable casi exclusivamente de las causas individuales, familiares y ambientales de la misma. Así por ejemplo, Weinswig enumera las siguientes motivaciones para consumir drogas: la necesidad de los jóvenes de ser sociables, la curiosidad, la necesidad de liberarse de inhibiciones, etc. Al comentar los aspectos sociológicos del problema Weinswig dice que entre los que consumen drogas se encuentran "los enajenados y los que se sienten solos en la vida y carecen de metas valiosas; la gente desadaptada y pasiva - que se retrae ante las exigencias de la vida; los experimentadores curiosos que prueban las drogas para sentir sus efectos y aquellos que por azar se ven atrapados en una telaraña originada por las drogas y no logran liberarse; y por último, los criminales para quienes las drogas representan un mercado ilícito que ofrece ganancias fáciles". (15) Otros autores señalan cau-

sas parecidas. (16) No conviene que se toque el sistema, con sus normas y valores y en general su influjo patogénico.

Los factores individuales y ambientales que determinan la farmacodependencia son importantes y debido a uno de los fines de nuestra investigación son considerados en este trabajo de manera bastante amplia y detenida, pero no debemos quedarnos únicamente ahí. Es necesario indagar las causas macro-sociales.

De manera general, si la etiología del disturbio la ubicamos exclusivamente en el individuo y en su ambiente inmediato la sociedad patógena queda a salvo. Así es como creemos que opera la ideología en este caso. Es como un velo que oculta la realidad y su función es que la estructura social se mantenga.

De acuerdo a Raúl Rojas Soriano "el proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones de trabajo y de vida. El proceso salud-enfermedad se encuentra, por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen". (17) Aparte de este enfoque existen otros dos, de los cuales se derivan distintos tipos de análisis y diferentes formas de actuación dentro del proceso salud-enfermedad. (18)

El primer nivel se describe de la siguiente manera. La enfermedad se presenta en un organismo determinado y para resolver el problema de salud que lo afecta se recurre a la medicina y ciencias afines. Partiendo de una hipótesis o serie de hipótesis, aplicando determinados métodos clínicos y con apoyo en determinados instrumentos médicos, se efectúa un diagnóstico que permitirá indicar el tratamiento de la enfermedad con la

finalidad de restablecer la salud o eliminar las secuelas incapacitantes.

Este enfoque tiene las siguientes características. Es unicausal, ya que se busca un solo tipo de causas de la enfermedad: agentes patógenos de tipo físico, químico o mecánico que condicionan la enfermedad. En el caso de las enfermedades del aparato respiratorio el agente lo constituyen los virus. Haciendo una traslación, en el caso de la drogadicción el agente es la droga.

El tratamiento es de tipo curativo, más que preventivo. De lo que se trata es de reintegrar a la persona a las actividades que desempeñaba antes de enfermarse o accidentarse.

El punto de vista es individualista. Se considera de manera individual a la persona que padece la enfermedad y para solucionar su problema se recurre a los servicios eficientes del personal médico apoyado en una infraestructura médica adecuada. Los datos personales del paciente son vistos de manera abstracta y aislada. Para nada intervienen consideraciones teóricas y metodológicas derivadas de las ciencias sociales.

El tipo de realidad que se estudia en este caso es el individuo; el método que se emplea es el clínico exclusivamente. No se tienen en cuenta las condiciones materiales en que trabaja y vive la persona que padece determinada enfermedad, condiciones que propician la presencia de la enfermedad.

De lo que se trata en última instancia, de acuerdo a este enfoque, es de facilitar el acceso a los servicios médicos sin reparar en las condiciones de trabajo y de vida que promueven la gravedad del riesgo a la

enfermedad, a la muerte y reducen las esperanzas de vida.

En el segundo nivel el enfoque ya no es individual sino colectivo, puesto que el individuo es visto como alguien que forma parte de una comunidad con determinadas características socioeconómicas y culturales.

El modelo es multicausal, en oposición al anterior que es unicausal. Aquí, además de relacionar la enfermedad con los agentes patógenos físicos, químicos o mecánicos que la provocan, intervienen otras correlaciones entre la misma y los factores sociales, económicos, culturales, etc., como el hacinamiento, la falta de agua potable y de servicios higiénicos, la desnutrición, la educación médica deficiente, la carencia de servicios médicos, etc. En el caso de las enfermedades del aparato respiratorio ya no se consideran los virus como los únicos causantes de la enfermedad; ahora se toman en cuenta también las condiciones en que vive la persona que contrae la enfermedad. Si se trata de la drogadicción ya no se examina exclusivamente la interacción entre la droga y el individuo que abusa de ella, sino que se tiene en cuenta también el medio en que se desenvuelve la persona farmacodependiente. En consecuencia, dentro de este modelo, además del método clínico se emplean los métodos y técnicas de investigación social para acercarse a la realidad en que se desenvuelve la persona que es o puede verse afectada por la enfermedad.

Ahora el enfoque no es exclusivamente curativo, sino preventivo-curativo. Además de emprender acciones tendientes a devolver la salud al individuo, se le hacen recomendaciones en el sentido de que realice cambios en las condiciones que favorecen la aparición o el

agravamiento de la enfermedad. Así, por ejemplo, se le pide que modifique sus hábitos alimentarios, que efectúe transformaciones en su vivienda, etc. Hablando de la drogadicción, las medidas preventivas se ubican en el ambiente familiar, social y económico. Así, se promueven cambios en las relaciones familiares o en el ambiente comunitario de las personas para que éstas no adopten determinados hábitos farmacodependientes o para que los suspendan si ya los tienen. También se incide en la producción y el tráfico de drogas por medio del exterminio de sembradíos de droga, la captura de traficantes, etc.

Aunque en este modelo ya aparecen consideraciones de tipo social el enfoque es ahistórico y mecanicista y sólo permite señalar relaciones externas e inmediatas de los fenómenos.

Abundan las obras sobre la farmacodependencia que presentan a los abusadores de drogas como seres ahistóricos y aislados y que únicamente presentan los aspectos más aparentes del fenómeno que estudian sin cuestionarse sobre las causas profundas del mismo. El enfoque que emplean es exclusivamente el médico, el psicológico, el jurídico, etc., y no hacen referencia al momento histórico ni a la existencia de las clases sociales. (19)

El tercer nivel va a la raíz del problema ya que "busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad, la esperanza de vida y muerte, y del acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos en-

tre los fenómenos, la esencia, a fin de establecer leyes que, si bien en el nivel de tendencia, orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada". (20)

Ahora el enfoque no es individualista sino social en el pleno sentido de la palabra; por lo tanto la enfermedad es considerada como un fenómeno social. No basta observar las condiciones en que viven los diferentes grupos de individuos que padecen diferentes tipos de enfermedad, sino que se indaga en los factores que producen esas condiciones.

El acercamiento a la realidad que se estudia ya no es el individuo aislado sino la sociedad, la estructura social. El tratamiento que se propone es preventivo, pero a fondo. Se trata de incidir en los factores que propician las condiciones morbosas: la forma como trabajan los diferentes grupos sociales, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. Este es el enfoque adecuado para atacar de raíz el problema de la farmacodependencia.

A continuación enunciaremos y comentaremos una serie de definiciones pertenecientes al campo de la farmacodependencia y su problemática.

Farmacodependencia es el nombre técnico de la drogadicción o toxicomanía. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como sigue:

"Farmacodependencia es el estado psíquico y a

veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar un fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación". (21)

Uso de una droga es el hecho de introducirla en un organismo vivo mediante prescripción médica adecuada y en conformidad con la práctica médica. Se abusa de una droga cuando se la emplea en forma incompatible con la práctica médica habitual, sin prescripción médica o destinándola a fines no terapéuticos.

En cuanto al concepto de fármaco o droga hemos encontrado cierta variación. Las diferencias se refieren a la amplitud de contenido y al énfasis que se hace en los diferentes elementos que interactúan en el fenómeno de la farmacodependencia.

Tenemos por una parte dos definiciones que casi son idénticas y cuyo contenido es muy general. La primera es del Doctor Melvin H. Weinswig: "En términos generales puede decirse, que una droga es cualquier sustancia que por su naturaleza química afecta la estructura o el funcionamiento de un organismo vivo". (22)

La segunda está contenida en el capítulo sobre la farmacodependencia en México de un libro compilado por Héctor Sánchez titulado "La lucha en México contra las enfermedades mentales", y dice así: "Debe entenderse por droga o fármaco toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones", añadiéndose a continuación que "esta defini

ción es intencionalmente más amplia que la de los medicamentos que se utilizan siempre en beneficio del individuo". (23)

Ambas definiciones son muy genéricas y el énfasis se centra por completo en la sustancia; no mencionan para nada al individuo consumidor y sus motivaciones ni al medio social en el que éste se halla inmerso.

Lo mismo sucede con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que es un poco más extensa: "Droga es 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 veces para evitar el malestar causado por su ausencia. Puede no presentarse tolerancia. Una persona puede ser dependiente a más de una droga". (24)

Preferimos las definiciones que aportan Giovanni Jervis y el Doctor Salvador Cervera Enguix. Para Jervis la droga es:

"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". (25)

Por otra parte, el Doctor Salvador Cervera En-

guix se refiere a las drogas denominadas "psicótropas", a las cuales define así:

"Sustancias naturales o sintéticas que introducidas en el organismo producen una serie de manifestaciones: modifican las sensaciones y percepciones, la actividad mental, la conducta, el estado de ánimo, la ideación o el juicio. Es decir, tienen efectos sobre el psiquismo. El consumidor emplea la droga para obtener un estado agradable de fantasía; para encontrar una forma de abstraerse de la dolorosa realidad, o para olvidarse de un sentimiento de fatiga o inadaptación". (26)

En estas definiciones se habla de los tres elementos que intervienen en el fenómeno de la farmacodependencia: las sustancias y sus efectos; el individuo, su voluntad y sus motivaciones; y el medio. En relación al medio el Doctor Cervera Enguix dice, recordémoslo, que el consumidor emplea la droga para encontrar una forma de abstraerse de la dolorosa realidad. Después veremos lo importante de este señalamiento.

Existen dos tipos de dependencia: la dependencia psíquica y la dependencia física. La primera, llamada también falsa dependencia o habituación, es la situación originada por la administración repetida de una droga. Entre sus características figuren: 1.- Un deseo de seguir tomando la droga por la sensación de bienestar que produce; 2.- Una tendencia escasa o nula de aumentar la dosis; 3.- Como su nombre lo indica, cierto grado de dependencia psíquica respecto a los efectos de la droga, pero no una dependencia física con el consiguiente síndrome de abstinencia, y 4.- El hecho de que los efectos nocivos recaigan sobre todo en el individuo.

La dependencia física o dependencia real o toxi-

comanía, es un estado de intoxicación crónica o periódica motivado por el consumo repetido de una droga y se caracteriza por: 1.- Un deseo invencible o necesidad imperiosa de seguir tomando la droga y de obtenerla por todos los medios; 2.- Una tendencia a aumentar la dosis; 3.- Un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga y 4.- Un efecto nocivo para el individuo y para la sociedad. (27)

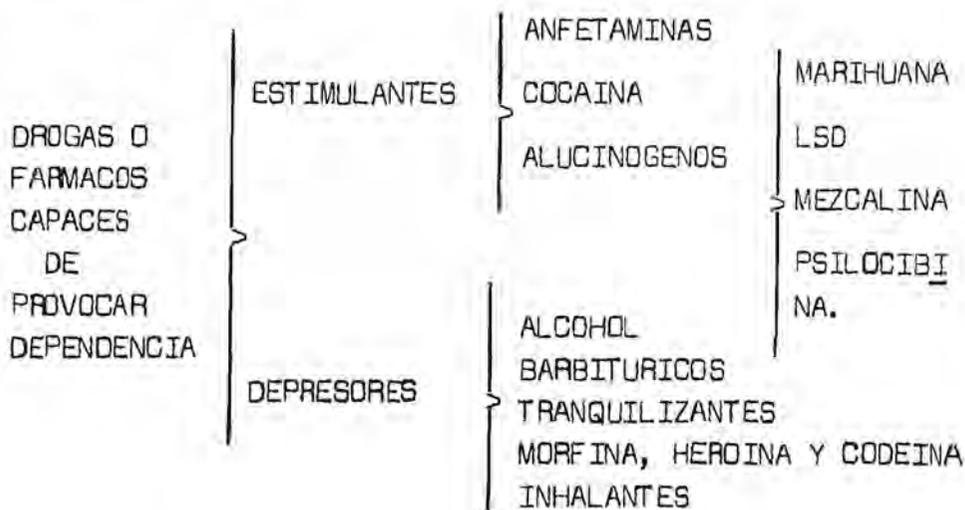
Tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

El cuerpo en estado sano tiene una homeostasis, o sea un equilibrio, y tiene la tendencia natural a conservarlo. Por ejemplo, cuando se le administra un opiáceo, una dosis de morfina digamos, el organismo resiste a la acción depresiva de la misma poniendo en funcionamiento procesos metabólicos opuestos, o sea antidepresores o excitantes. Una vez que estas contraadaptaciones han equilibrado la acción de los opiáceos administrados, la persona ha desarrollado lo que se llama tolerancia a la dosis, la cual tiene que ser aumentada para producir los efectos primitivos. Se ha generado ya un círculo vicioso: después que se ha establecido la tolerancia los opiáceos son exigidos por los procesos metabólicos forzados del organismo para sostenerse en situación estable, por lo que están muy ligados los conceptos de tolerancia y dependencia física. Aquí es oportuno mencionar la definición de síndrome de abstinencia: "Es el cuadro de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de la droga ha sido suspendida dependiendo de la intensidad de uso, del fármaco y toxicidad del mismo". (28)

Por último, la definición concisa que nos ofrece Shakespeare de un adicto, la cual consideramos muy certera: "esclavo de sus propios hábitos o deseos". (29)

Existen numerosas formas de clasificación de las drogas, desde la simple pero práctica de dividir las en estimulantes y depresoras del sistema nervioso central, hasta clasificaciones que las agrupan en gran cantidad de categorías.

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, ahora desaparecido, presentaba el siguiente cuadro (30):



En el tratamiento del tema nos vamos a servir de la clasificación que hace el Doctor Weinswig, porque - creemos que es una manera simple y efectiva de tratar - el problema. (31) Haremos solamente una modificación: en el grupo número cinco de su clasificación el Doctor Weinswig ubica las drogas que se surten sin receta médica, inhalantes, etc.; nosotros simplificaremos y nos limitaremos a tratar el grupo de los solventes.

El cuadro es el siguiente: 1.- Narcóticos; 2.- Depresores; 3.- Estimulantes; 4.- Alucinógenos y Marihuana; 5.- Solventes.

En el capítulo II analizamos esta clasificación desde una perspectiva sociológica.

6

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LAS DROGAS Y SU CONTEXTO SOCIAL

GRUPO 1

NARCOTICOS

Los narcóticos son drogas que causan depresión - del Sistema Nervioso Central (SNC). Se trata del opio, - sus derivados y los opiáceos sintéticos.

El opio es "un látex espeso que se extrae de las cápsulas verdes de varias adormideras, de olor nauseabundo, sabor acre y propiedades narcóticas; desecado y en forma de panes se utiliza en medicina por los alcaloides que de él se obtienen y también se usa, masticándolo o fumándolo, para provocar un sueño a menudo caracterizado por imágenes de absurda fantasía y aún pesadillas". (1)

En la categoría de los narcóticos están incluidos tres grupos aparte del opio en forma de látex desecado y conformado en panes.

Alcaloides del opio natural.

Son los compuestos que se obtienen de manera di-

recta de la planta sin necesidad de modificaciones químicas. Se obtienen más de veinte alcaloides del opio. Los ejemplos más comunes son la morfina y la codeína.

La morfina es el principal alcaloide que se encuentra en el opio y es la droga pura que le confiere sus cualidades características. El porcentaje de morfina en el opio varía según el lugar de cultivo de la adormidera y puede llegar al 10%. Es el narcótico analgésico recetado con mayor frecuencia. Fue aislado en 1803.

La codeína se deriva del opio en una concentración de 0.4% o quizá algo más. Es también analgésica y se encuentra en algunos jarabes inhibidores de la tos. Como analgésico tiene un poder menor que el de la morfina y la tolerancia con respecto a ella se desarrolla con mayor lentitud y produce menos dependencia que aquella.

Derivados sintéticos del opio.

Son los compuestos que se preparan modificando la estructura del opio por medio de una reacción química. Así, de la morfina se obtiene la heroína, la dionina, etc.; de la codeína se obtiene la oxicolona, la hidrocodona, etc. En la sintetización de estos compuestos se pretendía lograr productos con las ventajas de la droga natural sin ninguno de sus efectos secundarios. Las drogas más familiares de este grupo son la heroína y la hidromorfina.

La heroína fue aislada a fines del siglo XIX por un químico alemán, Dresser, por medio de la acetilización del clorhidrato de morfina. Se comenzó a experimentar con este producto en 1892 en la Clínica de la

Universidad de Berlín y en la policlínica de la compañía Bayer que era en donde trabajaba Dresser. Tuvo tal efecto sobre las vías respiratorias que se creyó que había sido vencida la tuberculosis y se le dió el nombre de heroína, derivado del alemán "heroisch" que significa remedio enérgico.

Otra versión sobre el origen del término es que a la heroína se le puso ese nombre porque iba a ser la "heroína" que acabaría con el problema del morfinismo. En realidad el problema que después se generó fué peor.

La heroína (Diacetilmorfina) es un analgésico capaz de producir una gran euforia. Se administra inyectada por vía intravenosa. Ocasiona una gran dependencia.

La hidromorfina (Dilaudid) es uno de los analgésicos más potentes. Tiene una ventaja sobre la morfina: - al ser empleada durante cierto período de tiempo produce menos náusea y constipación que tal droga.

Su capacidad para producir adicción es tan grande como la de la morfina. Su administración es por medio de inyecciones, pero también puede ser administrada por vía oral o rectal.

Drogas sintéticas similares a los opiáceos.

Son drogas que se obtienen por medios sintéticos en su totalidad y cuya acción es similar a la del opio.- El objetivo principal de la preparación de estas drogas era crear un analgésico que produjese menos dependencia que los compuestos naturales. Las drogas sintéticas que más se recetan son la meperidina y la metadona.

La meperidina (Demerol) es un sustituto eficaz de la morfina. Es ligeramente menos sedante que la morfina y es adictiva. También se llama petidina.

La metadona (Dolofine) aunque químicamente no presenta una similitud obvia con la morfina ni con ningún compuesto hecho a partir del opio, tiene efectos muy similares a los de la morfina. Se emplea en el tratamiento de morfínomanos y heroínómanos, aunque tal práctica ha levantado fuertes críticas. Se afirma incluso que el remedio puede ser peor que la enfermedad.

EFECTOS FARMACOLOGICOS

Los narcóticos actúan esencialmente como depresores del SNC, como ya se ha mencionado. El término narcótico tiene raíz griega; viene de "narcoo", adormecer.

Los efectos farmacológicos clásicos son: analgesia, cambios en el estado de ánimo, somnolencia o sedación y depresión respiratoria. La morfina, por ejemplo, por sus efectos eufóricos proporciona alivio considerable a los dolores, fatiga, preocupación, tensión y ansiedad. Su nombre deriva de Morfeo, dios del sueño en la mitología griega.

A dosis moderadas se usa en medicina como remedio contra el dolor; atenúa o suprime por completo la sensibilidad al dolor de cualquier origen o naturaleza gracias a la acción depresiva ejercida sobre los centros de la corteza cerebral.

Aunque la morfina deprime la percepción cortical cerebral de los estímulos dolorosos respeta las formas de sensibilidad térmica y táctil y deja íntegras todas las demás funciones del SNC. Estamos hablando aquí de

dosis terapéuticas.

La morfina tiene también la virtud de regularizar y calmar la respiración dificultosa y desordenada - al influir beneficiosamente sobre el centro respiratorio bulbar; calma las pulsaciones cardíacas demasiado frecuentes y tumultuosas y activa la circulación sanguínea provocando una ligera vasodilatación cutánea.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

En la descripción de los efectos psicológicos - nos centraremos sobre todo en la heroína, que es dos veces y media más potente que la morfina.

A la persona que la consume por primera vez se le pueden presentar estas dos alternativas: una, que experimente tales síntomas como náuseas, mareo, somnolencia y hasta vómito, que lo obligarán a probarla hasta pasadas algunas semanas o meses o tal vez nunca. La otra alternativa es que supere esos efectos y experimente un mundo nuevo de satisfacción interna, una sensación denominada euforia. Y no presenta la respuesta normal de cólera ante la provocación. "En general el heroínómano carece de impulsos, de intereses y de problemas y siente que en el mundo todo marcha bien, que no es necesario molestarse porque todo es perfecto".(2)

Estos son los nombres que se le dan a la morfina y a la heroína y a sus usuarios en el lenguaje de la subcultura de la drogadicción: (3)

Morfina y Heroína

1.- tecata	11.- dama blanca	21.- piquete
2.- arpón	12.- papel	22.- banderilla
3.- nieve	13.- papelito	23.- chutazo
4.- polvo	14.- goma	24.- cura
5.- heróica	15.- pasta	25.- ardor
6.- pericazo	16.- helena	26.- lenguazo
7.- polvo amargo	17.- adormidera	27.- cáscara
8.- polvo blanco	18.- ticata	28.- achivia
9.- cristales	19.- amor	
10.- borra blanca	20.- arponazo	

Usuarios

1.- arponero	11.- morfo	21.- drogado
2.- arponeado	12.- arponés	22.- curado
3.- tecatos	13.- inyector	23.- curita
4.- banderilleros	14.- piquete	24.- padrecito
5.- héroe	15.- ticato	25.- achicalado
6.- heroinómano	16.- tecate	26.- pachicato
7.- heros	17.- gavilán	27.- yafanado
8.- heroíno	18.- nevato	28.- alinado
9.- morfinómano	19.- gomero	29.- chivo
10.- morfino	20.- viajero	30.- chunelas

CIRCULO VICIOSO DE LA DEPENDENCIA DE LA HEROINA

El adicto que se inicia en el consumo de la heroína se aplica una inyección diaria, que le cuesta entre tres y cinco dólares. Quizá no haya mucho problema si es que cuenta con recursos. Pero la cuestión es que tiene que aumentar la dosis y la frecuencia de su aplicación como resultado de la reacción del organismo. En

un período de tiempo relativamente corto el consumo de la heroína es de 10 a 20 veces mayor que al principio, lo que se traduce en un aumento del gasto de dinero: - de 50 a 100 dólares diarios.

El costo en sufrimiento también es alto: "Cuando el usuario trata de abstenerse durante más de cuatro a seis horas, comienza a sudar copiosamente y su piel se enrojece; se humedecen sus ojos, aumenta la secreción nasal, bosteza casi continuamente y se siente extremadamente nervioso". (4)

Por lo general los síntomas de privación se acentúan entre las 8 y las 12 horas después de la última dosis, hasta llegar a su culminación entre las 36 y las 72 horas, para luego disminuir poco a poco en los próximos 5 ó 10 días. Ciertos síntomas pueden durar varias semanas: insomnio, debilidad, nerviosismo y dolores musculares. En casos extremos de privación el individuo puede morir.

El tratamiento de rehabilitación del narcómano - incluye quimioterapia, psicoterapia, participación de trabajadores sociales y la influencia positiva de narcómanos rehabilitados. Aquí únicamente destacamos la importancia de esta influencia positiva: los narcómanos rehabilitados o en proceso de rehabilitación avanzado - han desarrollado la capacidad de la empatía, comprenden los sufrimientos del paciente y los consejos que pueden ofrecer y su apoyo moral son de mucha importancia, ya que han pasado por tal trance y lo han superado o están en vías de hacerlo.

Jaffe, Peterson y Hodgson se hacen esta pregunta: "¿Qué es lo que permite a un narcómano rehabilitarse mientras que otro continúa utilizando la droga y otro termina por ser una cifra fría en las estadísticas

de la mortalidad?". Contestan: "Si se les pregunta esto a los antiguos viciosos, casi siempre lo atribuirán a algún cambio en su vida: a un suceso afortunado, al amor o a la confianza de una persona específica. Tal vez para ellos las razones de regeneración fueron más poderosas que las que los impulsaban a continuar". (5)

El abuso de los narcóticos, tiene una trayectoria antiquísima; se cree que el opio se empleó ya hace más de dos mil años. En oposición a lo que sucede en nuestros días se destacan ciertos usos del opio en la antigüedad. Se consumía dentro de ritos orientados a inducir al trance místico, deducción que se hace porque ha sido descubierto junto a reliquias religiosas. Se usó también como medicina en la elaboración de lavados oculares y de emplastos. En el siglo XVI en la India el empleo del opio era estrictamente medicinal: se administraba para curar el insomnio, las alteraciones nerviosas y del estómago y era considerado como afrodisíaco y como tónico contra la fatiga.

A fines del siglo XVII y principios del XVIII se comenzó a consumir en China el opio combinado con tabaco en una mezcla que se fumaba. Poco a poco la proporción del opio fué predominando hasta que se llegó a fumar solo. A partir de 1850 aproximadamente se crearon los clubes para el consumo de la droga y se olvidaron sus aplicaciones médicas. El opio se importaba de la India en relativamente poca cantidad. La importación se incrementó debido a la presión de Portugal y Holanda que eran los principales traficantes del opio. Atrás de esta presión había poderosos intereses económicos. Se trataba de una época de expansión territorial y de apertura de mercados del capitalismo europeo. Cuando Inglaterra colonizó la India se apoderó casi por completo del monopolio de la exportación del opio y aumentó

la presión sobre China, de tal modo que se produjeron dos guerras llamadas precisamente "Guerras del Opio", - una en 1842 y otra en 1858.

Hablando de la producción, distribución y consumo del opio, en nuestros días se da una relación muy interesante entre los países capitalistas desarrollados y algunos países subdesarrollados. Se trata de un modelo de reproducción del capital que forma parte del ciclo capitalista a nivel mundial. Los países mencionados en primer término proporcionan el capital para las operaciones y los otros países la materia prima y el trabajo vivo que crea el valor de la mercancía. Los países citados en último término son Laos, Tailandia y Birmania, que forman el llamado Triángulo de Oro, y que produjeron 500 toneladas de opio en 1979; Irán, Paquistán y Afganistán, integrantes del Creciente Dorado, que aportaron 900 toneladas; y Turquía y México que produjeron 150 toneladas. (6) En estas naciones el cultivo del opio tiene una gran importancia económica para los campesinos que se dedican a esta actividad.

Latinoamérica es un punto clave para el tráfico de narcóticos, el cual se ve favorecido por el apoyo de algunos gobiernos, la ingerencia de poderosos intereses económicos, políticos y militares de los Estados Unidos, etc. (7)

Los narcóticos, por último, desempeñan un papel importante en la conservación de algunos regímenes dictatoriales. "Las dictaduras militares latinoamericanas, para asegurarse la fidelidad de los altos mandos de los ejércitos, les autorizan a traficar con mercancías de Estados Unidos, a donde a la vez hacen llegar narcóticos; es el caso de Paraguay y Bolivia; y a los miembros de esos mismos ejércitos los mantienen sujetos

por la sumisión a la droga; era el caso de los soldados de la desaparecida Guardia Nacional de Somoza". (8)

GRUPO 2

DEPRESORES

Los depresores precisamente "deprimen" el Sistema Nervioso Central provocando relajamiento e inducción del sueño. Reducen la actividad funcional y las energías vitales. El alcohol, los barbitúricos y los tranquilizantes son las drogas más representativas de este grupo.

A.- ALCOHOL

Químicamente el término "alcohol" es el nombre genérico de varias sustancias cuya molécula se compone de carbono, hidrógeno y uno o más hidroxilos (OH). Hay tres tipos de alcoholes según su densidad: los más ligeros son líquidos que se mezclan con el agua; otros más espesos son aceites y los más densos son ceras. Del que aquí nos ocuparemos fundamentalmente será del alcohol etílico o etanol, sustancia básica de todas las bebidas alcohólicas.

El alcohol puede obtenerse de varias formas. Una es la síntesis química industrial, de la que haremos caso omiso. Las otras formas son la fermentación y la destilación. El alcohol es el producto de la fermentación alcohólica de los azúcares contenidos en varias sustancias vegetales. De las uvas, las manzanas y otras frutas azucaradas se obtiene un zumo que se hace

fermentar. Con el trigo, el arroz, el maíz y la cebada se puede obtener whisky, cerveza y otras bebidas alcohólicas por medio de la fermentación y en algunos casos - la destilación posterior.

Los productos de la fermentación por lo regular contienen una cantidad relativamente baja de alcohol: - de un 3 a un 13%. Para obtener el alcohol más concentrado se recurre a la destilación de los jugos ya fermentados. Productos obtenidos por fermentación son el vino, la sidra, la cerveza, etc. Por destilación: el coñac, el brandy, el whisky, la ginebra, el vodka, el tequila, etc.

EFFECTOS BIOLÓGICOS BENEFICIOSOS DEL ALCOHOL BEBIDO A DOSIS MODERADAS. (9)

El alcohol, según lo estamos viendo, está clasificado dentro de las drogas que causan depresión del SNC. Sin embargo, podemos enumerar algunas propiedades estimulantes y tonificantes sobre distintos órganos y funciones del cuerpo humano si se ingiere moderadamente.

La célula nerviosa, especialmente la de la corteza cerebral, se excita módica y transitoriamente, sobre todo en relación con la capacidad intelectual y anímica. Es esta propiedad del alcohol la que permite que algunas personas venzan ciertas inhibiciones en las reuniones sociales.

La función circulatoria cardiovascular se ve estimulada favorablemente de la siguiente manera: al ocasionar que las contracciones del corazón sean más energéticas y rápidas permite que la sangre circule más velozmente, con la consiguiente dilatación de los vasos san-

guíneos periféricos. Sin embargo no creemos que, en general, se deba prescribir el alcohol como medicamento - en problemas cardíacos por el riesgo de producir alcoholismo yatrógeno.

La función respiratoria se ve estimulada por la acción del alcohol sobre los centros bulbares respiratorios.

La temperatura corporal se mantiene fácilmente - por la energía calórica que es capaz de proporcionar el alcohol. Pero si se ingiere alcohol cuando la temperatura es bastante baja, se debe estar bien arropado porque al mismo tiempo que calienta realiza una función de refrigeración. El mecanismo es el siguiente: el alcohol provoca una dilatación de los vasos superficiales - de la cara y las extremidades. La sangre de la profundidad tiende a llenar los vasos dilatados y como está - más caliente que la sangre periférica, produce una sensación de calor y una refrigeración objetiva del cuerpo. Por eso en invierno en la ciudad de México se reportan muchos casos de muerte por enfriamiento de indigentes alcohólicos.

EFECTOS TOXICOS DEL ALCOHOL BEBIDOS A DOSIS EXCESIVAS

Función Neuropsíquica y Motora.

Inicialmente el alcohol es un excitante, ya que bloquea y anula los mecanismos de freno e inhibición. - Al aumentar la concentración alcohólica se produce una pérdida progresiva del control cortical, con lo que se tiende a perder la lucidez y el autocontrol.

Bajo los efectos del alcohol se experimenta una falsa sensación de fortaleza. La rapidez de reflejos - disminuye y se entorpece la coordinación mano-ojo, lo - que explica la gran cantidad de accidentes de tráfico - ocasionados por personas que manejan ebrias. Los mis- - mos efectos del alcohol ingerido hacen que la persona - no se percate del grado de embriaguez que presenta; por - otro lado, en ese estado muchas personas adquieren una - falsa seguridad propia. Como consecuencia, no se perca - tan de que su rapidez de reflejos ha disminuido y de - que se ha entorpecido la coordinación mano-ojo.

Si relacionamos el grado de concentración de al- - cohol en la sangre y ciertas modificaciones de la con- - ducta tenemos que con 50 mg. de alcohol en la sangre mu - chas personas tienden a estar un poco más relajadas y - desinhibidas; a veces en este mismo nivel se observan - algunas alteraciones en relación con algunas tareas psi - comotoras, el tiempo de reacción aumenta y comienzan ya - los dificultades para conducir vehículos. Estas dificul - tades llegan a un grado muy peligroso con una concentra - ción de 80 mg. A los 100 mg. casi todas las personas - se vuelven torpes y lábiles emocionalmente. Hay torpe - za enorme a los 200 mg. La situación es gravísima en - una concentración de 300 mg., y a los 500 la persona - puede morir. En todos estos procesos interviene la cor - teza cerebral, el cerebelo, la formación reticular, etc.

Función Circulatoria.

La circulación de la sangre se hace difícil por - la depresión del músculo cardiaco y la parálisis de los - vasos periféricos. Cualquier persona debe cuidarse de - consumir alcohol en exceso, pero sobre todo quienes tie - nen problemas de tipo cardiaco y vascular y problemas o

alteraciones de la circulación de la sangre.

Función Digestiva.

Entre otras disfunciones que se producen, la secreción de los jugos gástricos se inhibe. Nos ampliaremos en este apartado al tocar el tema del alcoholismo crónico, lo cual haremos a continuación.

ALCOHOLISMO CRONICO O ETILISMO

Hay una liga íntima entre el alcoholismo crónico y la enfermedad, ya que el primero provoca degeneraciones celulares y trastornos funcionales y mina la fuerza orgánica del cuerpo.

Los primeros síntomas aparecen en la laringe y los órganos de la digestión. Sobreviene la gastritis crónica y hasta la úlcera gástrica; la dispepsia se presenta como resultado de la disminución de la secreción gástrica; se pierde el apetito, etc.

El corazón sufre un proceso de degeneración grasa, por lo que se produce fatiga del músculo cardíaco. Si aumenta el trabajo circulatorio, como en los casos de neumonía o bronconeumonía, la fatiga se ve acentuada. Eso predispone la aparición de otros trastornos, como la insuficiencia cardíaca. Si continúa el uso desmedido del alcohol se llega a producir lo que se llama "cardiopatía", cuyo cuadro es el siguiente: insuficiencia respiratoria, signos de falla cardíaca congestiva, agrandamiento del corazón, etc.

En el hígado el abuso crónico del alcohol puede

ocasionar -ya sea de manera directa o indirecta- afecciones como la cirrosis, la hepatopatía tóxica, atrofia amarilla, etc.

El hígado tiene cierta capacidad para metabolizar el alcohol. Si el consumo es excesivo y prolongado se producen las enfermedades señaladas. La cirrosis - consiste en un proceso degenerativo de las células sanas del hígado, las cuales son reemplazadas y se produce un tejido fibroso de tipo cicatrizal, lo cual demuestra que el exceso de alcohol produce verdadera lesión - en dicho órgano. Los síntomas de la cirrosis pueden pasar desapercibidos si aún hay bastante tejido sano que pueda desempeñar las funciones del hígado. Después se obstaculiza la circulación de la sangre a través de tal órgano y este aumenta de volumen; posteriormente se reduce y se deforma.

De las células, la que más se resiente es la nerviosa. Muchas neuritis y neuralgias son de origen tóxico alcohólico y muchas afecciones neuropsíquicas son debidas al abuso crónico del alcohol, incluyendo psicosis. Veremos algo de esto un poco más adelante.

EL CAMINO DE LA TOXICOMANIA ALCOHOLICA

El Doctor Salvador Cervera Enguix nos facilita la "Clasificación de Jellinek" relativa a las etapas de la toxicomanía alcohólica. (10)

A.- Fase prealcohólica sintomática.

Lo típico es que el futuro alcohólico se inicie en la bebida condicionado por motivos sociales. Sus -

amigos toman y lo invitan. Quizá en su familia se consume bastante alcohol. Así por la experiencia encuentra en la bebida una forma de resolver sus tensiones internas, ya que el alcohol las alivia. Al paso del tiempo su resistencia a las tensiones disminuye poco a poco y se hace una práctica frecuente lo que antes era un alivio ocasionalmente buscado.

Con toda seguridad ya ha hecho su aparición un aumento de la tolerancia al alcohol; cada vez debe ingerir más licor para conseguir la tranquilidad deseada. El fenómeno de la tolerancia no es otra cosa que la serie de modificaciones del cuerpo humano en un intento de defenderse de la ingestión del tóxico, acelerando los procesos desintoxicadores básicamente a través del funcionamiento hepático.

B.- Fase prodrómica.

Aparecen las lagunas mentales de menor o mayor gravedad. Durante la embriaguez puede mantener una conversación de manera bastante razonable y puede desempeñar actividades más o menos minuciosas pero al día siguiente por la mañana no se acuerda de lo sucedido, o lo recuerda vagamente. De mayor gravedad son los cambios marcados en la personalidad del individuo cuando se encuentra bajo los efectos del alcohol. Al día siguiente no recuerda nada.

Un cambio de mucha mayor importancia, porque se da en lo íntimo de la personalidad, es el que se refiere a la actitud del bebedor ante el alcohol. El enfermo ya no considera al vino o al licor como meras bebidas, sino como origen de una sensación de la cual tiene necesidad.

C.- Etapa crucial.

En esta etapa se interrelacionan más los aspectos fisiológicos y psicológicos y se destacan las consecuencias en el ámbito social de manera más patente.

Aparece el síntoma cardinal: la pérdida de control. Una vez ingerida la primera copa el alcohólico experimenta la necesidad física y la compulsión de beber más alcohol, las cuales persisten hasta que la propia borrachera le impide seguir bebiendo.

A veces el alcohólico no se da cuenta del proceso por el que pasa; a veces sí, pero no tiene la fuerza de voluntad para refrenarse ya que la compulsión y la necesidad fisiológica son muy grandes. A esto se suma el autoengaño. Para remediar y aplacar la situación producida por las tensiones internas el alcohólico se "toma un trago". Luego viene el segundo y pide el tercero con la convicción de que podrá detenerse entonces. Pero esto no sucede y de nuevo se produce la embriaguez.

La necesidad de la bebida aumenta y toda su vida gira alrededor del alcohol: aparta de sí todo lo que le impide beber. Se encuentra sumido en un círculo vicioso: aparece o se recrudece el sentimiento de culpabilidad, con lo que aumenta su ansiedad, que le refuerza en lo psicológico su tendencia al alcohol. Se repliega sobre sí mismo y sus relaciones con los demás se distorsionan, es decir, el comportamiento familiar y social del alcohólico se altera gravemente, si es que podía haberse mantenido hasta entonces.

Viene la pérdida del apetito y la alimentación se descuida. También disminuye el apetito sexual.

En el plano psicológico los sentimientos de cul

pa, los remordimientos, la pérdida de la autoestimación, las dudas que le asaltan y las falsas seguridades que se da a sí mismo hacen que sea necesario para el enfermo ingerir alcohol para comenzar el día.

D.- Fase crónica.

En forma breve pero dramática Cervera Enguix describe esta fase. "Aquí ya se excluye toda posibilidad de vida normal. Se pierde por completo el sentido moral y la autoestima. La capacidad intelectual se ve alterada y las repercusiones físicas se hacen cada vez más patentes. Aparecen los cuadros agudos de la intoxicación crónica con consecuencias incluso irreversibles dada la severidad de los síntomas. Pero el sujeto no ve otra salida que seguir bebiendo hasta que se destruyen todas las posibilidades que como ser humano tiene el alcohólico". (11)

PSICOSIS ALCOHOLICAS

Asociadas con el alcoholismo crónico están las llamadas psicosis alcohólicas, que se pueden dividir en varios tipos.

1.- Intoxicación patológica.

Es un estado mental transitorio de mucha mayor gravedad e intensidad que el que corresponde a los síntomas de embriaguez. Puede ser ocasionado por una única pero abundante ingestión de alcohol. Se presenta alteración de conciencia con confusión y desorientación; se dan además ilusiones, alucinaciones visuales e ideas de-

lirantes transitorias. En el plano emocional los trastornos son profundos: furia, angustia o depresión con la posibilidad de que se presenten intentos de suicidio. La actitud es impulsiva, agresiva y hasta se pueden dar accesos de destructividad. La crisis puede durar sólo unos minutos, un día o más tiempo. Luego viene la amnesia.

2.- "Delirium Tremens".

Un autor francés nos habla del "Delirium Tremens" en forma tal que nos hace pensar en la relación entre la intoxicación alcohólica crónica y algunos conceptos de la Filosofía Oriental o la mente inconsciente colectiva de Jung: "El 'Delirium Tremens' constituye una espantosa reacción del enfermo alcohólico, que expresa de horripilantes alucinaciones: 'asiste' a espectáculos de matanza; 've' desfilar animales extraños, serpientes, ratas; 'descubre' en las paredes arañas enormes. El 'Delirium Tremens' consiste en un terror intensísimo que llega a provocar la fuga, el asesinato o el suicidio". (12)

Hay dos posibilidades de explicación en cuanto al origen del fenómeno. Tradicionalmente se ha pensado que se trata de una psicosis aguda que se desarrolla durante la embriaguez. La otra explicación, que es la que tiende a predominar, es que se trata de un síndrome debido a la ausencia del alcohol, precipitado en los adictos crónicos por la interrupción súbita del tóxico.

3.- Psicosis de Korsakoff.

Llamada también enfermedad de Korsakoff, este ti

po de psicosis tiene el siguiente cuadro: amnesia, desorientación respecto al tiempo y el espacio y falsificación de la memoria que el enfermo trata de cubrir mediante invenciones que él mismo se cree. En cuanto a la desorientación respecto al tiempo, se pierde la capacidad para relacionar el pasado con el presente. Además aparecen signos y síntomas de neuropatía periférica.

Es uno de los síntomas que resultan de la deficiencia de vitaminas del complejo B. Es determinante la deficiencia de tiamina y de niacina sobre todo. Esta enfermedad se llama así porque fue descrita por el psiquiatra ruso Serguei Korsakoff en 1887,

4.- Alucinosis alcohólica.

La alucinosis alcohólica crónica se diferencia de la aguda por la persistencia de los síntomas. Las alucinaciones son por lo general de tipo auditivo y su contenido suele ser acusador, amenazante o de ambos tipos. Si quien padece la alucinosis es un hombre las voces que escucha lo acusan de tener prácticas homosexuales y le aplican nombres indecentes. En el caso de las mujeres las acusaciones se refieren a prácticas heterosexuales incorrectas.

Durante la etapa alucinativa el sujeto es presa del miedo, la aprehensión y a veces del pánico. Está latente la posibilidad de intentos suicidas. El miedo se acompaña a veces de ira o depresión.

En la alucinosis alcohólica no se da alteración de conciencia y pasada la crisis la persona recuerda lo sucedido; en esto se diferencia del "Delirium Tremens".

Parece que la alucinosis alcohólica es una reac-

ción psicógena liberada por el exceso alcohólico y no una expresión puramente tóxica. A veces sobreviene después de la privación súbita de alcohol, luego de un consumo excesivo del mismo.

5.- Paranoia alcohólica.

Tomada por sí sola, la paranoia es un delirio crónico que se relaciona con el sujeto. El contenido suele ser de persecución, suspicacia y errores interpretativos. Dentro de este contexto puede ser una forma de alucinosis alcohólica. Pero es necesario hablar un poco más de ella.

Hay un factor común predisponente en la aparición de esta psicosis y en el consumo exagerado del alcohol. Ese factor lo constituye una serie de características presentes en la personalidad del enfermo: subdesarrollo emocional y falta de integración personal que se traduce en incapacidad para aceptar responsabilidad y para relacionarse constructivamente con la gente. Además, y esto es muy importante, hay un conflicto homosexual latente. Con mucha seguridad el paciente no ha logrado establecer relaciones satisfactorias con el sexo opuesto; por otro lado, tiene fuertes tendencias agresivas que no quiere reconocer y adjudica a otras personas. Antes de que se presentara la crisis el individuo se manifestaba habitualmente hipercrítico, inconforme y muy susceptible.

Dentro de las ideas y delirios paranóicos que acosan al enfermo está la celotipia aguda, si es que se trata de un hombre casado. Sospecha continuamente de su esposa, la cela y cree que le es infiel; hay el riesgo de que ejerza violencia contra ella.

La paranoia alcohólica es de pronóstico no muy halagüeño. Su curación es muy difícil, sobre todo en lo que se refiere a lograr un cambio profundo y permanente en la personalidad del paciente.

6.- Deterioración alcohólica.

Es la desintegración total de la personalidad. Las cuatro áreas que conforman la estructura de la personalidad en el plano psíquico se orientan hacia la aniquilación. Se da un trastorno gradual de la moral, depresión de la afectividad, ofuscamiento de la inteligencia y debilitamiento de la voluntad. Aparte, el organismo llega a resentirse gravemente; en este contexto cuenta mucho el daño ocasionado en el sistema nervioso. El resultado final es un conjunto de cambios que van desde una alteración grave en la estabilidad y el control emocional hasta la demencia.

FACTORES PSICOGENOS EN EL ALCOHOLISMO

En la determinación del alcoholismo intervienen factores culturales y sociales. Parece que este hábito es menos frecuente entre los judíos y los chinos que en nuestro medio. Hay que tener en cuenta los valores culturales y lo que se denomina "contagio social", el hacer lo que hacen los demás, tendencia acentuada por la publicidad a través de los medios de difusión masiva, prejuicios como el machismo, etc.

En el aspecto psicológico nos dicen Noyes y Kolb que la práctica tan extendida del alcoholismo existe porque satisface necesidades psicológicas de raíz profunda. (13) ¿Cuáles son estas necesidades? Es el de-

seo de alivio a las tensiones producidas por conflictos, resentimientos, frustraciones y otras fuentes de angustia. Tenemos que ver cómo reacciona una persona "normal", ajustada y una persona inmadura y dependiente. La primera experimenta angustias, pero es capaz de manejarlas sin recurrir a medidas que tienden a trastornar su personalidad. Tiene un grado de tolerancia bastante aceptable en relación con la angustia, los sentimientos de culpa y las frustraciones. Puede encontrar satisfacción a través de unos cuantos rasgos ligeramente neuróticos.

Por otra parte, el individuo emocionalmente dependiente e inmaduro, con tolerancia escasa frente a la angustia y la frustración y con tensiones extremas puede desarrollar una reacción neurótica o recurrir a la ingestión excesiva de alcohol y eliminar así por completo la realidad. Es una huida, pero es un medio fácil de lograr alivio. Se narcotiza la angustia; ya que es un procedimiento sencillo, se vuelve un hábito. Aparte, como hemos visto cuando hablamos del "Camino de la toxicomanía alcohólica", el hábito alcohólico es auto-reforzante.

¿Qué factores de tipo psíquico predisponen al alcoholismo? Se mencionan los siguientes fenómenos: hogares rotos, desavenencias entre los padres, exceso de severidad o de indulgencia de los progenitores, frustraciones de tipo sexual, desilusiones profesionales, inseguridad social, dudas religiosas y conflictos entre los instintos y los ideales.

Teorías más elaboradas sobre el fenómeno del alcoholismo las encontramos dentro de algunas corrientes psicológicas. Noyes y Kolb nos ofrecen una interpretación de tipo psicoanalítico:

Parecería en muchos casos que el alcohólico habitual pudo haber sido traumatizado psicológicamente en etapas tempranas de su vida, de tal manera que su personalidad permaneció fija en una etapa inicial, oral, del desarrollo.

Por otra parte, el alcoholismo puede presentarse en personas que, en ausencia de una figura conveniente con quien identificarse, nunca desarrollaron un superego que los estabilizara. La falta de responsabilidad y el ego débil son factores estrechamente ligados al carácter neurótico.

Algunas veces el alcohólico periódico parece buscar a través de un episodio de ebriedad el escape a un superego demasiado estricto.

En algunos casos puede suponerse que existen "identificaciones y tendencias homosexuales inconscientes". (14)

TRATAMIENTO

El tratamiento puede dividirse en varias etapas, siendo lo medular del problema ayudar al paciente a resolver los conflictos básicos que han producido su toxicomanía alcohólica, por lo que es indispensable la psicoterapia, ya sea individual o grupal o ambas.

A lo largo del tratamiento la actitud del médico, la enfermera, la trabajadora social, etc., debe ser de aceptación y de estricta profesionalidad, sin hacer juicios de valor moral sean cuales sean los hechos y circunstancias que concurran.

El paso inicial es la desintoxicación, que por lo general se hace en régimen de ingreso. Este paso no se logra fácilmente; en algunos casos hay riesgo de que sobrevenga la muerte del enfermo por colapso vascular si se suspende de manera brusca la ingestión de alcohol. Después viene la terapia, que continúa hasta que se logre una verdadera conciencia de enfermedad y, más que nada, una transformación personal, un crecimiento. Se insiste en la resolución de los conflictos básicos, la toma de conciencia de la situación de enfermedad que implica la dependencia alcohólica en sí misma y como síntoma de males profundos enraizados, quizá, en etapas tempranas de la biografía del enfermo alcohólico.

ASPECTOS SOCIOLOGICOS

¿Cuáles son las consecuencias sociales del abuso del alcohol? Aquí únicamente veamos una somera información, que no deja de ser muy reveladora. En México cada 9 minutos se comete un homicidio en el que los efectos del alcohol están presentes; el 6% de los suicidios se llevan a cabo bajo la influencia de bebidas embriagantes; más de 15 mil personas mueren anualmente por razones directamente relacionadas con dichas bebidas; el 60% de las autopsias muestran rastros de alcohol y 900 semáforos son derribados cada año en el Distrito Federal por personas ebrias.

Las cuatro causas de mortalidad más frecuentes asociadas con el alcoholismo son cirrosis hepática, psicosis alcohólica, suicidio y homicidio. (15)

¿Qué causas sociales inciden en el alcoholismo? Ciertos valores de lo que se llama "el sistema" inciden en la proliferación del alcoholismo. Lo que impe-

ra en esta sociedad mercantilizada es el lucro, para lo cual se antepone el beneficio económico personal al ser vicio al prójimo y al interés social.

En un libro de tipo documental sobre el alcoholismo (16) aparece una sección en donde se tratan las raíces del alcoholismo y se enumeran como tales las siguientes: el aburrimiento, el ocio, la soledad, la pobreza y la desesperanza, la neurosis que engendra la ciudad, el poder del dinero, el machismo, la publicidad negativa, etc.

En este contexto es oportuno comentar la influencia de la publicidad negativa en el fomento del alcoholismo.

Como hemos dicho, el móvil en este sistema es el lucro, por lo que la finalidad es el consumo o el hacer que la gente consuma y además todo tiende a mercantilizarse. Así se manipulan los instintos del ser humano: el amor a la patria, el amor al padre o a la madre, el amor propio, la sexualidad, etc.

He aquí algunas de las diferentes formas que emplean los fabricantes de bebidas alcohólicas para promover su consumo a través de la publicidad. (17)

Según lo hemos visto, una de las manifestaciones más graves del alcoholismo es la adicción que crea dependencia. Pues bien, para incitar al consumo constante de bebidas embriagantes se recurre a presentar como deseable y positiva esa manifestación del alcoholismo. Tenemos por ejemplo la frase publicitaria que dice: "La bebida que hace adictos". Tal frase se refiere a un vermut.

Se recurre al patrioterismo utilizando para obtener provecho económico los sentimientos nacionalistas - del público. Recuérdese la frase publicitaria de un conocido tequila: "A mí, lo nuestro".

Fomentar la codicia y la competencia desleal entre la gente es otro recurso. En la obra que comentamos se cita a la psiquiatra norteamericana Natalie Shaines: "esa competencia no se basa en la calidad de las cosas por sí mismas; fomenta la estima de uno mismo basada en el consumismo, al equiparar el mérito de una persona con el consumo de unas determinadas marcas". - (18) Por ejemplo: "Un poco de... (aquí aparece el nombre de la bebida) dice mucho de usted".

Otra posibilidad es promover descaradamente el consumismo desenfrenado, por el consumismo mismo y sin ninguna otra razón. El ejemplo es el anuncio comercial del whisky Chivas Regal: "Chivas Regal se ve caro... lo es". No se habla de sus cualidades; se habla de su precio elevado.

Al igual que en muchas otras áreas de la publicidad comercial la explotación de la sexualidad es una de las constantes de la propaganda de los fabricantes de bebidas alcohólicas. La explotación de la sexualidad se hace de manera abierta y de manera subliminal.

En Irapuato sucede algo muy interesante que ilustra el poder del dinero y el afán de impulsar a como da lugar la venta y el consumo de bebidas alcohólicas, en este caso la cerveza. En la mayoría de los lugares en donde se venden bebidas alcohólicas que funcionan en la localidad se consume una conocida marca de cerveza, debido a que la distribuidora local de ese producto ofrece a los propietarios de tales establecimientos pagar -

todo tipo de infracciones que les sean aplicadas por escandalos o por no respetar el horario establecido. Además, la misma empresa les ayuda a tramitar un nuevo permiso para abrir otro expendio en caso de que les clausuren el que tienen.

La industria de la fabricación de bebidas alcohólicas es una de las más activas del país, a la vez que es una de las más favorecidas por la política estatal. Se le conceden muchas facilidades para la difusión pormedio de distintos vehículos publicitarios y también para la importación. En 1970 la inversión en esta rama de la producción era de 2063 millones de pesos y para 1980 había sufrido un incremento de 19% anual elevándose a 5828 millones de pesos. (19)

Como un ejemplo de cómo el Estado Mexicano asume la lucha contra los problemas del alcoholismo dos autoras nos dicen lo siguiente: "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 70 000 a 120 000 hectáreas antes del fin del sexenio de López Portillo. Dicha superficie, aún sin los créditos oficiales, ha crecido en una tasa anual de 5%, que no ha sido alcanzada en los últimos años por ningún cultivo básico en el país". (20)

B.- BARBITURICOS

Integra este grupo una importante clase de fármacos derivados del ácido barbitúrico, ácido orgánico cristalino, descubierto al parecer por azar por Adolf -

von Baeyer en 1863. El ácido barbitúrico a su vez se deriva del ácido úrico.

Por sí mismo el ácido barbitúrico no es depresor del SNC, pero sí sus derivados, el primero de los cuales se introdujo en el mercado a principios del siglo XX. Las propiedades hipnóticas de uno de ellos, el barbital, se conocieron hasta 1903 gracias a los trabajos de Von Mehring y Emil Fischer. En nuestros días se han elaborado y estudiado aproximadamente 2500 derivados. Alrededor de 50 barbitúricos se producen para uso clínico.

Los nombres que se les dan a estas sustancias y a sus usuarios dentro de la subcultura de la drogadicción son los siguientes: (21)

Barbitúricos

1.- mandrax	11.- secos	21.- nubarene
2.- ciclopales	12.- sódicos	22.- nembutal
3.- seconales	13.- ciclón	23.- fandoformo
4.- chochos	14.- ciclos	24.- optalidón
5.- pastas	15.- cilcoplalis	25.- artane
6.- pasidrín	16.- chichopal	26.- chocolate
7.- diablos	17.- tacitín	27.- pastillas
8.- equaludes	18.- noctec	28.- quesos
9.- mandrina	19.- equanil	29.- downs
10.- seconal	20.- mejorales	

Usuarios

1.- pastillo	7.- qualudo	13.- chucho
2.- pasto	8.- secos	14.- diablo
3.- chocho	9.- pastillero	15.- pasado
4.- anda down	10.- pastelero	16.- aplanado
5.- queso	11.- pastucho	17.- para abajo
6.- mandro	12.- chocolate	18.- downero

EFFECTOS FARMACOLOGICOS SOBRE LOS DIVERSOS SISTEMAS DEL
CUERPO HUMANO

Sistema Nervioso Central

Los barbitúricos pueden producir desde una leve sedación hasta coma, pasando por estados de letargo e hipnosis; hay diferencia entre el sueño fisiológico y el sueño producido por los barbitúricos. En este último tipo de sueño se observa una disminución de la fase REM (sueño de ondas rápidas o paradójica).

Como es lógico, en la determinación del efecto importa mucho el tipo de barbitúricos involucrados, la dosis empleada, la vía de administración y el estado en que se encuentra el sistema nervioso de la persona cuando se administra la droga.

Sistema cardiovascular.

En dosis anestésicas los barbitúricos influyen en la depresión de los centros medulares de la regulación vascular. En dosis masivas, tóxicas, se pueden -

ocasionar colapsos cardiovasculares por su acción depre-
siva de los centros vasomotores y acción directa sobre el
corazón.

Funcionamiento hepático.

Los barbitúricos se metabolizan en el hígado por medio de enzimas. El proceso de eliminación es muy lento; las primeras 24 horas se elimina poca cantidad; la proporción aumenta en las 48 horas siguientes. En dosis masivas se pueden detectar residuos de barbitúricos 10 días después del consumo.

Estos fármacos producen un aumento de tamaño y de peso en el hígado después de su uso prolongado.

Respiración

Los barbitúricos afectan la respiración, correspondiendo un aumento en la depresión respiratoria cuando se incrementa la dosis.

TOLERANCIA

En este apartado nos encontramos una novedad: dos tipos de tolerancia. El primero se refiere a la tolerancia en donde las células nerviosas se adaptan a la droga. El segundo se deriva de la presencia acentuada de las enzimas capaces de descomponer los barbitúricos en el hígado. Al aumentar el número de enzimas aumenta la velocidad de descomposición de la droga, por lo que se requiere aumento en la dosis para producir los mismos efectos. En relación al primer tipo de tolerancia es importante -

hacer notar que el individuo dependiente de los barbitúricos se puede hacer resistente a los efectos hipnóticos pero no a una dosis letal, de ahí el riesgo de muerte por sobredosis.

Los signos y síntomas de privación varían desde un cambio anormal de las ondas cerebrales hasta la presencia de ansiedad, debilidad, insomnio, temblores y en casos de dependencia severa hasta convulsiones muy similares a las de la epilepsia y delirio. Durante el delirio la agitación constante y la elevación de la temperatura pueden conducir al agotamiento y al paro cardíaco. Incluso, en casos raros, puede sobrevenir la muerte por la suspensión brusca de los barbitúricos si no hay asistencia médica.

TOXICIDAD

Los efectos tóxicos de los barbitúricos, crónicos o agudos, son parecidos a los ocasionados por el alcohol cuando se ingiere en demasía: cierta dificultad para pensar, pesadez general, lentitud de habla, mala memoria, dificultad para fijar la atención, menoscabo del juicio y exageración de los rasgos básicos de la personalidad.

Quizá sea prudente hablar del envenenamiento por barbitúricos, llamado barbiturismo, haciendo la delimitación entre el envenenamiento agudo y el envenenamiento crónico.

Barbiturismo agudo.

Por lo general es provocado voluntariamente con

finalidad suicida, pero puede haber casos por sobredosis accidental.

Al principio se experimentan náuseas y a veces vómitos, dolor lumbar, vértigo, zumbido de oídos y embriaguez; luego, cuando ha pasado una media hora, pérdida de la conciencia por sopor y hasta por verdadero coma. El cuerpo se relaja casi en su totalidad y hay pérdida involuntaria de la orina y de las heces.

En el tratamiento, si hay la posibilidad de expulsar del estómago la droga no absorbida aún se provoca el vómito o se hace un lavado gástrico. Se administra un fármaco que contrarreste los efectos depresivos de los barbitúricos. Aparte, se hace un tratamiento sintomático.

Barbiturismo crónico.

El cuadro que ofrece es muy similar al del alcoholismo crónico. En el aspecto físico: flojedad y cansancio, vacilación al andar, mirada triste y fisonomía débil, temblor del pulso, aparte de equivocaciones al hablar. Otro síntoma en común con el alcoholismo es la aparición de anorexia y dispepsia, esta última por una disminución de los jugos digestivos.

En el plano psíquico la ideación es lenta, la capacidad de recordar se deteriora, el carácter se hace débil y el humor sufre cambios bruscos y repentinos.

Por lo que se refiere al tratamiento es necesario considerar cada caso en particular; pero por regla general no se pueden quitar los barbitúricos de manera brusca; mientras más inveterado es el hábito más validez tiene este principio, de acuerdo a la información -

contenida en el párrafo relativo a la tolerancia.

C.- TRANQUILIZANTES

Dentro del grupo de los depresores del SNC se encuentran los tranquilizantes. Su definición es simple: son los fármacos de efecto tranquilizador o sedante. Se diferencian de los sedantes hipnógenos en que alivian - la ansiedad y la tensión sin producir sueño y sin impedir significativamente el funcionamiento mental y físico.

TIPOS DE TRANQUILIZANTES

Se dividen en mayores y menores de acuerdo a su utilidad para tratar desórdenes mentales graves o desórdenes mentales relativamente menos severos.

1.- Tranquilizantes Mayores.

Integran este grupo la reserpina y la clorpromacina y sus derivados.

La reserpina se deriva de la "Rauwolfia Serpentina", planta aclimatada en la India, Africa y América - del Sur. Tiene efectos vasculares. Por su efecto de - presor de la tensión sanguínea se usa en problemas de - hipertensión arterial. En psiquiatría se emplea en el - tratamiento de enfermedades mentales que cursan con es - tados de agitación, angustia y tensión.

La clorpromacina fue sintetizada por primera vez

en Francia. Hace que desaparezcan los sentimientos de angustia, inquietud y tensión psíquica. Otro uso, no - psiquiátrico, es el que se hace para tratar el vómito y alergias severas.

No curan la mente, pero facilitan un estado de - tranquilidad para que el paciente se beneficie de la - psicoterapia y facilitan su adaptación a la vida coti-- diana. Se emplean en perturbaciones mentales severas, - psicosis, esquizofrenias y en el tratamiento del alcoho lismo.

2.- Tranquilizantes Menores.

Se denominan también ansiolíticos. No son efectivos para tratar condiciones mentales patológicas gra-- ves. Funcionan sobre todo en las neurosis y en los es-- tados de ansiedad ligados a situaciones ambientales de tensión.

Los más usuales son el meprobamato, que se vende con el nombre comercial de "Equanil" y a veces con el - de "Miltown"; el clordiazepóxido, llamado "Librium"; y el diacepam, cuyo nombre comercial es "Valium"; y la metacualona.

Meprobamato.

Es un ansiolítico cuyos efectos resultan muy se-- mejantes a los que producen los barbitúricos. Se em-- plea en el control de algunas formas de neurosis, epi-- lepsia y padecimientos que cursan con espasmos del músculo esquelético, y en el control del síndome de absti-- nencia de sujetos alcohólicos.

Clordiazepóxido.

Opera casi exclusivamente sobre el SNC. En dosis pequeñas hace que disminuya la tensión emocional, la ansiedad y la aprehensión; dosis elevadas producen sedación, somnolencia, ataxia, incoordinación y sueño. Como sedante es más activo que el meprobamato, pero menos potente que los barbitúricos y las fenotiazinas.

Tiene propiedades anticonvulsivas, antiepilépticas y oréxicas propiciando el aumento en el consumo de alimentos y el peso corporal.

Diacepam.

Desarrolla acciones similares a las del clordiazepóxido. Además ejerce una acción central músculo-relajante y por eso se usa en el tratamiento del espasmo músculo-esquelético y del dolor asociado a artritis reumatoide, parálisis espasmódica cerebral, fractura de huesos y en el síndrome del hombre tieso.

Usos clínicos: el tratamiento de la neurosis, sobre todo en los casos de ansiedad, tensión emocional, histeria, reacciones obsesivas, estados depresivos con tensión y en los trastornos emocionales que acompañan a las enfermedades orgánicas.

Metacualona.

Es un producto sintético no barbitúrico depresor del SNC, pero sus efectos centrales son muy similares a los que desarrollan los barbitúricos. Usos clínicos: - a) como sedante; b) como hipnótico.

Resumiendo diremos que en dosis normales los tranquilizantes menores alivian la ansiedad, la tensión, temores anormales, trastornos leves del comportamiento e insomnio. Al hablar del insomnio debemos mencionar que estos tranquilizantes no son hipnóticos (salvo la metacualona), pero al aliviar la tensión logran un estado que conduce al sueño. Por medio de ellos se logra una disminución de la irritabilidad, mejoría en el estado de ánimo y mayor relajamiento.

POTENCIAL DE ABUSO

Existe un mayor margen de seguridad con el uso de los tranquilizantes que con el de los barbitúricos. A veces, si se han usado por un período de tiempo prolongado, se llega a estados de embotamiento, vértigo, trastornos de la marcha e incluso graves estados de agitación.

Con una sobredosis se puede ocasionar coma, insuficiencia respiratoria y muerte, aunque esto ocurre con menos frecuencia que con los barbitúricos.

Grandes dosis repetidas de ciertos tranquilizantes pueden conducir al desarrollo de tolerancia y dependencia, y si se suspende súbitamente la droga se pueden producir convulsiones.

Los datos de intoxicación aguda son: somnolencia, movimiento rápido e involuntario de los ojos, visión doble, visión borrosa, pupilas muy pequeñas, debilidad, relajación muscular, alucinaciones, disminución de los reflejos, falta de coordinación, convulsiones en algunos casos, excitación, agresividad, disminución de la tensión arterial, shock, coma y depresión respiratoria que pueden llevar a la muerte. (22)

Es muy peligroso mezclar los tranquilizantes con alcohol, ya que incluso con una pequeña cantidad de éste puede producirse un grave estado de embriaguez.

Hablando de los depresores en general es necesario advertir que no se deben combinar con otros depresores, a menos que se consulte con el médico. Se incrementa su poder tóxico si se combinan dos depresores diferentes.

En la ciudad de México "entre el 25 y el 40% de la población consulta al médico por problemas de ansiedad o depresión; una tercera parte utiliza tranquilizantes u otros fármacos similares". (23) Ciertas características de la gran ciudad (ruido, hacinamiento, agresividad, etc.) propician la aparición de cuadros neuróticos, psicóticos y depresivos. Quienes padecen estos malestares consumen los tranquilizantes que les recetan los psiquiatras, médicos generales, o que se autorrecetan.

En México la industria químico-farmacéutica que produce los depresores aquí tratados (barbitúricos y tranquilizantes) y otros productos sintéticos como las anfetaminas está en manos de compañías transnacionales. Así lo indican los siguientes datos: el 70% del mercado interno está dominado por las 40 empresas extranjeras, que poseen el 90% de las patentes. (24) El capital que manejan los laboratorios transnacionales es del orden aproximado de 30 000 millones de pesos anuales, de los cuales sólo el 10% es reinvertido. (25)

GRUPO 3

ESTIMULANTES

A.- ANFETAMINAS

Las anfetaminas pertenecen al grupo de los estimulantes del SNC, esto es aceleran la actividad mental y producen estados de excitación.

De acuerdo a Blau el estudio de las propiedades de la efedrina, alcaloide extraído del Ma-Huang, fue lo que condujo al descubrimiento de las aminas sintéticas o anfetaminas, cuya acción es semejante a la de la adrenalina. (26)

Por otro lado, el Doctor Weinswig afirma que las anfetaminas fueron desarrolladas para asemejarse a la norepinefrina, un neurotransmisor. Las anfetaminas aumentan la actividad de las células del cerebro, por lo que se cree que la droga produce un estímulo parecido al de la norepinefrina. (27)

Inicialmente las anfetaminas fueron empleadas para descongestionar las vías respiratorias en el tratamiento de la bronquitis asmática. Después su uso se amplió hasta ser prescritas contra la obesidad por su capacidad para inhibir el apetito, la depresión pasajera y la narcolepsia (forma rara de la enfermedad del sueño), así como también para tratar a niños con lesiones cerebrales de cierto tipo.

En el lenguaje de la subcultura de la drogadicción las anfetaminas reciben nombres muy variados, así como sus usuarios. (28)

Anfetaminas

1.- chochos	11.- chocholucos	21.- anfinas
2.- pastas	12.- pastel	22.- anfetás
3.- chocolates	13.- pasas	23.- bifetas
4.- pastillas	14.- tabletas	24.- benzas
5.- quesos	15.- píldoras	25.- benzedrinás
6.- pingas	16.- diablitos	26.- aktedrón
7.- dulces	17.- demonios	27.- acelere
8.- diablos	18.- mandarinas	28.- ciclón
9.- speed	19.- rojos	29.- para arriba
10.- acelerador	20.- whites	30.- ups.

Usuarios

1.- pastillo	11.- anfiaco	21.- pasado
2.- pastillero	12.- anfibio	22.- grifo
3.- pasto	13.- benzedrino	23.- ausente
4.- pastero	14.- benzo	24.- brincador
5.- pastor	15.- píldoro	25.- ventarrón
6.- pastochas	16.- diablo	26.- ups
7.- pastelero	17.- chocolate	27.- en onda
8.- chocholuco	18.- pingo	28.- loco
9.- chochero	19.- pinguas	29.- está pedadrín
10.- chucho	20.- acelerado	30.- atacado

Existen tres tipos de anfetaminas: 1.- Anfetamina. Su nombre comercial más conocido es "Benzedrina". Se presenta en tabletas de color rosa en forma de corazón, tabletas redondas y blancas o tabletas ovaladas de diversos colores. También se consigue en solución inyectable. 2.- Dextroanfetamina. Su denominación comer

cial es "Dexedrina". Se presenta en tabletas de color naranja y de forma de corazón. Se usa para el tratamiento de la obesidad. Produce menos efectos secundarios en otras partes del cuerpo, aparte del cerebro, que la anfetamina. 3.- Metilamfetamina. Se fabrica tanto en ampollitas para inyección como en tabletas. Tiene un efecto sobre el sistema nervioso más intenso que el de las otras anfetaminas.

Las tabletas son ingeridas, pero hay quienes las disuelven en agua y después se las inyectan con el fin de aumentar los efectos. Además hemos visto que las anfetaminas se presentan en ampollitas para inyección.

Las anfetaminas las emplean:

- personas que quieren reducir de peso, por su capacidad para inhibir el apetito;
- conductores de vehículos que tienen que hacer largos viajes, para vencer el sueño y el cansancio;
- estudiantes en tiempo de exámenes, para estimular el organismo y estudiar a marchas forzadas y elaborar trabajos de investigación;
- adictos al alcohol o a los barbitúricos para contrarrestar los efectos depresivos de estos fármacos;
- adolescentes que buscan emociones fuertes;
- deportistas, para estimular el organismo;
- obreros, también para estimular el organismo y rendir más en el trabajo, sobreponerse al cansancio físico, el estrés, etc., producidos por el mismo trabajo;
- personas víctimas de las injusticias sociales que viven en condiciones deprimentes para escapar psicológicamente de tal situación.

EFFECTOS

Los efectos sobre el SNC se manifiestan con un estado de alerta y disminución de la fatiga que producen una elevación del estado de ánimo e hiperactividad muscular y del habla. Los efectos más notorios en este sentido los generan dosis de 10 a 30 mg. Dosis mayores pueden producir hiperconcentración grotesca. Dosis elevadas o repetidas pueden provocar efectos opuestos a los mencionados, es decir depresión mental y fatiga.

TOXICIDAD Y POTENCIAL DE ABUSO

Examinaremos tres niveles de consumo. Tomadas transitoriamente y en pequeñas cantidades las anfetaminas no son peligrosas. En medicina constituyen excelentes aliados para tratar variados problemas como lo hemos visto. Es muy conveniente que se administren y se empleen bajo supervisión médica.

En dosis medianas las anfetaminas producen dependencia psíquica muy marcada y es muy raro que se presente dependencia física.

En dosis altas se puede considerar a las anfetaminas como provocadoras de dependencia psíquica y física. Quienes las han consumido de manera continua y las suspenden bruscamente caen en depresión extrema y sienten desazones intolerables.

La tolerancia a las anfetaminas es muy grande. Se ha establecido una dosis mortal teórica y promedio; pero hay consumidores que han llegado a administrarse dosis varias veces más altas que tal dosis mortal promedio.

Es conveniente distinguir dos tipos de intoxicaciones: la aguda y la crónica.

Intoxicación aguda. Es un hecho que por lo menos al principio las anfetaminas aumentan el rendimiento intelectual y el individuo se manifiesta más emprendedor. Pero hay un intercambio o un desequilibrio de alto riesgo: la autosatisfacción y la seguridad se producen en detrimento del sentido crítico y de la memoria.

Si las anfetaminas son consumidas por personas no acostumbradas, dosis de 15 a 25 mg. pueden producir los siguientes síntomas: hiperexcitabilidad, temblores en las extremidades, falta de apetito, insomnio, diarrea.

Si la dosis es más alta, 25 a 50 mg, la cosa lógicamente se agrava: se presenta hipertensión, náuseas, cefaleas, taquicardia, alucinaciones visuales y auditivas, etc.

Cuando la dosis es demasiado fuerte se llega al extremo: colapso cardiovascular, coma interrumpido por delirios, crisis epilépticas, vómitos. En casos extremos puede llegar la muerte.

Intoxicación crónica. Se denomina también anfetaminomanía. El consumo prolongado y continuo de anfetaminas provoca fuerte hipertensión y taquicardia, convulsiones, espasmos musculares, tics, cefaleas reacias a los sedantes.

La personalidad del anfetaminómano es opuesta a la del opiómano. Este es tranquilo y sociable mientras que el anfetaminómano es hiperemotivo, antisocial, hiper crítico, susceptible, agresivo. Su conducta presenta muchas manifestaciones de actos irracionales e imprevisibles. Caen en estados de melancolía ansiosa y el suici-

dio llega a constituir un gran riesgo.

En el plano mental la situación es como sigue: - hay confusión que se caracteriza por la lentitud de las percepciones, y la dificultad para realizar síntesis mentales; además hay incapacidad para sostener la atención, indiferencia emocional, desorientación en el tiempo y el espacio, incoherencia del juicio, etc.

El estado de confusión se agrava porque sobrevienen alucinaciones visuales, auditivas, táctiles y sensoriales, delirios y pesadillas. Las alucinaciones auditivas son de tipo persecutorio y agresivo; las voces que escucha el enfermo profieren injurias contra él. - Se vuelve muy paranoico.

En el plano físico, como el anfetaminómano es muy activo, duerme mal y casi no come sufre un proceso de adelgazamiento y se deteriora su organismo a nivel global. Dentro de los daños sobresalen el resquebrajamiento de los labios, ulceraciones en la lengua, las encías, las infecciones en la piel y la pérdida de los dientes.

Generalmente quienes llegan a estos estados abusan de las anfetaminas inyectándose las. Es frecuente que empleen agujas sucias y las hepatitis infecciosas proliferan por tal motivo.

B.- COCAINA

La cocaína es el más importante de los alcaloides presentes en la droga llamada coca, la cual se extrae de las hojas del "Erythroxylon Coca", arbusto ori-

ginario de Bolivia y del Perú que posteriormente se ha trasplantado y se cultiva en Indonesia, Birmania, la India, etc. La cocaína fue aislada en 1860 por Albert Niemann en Alemania.

En el caló de la subcultura de la drogadicción a la cocaína se le da el nombre de "nieve" aparte de más de 20 nombres más. Es que la cocaína tiene el aspecto de un polvo blanco cristalino, parecido a los copos de nieve, esponjoso y sin olor; el sabor es amargo. Es muy fácil adulterar la cocaína con bicarbonato de sodio y ácido bórico. He aquí la lista de los nombres que se le dan a la cocaína y a sus usuarios en la subcultura de la drogadicción: (29)

Cocaína

1.- coca	11.- cocada	21.- nose
2.- nieve	12.- coco	22.- chutazo
3.- pericazo	13.- talco	23.- aliviane
4.- cocacola	14.- blanca nieves	24.- alucine
5.- polvo	15.- azúcar	25.- acelere
6.- perico	16.- glacis	26.- narizazo
7.- tecata	17.- nice	27.- knife
8.- cocazo	18.- arponazo	28.- pase
9.- doña blanca	19.- cotorra	
10.- pepsicola	20.- cucharazo	

Usuarios

1.- coco	11.- cocotero	22.- cucharo
2.- arponero	12.- coquero	23.- acelerador
3.- alivianado	13.- cocaíno	24.- viajero
4.- tecato	14.- cocal	25.- anda para arriba
5.- pasado	15.- tinacoco	26.- en onda
6.- cocacolo	16.- periquero	27.- anclado
7.- pericazo	17.- pericoso	28.- chutado
8.- cocainómano	18.- cotorro	29.- nieves
9.- una coca via jando	19.- inyector	
10.- cocodrilo	20.- ticato	
	21.- torero	

La cocaína se consume inhalándola por la nariz.- El adicto pone una pequeña cantidad sobre una hoja de papel y la aspira directamente; para este efecto puede servirse de un tubito también de papel. Otras formas de administración son las inyecciones intravenosas. Hay quienes toman vino cocainado, fuman cigarros de cocaína o simplemente la inhalan mediante una espátula aplicada a las fosas nasales.

La cocaína es quizá el máximo simpático-mimético. Este término significa que actúa u origina reacciones semejantes a como lo hace el sistema nervioso simpático. Produce una estimulación intensa, una sensación de regocijo, euforia y confianza propia; el intoxicado se vuelve locuaz. Se da también un aumento en el fluir de las ideas y una sobreestimulación de la actividad. Durante esta etapa puede haber un aumento real en la capacidad de trabajo.

El efecto de la cocaína dura de 30 a 45 minutos.

Conforme va pasando su efecto se presenta el descenso; el usuario se siente débil, deprimido, inquieto, malhumorado y triste. Puede presentarse incluso la angustia, que impulsa al consumidor a ingerir una nueva toma de cocaína.

Es más dramático el cuadro de la intoxicación crónica o cocaínomanía. En el plano físico se presentan los siguientes desórdenes: insomnio, inapetencia, taquicardia, disnea, tics de rascarse la nariz debido a la irritación de las mucosas nasales.

En el plano del humor y de las emociones el intoxicado crónico se vuelve irritable, ansioso, agresivo. Lo rondan ideas suicidas y homicidas.

Hacen su aparición las alucinaciones multisensoriales. Los muebles se cambian y alargan, los cuadros de la pared toman vida. Las alucinaciones auditivas son paranoicas: se oyen voces amenazantes e insultantes. También hay alucinaciones en las que el enfermo experimenta sabandijas que se mueven bajo la piel.

Viene por último la decadencia global del individuo. Adelgaza de modo alarmante ya que pierde el apetito y el sueño; vegeta en la sociedad y el desorden. Se atrofia el sentido moral y luego sobreviene el decaimiento intelectual. Después se presentan dos caminos. Uno es la desintegración total de la personalidad, el coma y la muerte. El otro es la demencia, debida a las lesiones anatómicas del cerebro, que son irreversibles.

La coca tiene una tradición antiquísima en donde se mezclan el mito, la leyenda, la historia, la economía, la religión. Hay varias leyendas en torno al origen de la coca. Una dice que el dios Inti enseñó a la

madre luna Mama Quilla a plantar coca en los húmedos valles de los Andes para mitigar el hambre y la sed de los incas para que así pudieran soportar las exigencias terrenales. Desde hace siglos los indígenas andinos la utilizan para sobreponerse al cansancio y a los efectos del soroche, malestar que se siente en las alturas de los Andes a causa de la rarefacción del aire.

Otra leyenda en torno al origen de la coca hace aparecer personajes del cristianismo; pero en general todas estas narraciones presentan la coca como un regalo de los dioses. Ahora la situación es bien diferente: la coca es una mercancía que deja jugosas ganancias a los narcotraficantes, ganancias de las que se benefician hasta los equipos de fútbol: el 70% de los equipos del fútbol colombiano operan con dinero obtenido del narcotráfico. (30)

GRUPO 4

ALUCINOGENOS

Los alucinógenos, llamados también "psicotomiméticos", "psicodislépticos", "fantásticos", "eidéticos" o "psicodélicos", alteran la mente de manera similar: producen distorsión de la percepción, fantasías y alucinaciones.

Las drogas clásicas de este grupo son el LSD, la mezcalina y la psilocibina y de ellas nos ocuparemos.

Haciendo una diferenciación estricta entre la ilusión y la alucinación, diremos que una ilusión es la

interpretación cerebral errónea de un estímulo externo real; en tanto que la alucinación es la percepción psíquica de un estímulo inexistente, pero advertido por la conciencia como real. Por ejemplo, confundir un piquete de alfiler con un pellizco es una ilusión; experimentar un piquete de alfiler o un pellizco que no se han recibido es una alucinación.

Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfativas, gustativas y táctiles.

Quienes han consumido tanto el LSD como la mezcla y la psilocibina refieren que en los estados que producen estas drogas se encuentran ilusiones, alucinaciones y percepciones de fenómenos que quizá no pertenezcan a nuestra realidad, pero sí a una "realidad aparte".

A.- L S D

El LSD, llamado también LSD 25, es el tartrato de dietilamida del ácido D-lisérgico o simplemente dietilamida del ácido lisérgico, que en Alemán es "Lyserg Saure Diethylamid" cuyas iniciales nos vienen a resultar LSD. El número 25 que a veces se adjunta a las tres letras indica que se trata del vigésimoquinto compuesto de ese género de una serie de 27 sintetizados por los laboratorios Sandoz. Resulta de la condensación de la dietilamida y del ácido D-lisérgico, aislado en 1934 del cornezuelo del centeno. La obtención del LSD la lograron Albert Hofman, W. A. Stoll y otros investigadores de los laboratorios Sandoz en Basilea. Pero no fué sino hasta 1943 cuando Hofman descubrió, por casualidad, las propiedades psicotrópicas del mismo. Inadvertidamente ingirió LSD y tuvo la primera experiencia psicodélica con tal producto.

El comezuelo es un hongo microscópico que se encuentra en el centeno, pero también en el trigo y la cebada.

El LSD es el más potente de los alucinógenos que se conocen. Obra a partir de algunas decenas de microgramos. Un microgramo es la millonésima parte de un gramo. Es mucho más activo que los demás alucinógenos; a modo de comparación, una dosis de 200 microgramos de LSD produce los mismos efectos que una dosis de 600 miligramos de mezcalina o 40 miligramos de psilocibina. Un miligramo es la milésima parte de un gramo.

El LSD se consigue en muy variadas formas, tamaños y colores. Se prepara como líquido sin color y sin sabor; se encuentra en forma de polvo, de pequeñas píldoras blancas o de color, de tabletas y de cápsulas. Se ha encontrado LSD en terrones de azúcar, caramelos, bizcochos, porciones de gelatina, bebidas, aspirina, papel, pañuelos, joyas, licor, ropa e incluso en el dorso de timbres de correo. (31)

Los nombres que reciben el LSD y sus usuarios en el lenguaje de la subcultura de la drogadicción son los siguientes: (32)

L S D

1.- ácido	9.- aceitunas	17.- papel
2.- chochos	10.- bomba	18.- paper
3.- aceite	11.- ácidos	19.- cristales
4.- viaje	12.- acalide	20.- purple haze
5.- orange	13.- grasas	21.- gis
6.- dulces	14.- azúcar	22.- diablos
7.- cápsulas	15.- terrones	23.- white
8.- sunshine	16.- sugar	24.- elefante blanco

L S D
(Continuación)

25.- blanco de es-	31.- viaje en las	38.- mureler
pañá	nubes	39.- avándaro
26.- cápsulas	32.- alucinantes	40.- mica
27.- colorines	33.- nave	41.- divina
28.- saturnos	34.- cohete	
29.- lluvia de es-	35.- en onda	
trellas	36.- La Salud	
30.- trip	37.- pit	

Usuarios

1.- anda ácido	10.- onda ácida	19.- cósmico
2.- viajando	11.- chavo aceite	20.- volando
3.- en onda	12.- aceitoso	21.- alucinado
4.- en viaje	13.- acidoso	22.- está finto
5.- viajero	14.- chocheando	23.- prendido
6.- drogadicto	15.- chochero	24.- drogado
7.- onda aceite	16.- astronauta	25.- pasado
8.- aceituno	17.- piloto	26.- loco
9.- chavo ácido	18.- aviador	27.- neblino

EFECTOS

Sus efectos comienzan a los 20 minutos o una hora; el plazo es variable. Se registran en el usuario los siguientes efectos: midriasis (dilatación de las pupilas - oculares), náuseas, mareos, dolor de cabeza, latido cardíaco irregular y elevación de la presión sanguínea en forma ligera. A veces hay escalofríos, enrojecimiento de la piel, períodos alternados de "carne de gallina" y bo--

chorno, etc.

Los efectos psicológicos son los más impactantes. Se produce una distorsión de todas las esferas sensoriales. "Las visiones son más intensas y coloridas de lo normal, lo cual ha hecho que algunos consumidores indiquen que 'por primera vez pudieron ver la realidad'... Los objetos pueden brillar y ondular como si se reflejaran en una casa de espejos. A menudo los sonidos se 'ven', se pueden 'escuchar' los colores y se 'huele' la música, experiencias en las cuales se traspasan los límites de la percepción sensorial. Hay una intensificación increíble de las capacidades auditivas, gustativas, olfativas y del tacto... A menudo se observa una sensación de aislamiento estático, de euforia y de pérdida de la identidad... en algunas personas el consumo de LSD despierta una profunda sensación mística de contacto con Dios o con el infinito... Además, se pueden producir éxtasis fantásticos o visiones de pesadilla; o simplemente la reacción puede ser de sorpresa. Algunos creen ser Dios". (33) Es frecuente la experiencia de "salirse del cuerpo".

El LSD es capaz de producir diversos tipos de reacciones adversas. Weinswig las clasifica en tres grupos. (34)

1.- Efectos iniciales. Se subdividen en las que son producidas por la intoxicación "normal" o por un "viaje malo". El viaje "normal" ya lo hemos descrito. El viaje malo ocurre una vez de cada diez y sus efectos duran de 24 a 48 horas. La frecuencia del viaje malo puede aumentar si se incrementa la dosis aunque también influye, y mucho, la personalidad del sujeto. El estado tóxico es de paranoia aguda y confusión, que puede conducir a un comportamiento peligroso y al suicidio.

2.- Efectos recurrentes o efectos tardíos. Este tipo de reacción adversa puede ocurrir después de uno o varios viajes buenos o malos, o varias semanas o hasta un año después de la ingestión de la droga.

Su duración puede ser de unos cuantos segundos o puede durar tanto como la primera vez que se experimentó con la droga y de la cual estos efectos recurrentes son el "rebote", como se dice en el caló.

3.- Efectos prolongados. Los efectos prolongados consisten en un estado de ansiedad que puede durar varios meses y es resistente a la terapia. A veces la persona tiene que ser hospitalizada.

B.- M E Z C A L I N A

La mezcalina es el alcaloide del pequeño cacto mexicano "peyotl" o "peyote", conocido como "planta que hace que los ojos se maravillen". El peyote es conocido desde tiempo inmemorial por muchas tribus mexicanas y estadounidenses. "Peyotl" es el nombre náhuatl, pero los tepehuanes lo llaman "kamaba", los tarahumaras y los huicholes "hikuri" o "ciguri", los coras "hualari", los comanches "wokow" o "wohoki" y entre los indios arkansas se le conoce como "senequoique", etc. El nombre más difundido es "peyote". El término científico es "Lophophora williamsii".

El peyote es un cacto pequeño de forma globulosa, de color verde gris, de un diámetro de dos a cinco centímetros y con flores. Su raíz es en figura de zana horia. En la parte superior, en el área central, se encuentran los "botones de mezcal" o "meristemas", que -

son más ricos en alcaloides que la planta misma. Cuando se secan se encogen y se vuelven de un color gris oscuro. Estos capullos se mastican o pueden ser reducidos a polvo y encapsulados y así ser ingeridos. Con el polvo también se puede elaborar un bebedizo.

El Doctor Langry, de Logasport, Indiana, fué el primero en usar el peyote con un fin terapéutico; lo recetó como tónico cardíaco en 1889; no sabemos cuál fué el resultado. Cinco años después, Hefner o Heffter, - aisló el principal alcaloide, la mezcalina, que tiene una estructura similar a la de las anfetaminas. Hay otros alcaloides en el peyote aparte de la mezcalina: - la peyotina, la anhalina, etc., hasta llegar a quince.

Los nombres que se le dan al peyote y a la mezcalina en el caló de la subcultura de la drogadicción son los siguientes: (35)

Peyote y Mezcalina

1.- peyote	6.- yote	11.- babas
2.- peyotazo	7.- corazón de	12.- mañana gloriosa
3.- mezcal	peyote	
4.- mezcalina	8.- mezca	13.- cualoli
5.- peyo	9.- penca	14.- mascaido
	10.- cacto	15.- paquete del saber.

Usuarios

1.- peyotero	6.- mezcas	11.- drogado
2.- en viaje	7.- yafanear	12.- lelo
3.- viajero	8.- mezcalinazo	13.- alinar
4.- mezcalinero	9.- viaje en peyote	
5.- peyote	10.- alucinado	

Havelock Ellis experimentó en 1896 la embriaguez mezcalínica y nos comunicó su experiencia: "Vea joyas aisladas o agrupadas en tupidas y soberbias alfombras, que tan pronto arrojaban mil luces como brillaban con fulgor oscuro y magnífico. Se transformaban luego ante mis ojos cobrando figuras de flores, medábanse en mariposas o en alas centelleantes... A cada instante, un género de efecto absolutamente nuevo se mostraba en mi campo visual. Eran animados de movimientos rápidos - ora bellos colores de matiz oscuro, uno de los cuales, maravilloso, pareció por un momento acercarse a mí, - ora luces, ora chispas. Lo más frecuente eran colores asociados en combinaciones de belleza serena, con puntos brillantes, semejantes a gemas..." (36)

Aparte de considerar el "peyotismo" como una cuestión de estupefacientes, lo consideramos como una cuestión de religión y de valor racial.

Dos de los más importantes "profetas" que aportó el culto del peyote fueron Quana Parker y John Wilson. Este último tuvo su iluminación; se fué a la soledad un mes para experimentar con el peyote y a su regreso trajo consigo sus propias doctrinas del peyotismo y comenzó a difundirlas. Sus doctrinas eran una mezcla de muchos elementos: shamanismo, mezcalismo, la danza fantas

mal y hasta cristianismo. Se trataba de un fenómeno de sincretismo religioso.

Dejando a un lado a Parker y a Wilson, veamos cuáles son los conceptos religiosos que se manejan en torno al culto del peyote. La fe es simple: "El Gran Espíritu que ha creado y que gobierna toda cosa y todo ser ha puesto un poco de sí mismo en el peyotl, dando así a los indios un precioso auxilio para sufrir su esclavitud actual. Si toma el mana del Gran Espíritu encarnado en el peyotl, el indio recibirá sus normas de vida, tendrá la revelación de lo que debe haber". (37)

Numerosas tribus de los Estados Unidos observaban el culto del peyote, con liturgia y ceremonial muy simbólico y acompañamiento de música y cantos y danzas. Incluso hubo sectas o iglesias de tipo formal: el "Ghost Dance Cult", fundado por Pah-Ute en 1888; la "Native American Church of North América", fundada en 1911 por Joseph Rave y dos iglesias con denominación cristiana que aún tienen fieles, que son la "Christian Peyote Church" y la "Peyote Church of Christ".

En México en la actualidad hay por lo menos cuatro tribus que consumen ritualmente peyote; coras, huicholes, tepehuanes y tarahumaras. Si no encuentran tal cacto en sus regiones hacen expediciones en busca de él a zonas situadas a veces a más de cuatrocientos kilómetros de distancia.

Ya desde el siglo XVI Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia de las cosas de la Nueva España" nos habla del peyote. Se refiere a la costumbre de los chichimecas: "Hay otra planta que recuerda a la trufa. La llaman peyotl... Se produce en las partes septentrionales del país. Los que las comen o beben ven cosas es—

pantosas o risibles. Esta embriaguez dura dos o tres días y se pasa luego. Esta planta entra en el consumo habitual de los chichimecas. Los sostiene y les da valor para el combate, y los libra del miedo, de la sed y el hambre. Créese incluso que los libra de todo mal. - (38)

En la década pasada aparecieron varios libros escritos por el antropólogo Carlos Castaneda en que narra su especial relación con un "brujo" yaqui, Don Juan Matus, quien le enseña a "ver", es decir a captar lo que según Don Juan yace detrás de este mundo de apariencia. En el proceso se sirve del peyote, el toloache y algunos hongos alucinógenos. Castaneda proporciona información muy interesante, pero lo que queremos hacer resaltar aquí es el hecho siguiente: en la práctica del consumo del peyote se perseguían finalidades de tipo ético, aparte de otras. Los "brujos" solían ingerir el cacto en reuniones llamadas "mitotes", donde los participantes se juntaban específicamente para buscar conocimientos sobre la forma correcta de vivir. La práctica del consumo del peyote sirve en este contexto para cohesionar al grupo; integra a los individuos personal y socialmente. A partir de este hecho haremos en el capítulo siguiente una comparación importante en relación a lo que sucede en nuestros días con otros tipos de drogas.

C.- P S I L O C I B I N A

La psilocobina es el alcaloide de ciertos hongos alucinógenos del género "Psilocibo", que incluye 15 especies, y del género "Stropharo", que contiene una sola especie.

El hongo más conocido es el "Psilocibe mexicano",

muy pequeño, de uno a dos centímetros de tamaño, de color leonado oscuro en estado fresco que se vuelve blanco cuando se seca. Su sombrerillo es en figura de campana.

El "Psilocibe zapotecorum" es el más grande. Su pie puede llegar a medir 20 cm. y su sombrerillo de 4 a 11 cm. Otras especies son el "Psilocibe aztecorum" que crece en las pendientes del Popocatepetl; el "Psilocibe mixaensis", llamado "El Jefe" por los mixes; el "Psilocibe jungensis", que crece en los bosques aledaños al río Santiago; etc.

Hofmann consiguió la identificación de la psilocibina y la psilocina. La primera tiene una estructura química parecida a la de la molécula del ácido D-lisérgico y se puede preparar sintéticamente.

Estos son los nombres con los que se identifican los hongos alucinógenos y sus usuarios dentro de la subcultura de la drogadicción: (39)

Hongos alucinógenos

1.- alucinantes	9.- honguiza	16.- tachuelas
2.- pajaritos	10.- honguín	17.- platillos
3.- derrumbe	11.- mushes	18.- paragüitas
4.- champiñones	12.- cananea mexicana	19.- periquitos
5.- San Isidro		20.- oreja de perro
6.- sombreros	13.- nanacotes	
7.- sombrillas	14.- tlacoyos	21.- carne
8.- hongos	15.- San José	

Usuarios

1.- en viaje	7.- en paz	12.- drogado
2.- alucinado	8.- chavo cham-	13.- nebuloso
3.- viajero	piñón	14.- transporta-
4.- chavo hongo	9.- honguero	do
5.- pasado	10.- honguear	15.- alivianado
6.- en amor	11.- en onda	16.- en órbita
		17.- enervado

»

Los investigadores J. Felay, Pichot y sus colaboradores conformaron el siguiente cuadro sobre los efectos de la psilocibina con base en ciertas constantes observadas en sujetos sometidos a experimentación: - "... tras una fase de latencia, que varía de algunos minutos a una hora, aparecen los primeros síntomas. El sujeto experimenta sensación de calor, malestar físico. Tiene que dejar de leer o sus ocupaciones, va espontáneamente a tenderse, quejándose de astenia o somnolencia. Nota entonces congestión facial, midriasis, bradicardia (ritmo muy lento de la contracción cardíaca), leves perturbaciones de la coordinación y el equilibrio, disminución de la actividad motriz y verbal. - Las perturbaciones se instalan más o menos rápidamente; la euforia domina habitualmente: satisfacción profunda, reposo, contento de sí. A esto se añade a veces una sobreexcitación ligera con locuacidad, risa loca, necesidad de movimientos. Pueden aparecer visiones coloreadas y movedizas; arabezcos, círculos luminosos, imágenes calidoscópicas que fascinan al sujeto y hacen mayor su bienestar. A estos trastornos se asocian perturbaciones de la conciencia de tipo oniroide, alteraciones de la percepción del tiempo vivido, una transformación del ambiente que se torna raro e ideal. El sujeto percibe modificaciones en su propio cuerpo.-

Asiste divertido o perplejo a una especie de juego cuyo actor sigue siendo él.

"Gracias a esos trastornos aparecen las intuiciones delirantes, las revelaciones inefables, las contemplaciones estáticas. El sujeto descubre un universo - inaccesible a los demás, el de las 'verdades fundamentales' y de la 'belleza pura'." (40) Fueron esta clase de experiencias las que ejercieron gran atracción entre la juventud en gran parte de las décadas de los 60's y 70's y cuyo significado veremos en la próxima sección.

La información que sigue también nos servirá para hacer algunas comparaciones interesantes entre lo que sucedía y sucede en las culturas tradicionales y lo que pasa en nuestra moderna cultura capitalista en relación con el uso de drogas. En torno a los hongos alucinógenos se desarrolló un culto en tiempos pasados. En la actualidad se pueden ver muestras de esas costumbres.

Fray Bernardino de Sahagún y Fray Toribio de Benavente nos proporcionan valiosa información al respecto. Fray Bernardino nos habla de la práctica de los chichimecas de fabricar una bebida embriagante con un hongo sagrado llamado "Teonanácatl", que significa "Carne de Dios", en donde se ve cierto paralelismo con la toma de una hostia. Motolinía incluso señala de manera directa que "con ese alimento amargo reciben en comunión a su dios cruel". (41) Se trataba de una práctica sacramental sancionada por la comunidad; es decir, el consumo de estos alucinógenos servía para integrar a la colectividad. Veremos después qué sucede en nuestros días con los alucinógenos sintéticos y otros tipos de drogas.

En la actualidad aún tienen vigencia los ágapes en forma de práctica ritual. El matrimonio Wasson y Ro

ger Heim, y René de Solier han investigado a María Sabina, de Huautla de Jiménez, Oaxaca.

El uso de los hongos alucinógenos en esas culturas tradicionales tiene otros objetivos además del que podríamos llamar místico-religioso. Entre los indígenas zapotecos el "menjak", curandero, en la ceremonia del hongo hace uso de las facultades adivinatorias que personalmente posee para establecer diagnósticos. Incluso parece que se pueden utilizar los hongos con fines maléficos.

D.- MARIHUANA

La marihuana o mariguana es una planta de la familia de las cannabáceas, del orden de las urticales, - variedad "Cannabis indica", clasificada en 1753 por Linneo, quien la llamó "Cannabis sativa".

La marihuana es la que más nombres tiene dentro de la subcultura de la drogadicción, así como sus consumidores. Estas son las listas respectivas, sin agotar todas las posibilidades (42):

Marihuana

1.- mota	8.- mora	15.- yerbabuena
2.- café	9.- toque	16.- mariquita
3.- grifa	10.- de la buena	17.- yesca
4.- yerba	11.- cannabis	18.- grass
5.- la verde	12.- pasto	19.- golden
6.- Juanita	13.- mari	20.- Mary Jane
7.- mostaza	14.- diosa verde	21.- oro verde

Marihuana
(Continuación)

22.- hoja verde	35.- Mary Popins	48.- cartucho
23.- pepita verde	36.- marinola	49.- rollo
24.- verdosa	37.- Jani	50.- flauta
25.- yerba verde	38.- petate	51.- pito
26.- monstruo verde	39.- coffee	52.- cáñamo
27.- yerba santa	40.- pot	53.- tronadora
28.- yerba de oro	41.- joint	54.- achicalada
29.- zacate	42.- cris	55.- orégano
30.- pastura	43.- chester	56.- mafufa
31.- alfalfa	44.- Jefferson	57.- chara
32.- María	45.- guato	58.- epazote
33.- Juana	46.- huato	59.- té
34.- Flor de Juana	47.- carrujo	60.- grilla

Usuarios

1.- grifo	15.- al punto	28.- moro
2.- marihuano	16.- tizo	29.- moreliano
3.- moto	17.- cruzado	30.- pasto
4.- pasado	18.- tronado	31.- cafetero
5.- motorolo	19.- colgado	32.- cafetol
6.- macizo	20.- yerbero	33.- verde
7.- pacheco	21.- marimoto	34.- mostachón
8.- en onda	22.- corredor de	35.- yesco
9.- drogado	motos	36.- grivo
10.- mafufa	23.- enmotado	37.- grijalvo
11.- atizado	24.- motado	38.- lelo
12.- tocado	25.- motardo	39.- grillo
13.- alivianado	26.- motigoso	40.- achicalado
14.- en viaje	27.- enyerbado	41.- quemador

Usuarios

(Continuación)

42.- quemado	49.- trole	56.- deserizado
43.- groovy	50.- chido	57.- aviador
44.- tizón	51.- guido	58.- elevado
45.- loco	52.- acelerado	59.- cizoma
46.- alocado	53.- conectado	60.- mazo
47.- huído	54.- entrado	
48.- ido	55.- pasadena	

Oriunda de la zona templada del Asia Central, la marihuana es, de las plantas que producen drogas psico-activas, la que más se ha propagado por el mundo.

Se disputa con el alcohol y con los hongos alucinógenos el honor de ser el primero de los enervantes - usados por el hombre. En el siglo octavo antes de nuestra era los asirios la llamaban "Quonoubou Qunnapu", - nombre que se deformó en lenguas de otros pueblos: "Quanneb" en hebreo, "Qunnab" en árabe. "Cannabis" es, con seguridad, el término latino correspondiente. La palabra "mariguana" viene del mexicano "potagua ya", que quiere decir planta de cáñamo.

Durante los períodos más calurosos de su temporada de crecimiento al pie femenino de la "cannabis" le exuda una resina pegajosa color oro. Esta exudación se da en las flores, aunque la resina también está contenida en las hojas y tallos adyacentes. En esta resina se encuentran los compuestos químicos a los que se atribuyen los efectos enervantes de la "cannabis". El principio activo más importante es la sustancia llamada tetrahydrocannabinol (THC).

"Bhang", "Ganja" y "Charas", nombres con resonancia oriental, más específicamente hindú, son términos que designan diferentes formas de preparación de la resina y las partes de la planta ricas en ella. Cada una de ellas tiene diferente grado de potencia y se usan para comparar las preparaciones que se elaboran y distribuyen en otras partes del mundo. El "ganja" y el "charas", pero sobre todo este último, son lo que se conoce como "hashish"; es donde más se concentra el tetrahidrocannabinol. Pero la forma más concentrada del THC es el aceite de "hashish", que se obtiene por un proceso de percolación del "hashish".

Aparte del THC la planta tiene más de 100 sustancias químicas que quizá tengan que ver con la diversidad de los efectos de la droga.

He aquí un poco de historia. Alrededor de 1895, T. B. Wood, W. T. N. Spivey y T. H. Easterfield, químicos de Cambridge, aislaron el cannabinol en los extractos de la planta y fue considerado como principio activo hasta el año de 1932 aproximadamente.

Otro investigador, R. S. Cahn, aisló nuevamente el cannabinol en 1932 y determinó su estructura molecular casi por completo. Cahn expresó sus dudas respecto a la actividad euforígena del cannabinol.

Un grupo de químicos de la Universidad de Illinois encabezados por R. Adams llegaron un poco más lejos: aislaron un nuevo componente, el cannabidiol, y en colaboración con farmacólogos del Colegio de Medicina de Cornell descubrieron que tanto el cannabinol como el cannabidiol son sustancias inactivas. Al continuar sus estudios descubrieron los tetrahidrocannabinoles euforígenos. El tetrahidrocannabinol es el cannabinol con cuatro átomos de hidrógeno añadidos en su molécula.

En una fecha tan remota como el año 2737 a. C., - aproximadamente, encontramos la primera descripción detallada sobre la "cannabis". Tal descripción la encontramos en un libro preparado por el emperador chino - Shen Nung. Parece ser que desde entonces se tenían - perspectivas completamente contradictorias sobre el consumo de la marihuana.

En la actualidad hay quienes atacan y quienes defienden el consumo de la marihuana.

EFECTOS EN EL ORGANISMO

Los cannabinoides, sustancias químicas que se encuentran en la marihuana, son solubles en las grasas y son absorbidos por los diferentes órganos que las contienen en abundancia; se eliminan del cuerpo de manera lenta. Se necesitan de 5 a 8 días para que el organismo elimine la mitad del THC de un sólo cigarrillo de marihuana; parece que el resto tarda más en ser eliminado. - En total el proceso se puede llevar un mes.

Sobre los daños que produce el consumo prolongado de marihuana no hay consenso general. Sin embargo, - creemos que es interesante tener en cuenta las siguientes relaciones entre la marihuana y ciertos trastornos, deducidas de algunas investigaciones. (43)

Alteraciones celulares.

Un grupo de investigadores del Centro Médico - Presbiteriano Columbia, en la ciudad de Nueva York, bajo la dirección del Dr. Gabriel Nahas, encontró pruebas de que el THC y otras sustancias de la planta de las - que se ignoraba el efecto, trastornan en el organismo -

la producción de ácido desoxirribonucleico (ADN). El ADN es el material genético encargado de la división celular y de la transmisión de las características hereditarias. Los cannabinoides actúan en la membrana que rodea la célula de los linfocitos (glóbulos blancos que determinan la producción de anticuerpos) impidiendo a esas células conseguir los materiales necesarios para formar proteínas y ácidos nucleicos, ADN. El fenómeno ha sido comprobado por otros tres grupos de investigadores. Las personas habituadas a fumar grandes cantidades de marihuana por tiempo muy prolongado produjeron 41% menos de células inmunes, los llamados linfocitos T, que los no fumadores.

En conclusión, la marihuana hace que disminuyan las defensas inmunológicas contra las enfermedades.

Alteraciones cromosómicas.

En el marco del VII Congreso Internacional de Farmacología celebrado en París en 1978 se organizaron en Reims unas jornadas sobre los efectos biológicos de la marihuana. En esas jornadas el Dr. Zimmerman, de Toronto, probó que el THC y el CBN (cannabinol) producían serias alteraciones en número y forma en el esperma de ratones, lo que hizo pensar que los cannabinoides, como los rayos X, pueden ser capaces de producir mutaciones en el gene.

En cuanto a estudios con humanos, hay uno realizado en 1973 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Utah por el Dr. Morton Stenchever y otros dos investigadores asociados. En tal estudio compararon fumadores y no fumadores de marihuana; el resultado fue que en más del 60% de los primeros había un aumento signifi

cativo de fragmentaciones cromosómicas. En los fumadores el promedio fué de 3.4 por cada 100 leucocitos; en cambio en los demás fué de 1.2 solamente.

Esterilidad masculina.

El Dr. Robert Kolodny que labora en la fundación de investigaciones de Biología Reproductiva, de San Luis, Missouri, ha comprobado que los niveles de testosterona, la principal hormona sexual masculina, son un 44% menores en la sangre de los que fuman marihuana cuatro veces por semana o más en comparación con quienes no acostumbran a hacerlo. En un 35% de los hombres que consumían marihuana bajó el recuento de espermatozoides hasta un grado, en varios casos, capaz de producir esterilidad.

Aumento del riesgo del cáncer.

En las jornadas que hemos mencionado, en Reims y en 1978, los biólogos Cecilia Leuchtenberger, del Instituto Suizo del Cáncer, y el Dr. Szepeswold dieron cuenta de una posible incidencia de acrecentamiento de las células cancerígenas en fumadores habituales de marihuana.

El Doctor Forrest Tennant, hijo, director del programa de drogas del Ejército de los Estados Unidos en Europa de 1968 a 1972, descubrió en las biopsias del pulmón de fumadores de hashish de 16 a veintitantos años de edad, un tipo de bronquitis aguda y cambios histológicos que ocurren en los viejos fumadores de cigarrillos, anormalidades que son del mismo tipo que las que se han relacionado con el cáncer pulmonar.

Deterioro cerebral.

En el simposio de Reims a que hemos hecho referencia, el Doctor Robert Heath, presidente del departamento de neurología y psiquiatría en la Facultad de Medicina de Tulane, informó de un experimento que realizó con monos rhesus, cuyo sistema límbico cerebral es muy similar al humano. Dió a fumar a un mono cierta cantidad de marihuana que le produjo en la sangre el mismo nivel de THC que el que produce a un humano un cigarrillo normal de hierba.

No sabemos qué tiempo duró el experimento, pero el resultado fué que se encontraron en las células cerebrales del sistema límbico de los monos notables alteraciones de su estructura; depósitos anormales de un material opaco en el interior del espacio sináptico y un ensanchamiento del mismo; un amontonamiento anormal de los sáculos en las terminaciones de las células nerviosas que contienen los neurotransmisores; y un significativo aumento de compuestos ajenos en los núcleos de las neuronas. Todos estos fenómenos son signos de daño del tejido cerebral. Se ve así afectada la facultad de la memoria, sobre todo la memoria reciente; los mensajes cerebrales tienden a transmitirse con mayor lentitud y hasta a interrumpirse; la capacidad de la atención se deteriora; etc.

La marihuana y la mujer.

Experimentos efectuados con monos rhesus, hembras, cuyo ciclo de 28 días es igual al humano, demostraron que el THC equivalente al humo de un carrujo suprime durante horas la producción de las dos hormonas esenciales para el control del ovario. Más significativo es que la dosis equivalente a lo que absorbe un fuma

dor normal de marihuana durante doce días provocaba perturbaciones graves en el ciclo.

También en experiencias con animales se ha demostrado que el THC pasa de la madre a la criatura a través de la circulación feto-placentaria y también después, - con la lactancia.

EFECTOS PSICOLÓGICOS

En la actualidad se maneja un término médico, - psiquiátrico y psicológico, el llamado "Desvarío Cannabínico", cuadro que incluye incapacidad de razonar lógicamente, tendencia a expresarse en un lenguaje plagado de lugares comunes y generalidades, pérdida temporal de la memoria y paranoia progresiva. Según el Psiquiatra Dr. Harvey Powelson la marihuana trastorna la percepción de la duración y la capacidad retentiva. Obviamente, se dan estos fenómenos en personas muy asiduas a la marihuana. De tal tipo de pacientes dice el Doctor Powelson: "No advertían que iban perdiendo eficiencia en actividades que requieren discernimiento, claridad de ideas, buena memoria y raciocinio. No comprendían que su patológica manera de pensar era cada vez más estereotipada y que se estaban volviendo paranoides. Los fumadores enviciados perdían la voluntad de hacer cualquier esfuerzo sostenido, y todos los aficionados a esta droga cedían a la tentación de las soluciones fáciles para sus problemas personales y los de la sociedad. Muchos de ellos, en su afán de euforia, pasaban a usar drogas peores todavía". (44) En el lenguaje de la "onda" para sintetizar el contenido de esta cita se dice que la "mota" "aplatana".

Es la capacidad enajenante de la marihuana la que ha sido empleada por los intereses de las clases do

minantes con fines mediatizadores. Durante la guerra de Viet-Nam se consumió la marihuana en grandes cantidades entre los soldados norteamericanos. La droga era conseguida por el ejército norteamericano en el estado de Guerrero a cambio de armamento. Se traficaba con ella y se obtenía beneficio económico; pero además sus efectos servían para vencer el temor a entrar en combate y, lo que es más importante, servía para nulificar el sentido crítico de los soldados en relación a la misma guerra. La guerra de Viet-Nam fué cuestionada por gran parte del pueblo de los Estados Unidos e incluso dentro del ejército. Fué considerada como guerra de agresión y beneficiadora del capital fabricante de armamento.

El consumo de drogas en México curiosamente aumentó a partir de 1968, especialmente entre los jóvenes de secundaria y preparatoria. En ese momento el estudiantado era casi el único sector de la población que manifestaba inquietudes y oposición al poder dominante. La misma policía distribuía marihuana entre los cuadros dirigentes del movimiento estudiantil a nivel superior.

Por otros medios en cierta forma más sutiles y a la vez más abiertos se difundió el consumo de drogas, sobre todo la marihuana. Se aprovecharon los medios de información masiva, las modas y corrientes musicales, la necesidad de los jóvenes de identificarse e imitar a determinadas figuras del cine, la música, el arte, etc.

GRUPO 5

SOLVENTES

El Doctor Ramiro A. Gutiérrez Flores nos ofrece la definición de los solventes industriales:

"En el sentido más general, el término "solvente industrial" se refiere a los productos orgánicos líquidos, de importancia comercial, con propiedades para disolver o dispersar sustancias de naturaleza orgánica, naturales o sintéticas, normalmente insolubles en agua. Tienen desde luego muy variadas aplicaciones, si bien resultan primordiales dos propósitos: hacer una solución y aplicar recubrimientos.

En la mayoría de los casos el término 'solvente' se refiere a sustancias empleadas para disolver materiales resinosos en las industrias de los adhesivos, recubrimientos orgánicos y tintas de impresión". (45)

Los solventes se clasifican de la siguiente manera:

A.- Hidrocarburos alifáticos.

Son derivados del petróleo. Como compuestos aislados los más empleados son el hexano y el heptano. También se usan frecuentemente fracciones del petróleo, como queroseno, espíritus del petróleo y naftas. Se aplican como diluyentes en formulaciones solventes en la industria de los recubrimientos y en la de los adhesivos. Son de baja toxicidad, aunque de acción narcótica, convulsiva e irritante.

B.- Hidrocarburos aromáticos.

Son diluyentes derivados del alquitrán de hulla y del petróleo. A este grupo pertenece el benceno, el tolueno y los xilenos, que son los más usados como compuestos aislados. Su toxicidad es más evidente en el benceno.

C.- Hidrocarburos terpénicos.

Son resultado de la destilación de resinas naturales exudadas por las coníferas. Tienen aplicaciones similares a las de los alifáticos y aromáticos, pero son menos tóxicos. Son irritantes y depresores del SNC.

D.- Hidrocarburos clorados.

Son productos petroquímicos; buenos solventes de los hules naturales y sintéticos. Son muy tóxicos y actúan como anestésicos y como depresores del SNC.

E.- Nitroparafinas.

Productos petroquímicos que se utilizan en la industria de los recubrimientos y de los adhesivos. Son muy tóxicos y actúan como irritantes del tracto respiratorio, ojos y piel.

F.- Cetonas.

Productos petroquímicos que se utilizan como solventes activos de resinas vinílicas, acrílicas y éteres de la celulosa. Resultan bastante narcóticos, así como fuertes estimulantes del centro respiratorio.

G.- Alcoholes.

Productos de la industria petroquímica, aunque el etanol también se obtiene a través de la fermentación. Tienen acción narcótica y anestésica.

H.- Eteres.

Productos de la petroquímica. Son solventes activos. Comercialmente se conocen como celosolves y carbotoles. Tóxicos. Su acción sobre la sangre y el riñón es notoria.

I.- Esteres.

Proceden de la petroquímica y son empleados como solventes activos en la industria de los recubrimientos orgánicos; su toxicidad varía de moderada a alta por la diversidad de compuestos que los integran. Su acción también es variable; desde moderadamente anestésica hasta fuertemente irritante.

Después de la marihuana, los solventes y sus usuarios son los que más nombres tienen en el lenguaje de la subcultura de la drogadicción. He aquí las listas respectivas sin agotar todas las posibilidades. - (46)

Solventes

1.- flexo	11.- chemo	21.- laca
2.- cemento	12.- mento	22.- sellador
3.- pasta	13.- miel	23.- gasolina
4.- FZ 10	14.- flan	24.- pegol
5.- thinner	15.- nestlé	25.- duco
6.- aguarrás	16.- toque	26.- flexón
7.- elevón	17.- resistol	27.- cemen "C"
8.- pomo	18.- cementerio	28.- vitamina "C"
9.- chucho	19.- aspiradora	29.- cementazo
10.- cruz azul	20.- barniz	30.- cimienta

Solventes
(Continuación)

31.- mentón	36.- pochola	41.- goma
32.- mentol	37.- choper	42.- mostaza
33.- chemón	38.- chancho	43.- atole
34.- chol	39.- chuchazo	44.- chicle
35.- alcohol	40.- huarachosa	45.- bolsazo

Usuarios

1.- cementero	16.- encementado	31.- chavo tolteca
2.- cemento	17.- cementerio	32.- globero
3.- tineroso	18.- mento	33.- onda globo
4.- pasado	19.- gasolino	34.- infla globos
5.- grifo	20.- gasofo	35.- inflamado
6.- flexo	21.- tinero	36.- flamero
7.- moto	22.- vaporoso	37.- soplador
8.- viajar	23.- tinaco	38.- aspiradora
9.- onda cemen to	24.- flexeando	39.- aspirante
10.- drogado	25.- flexista	40.- sorbeando
11.- acelerado	26.- fleis	41.- sorbete
12.- macizo	27.- flexómano	42.- oxigenarse
13.- tocado	28.- anda flexo	43.- dormido
14.- zapatero	29.- onda flexo	44.- lagrimoso
15.- cemental	30.- chavo cruz azul	45.- colgado

FORMAS DE INHALACION

La técnica más común que utilizan los usuarios de los solventes para inhalarlos es la siguiente. Va--

cían el "cemento", por ejemplo, en una bolsa de plástico y se la acomodan de tal modo que se puedan aspirar - las emanaciones por la boca y por la nariz. Casi siempre le "dan el golpe", es decir aspiran fuerte y profundamente para que las emanaciones penetren más a fondo y más rápido en los pulmones. Esta práctica presenta riesgos extras para el consumidor aparte del daño causado por los productos químicos. Pueden resultar daños cerebrales si se produce una situación de insuficiencia respiratoria.

Hay quienes inhalan el "cemento" directamente - del recipiente. También se puede mojar un trapo o un pedazo de estopa con tñner que se aplica luego a la nariz para olfatear las emanaciones.

Otros productos menos populares que el tñner y - el "cemento" son el barniz para uñas que usan las damas, algunos aerosoles, la gasolina, etc. Las emanaciones - que se desprenden cuando se aplica pintura automotriz - con pistola de aire también pueden ser clasificadas en esta categoría.

EFFECTOS

Existen semejanzas en muchos aspectos clínicos - entre los efectos producidos por los solventes y los - que producen los sedantes y el alcohol, sobre todo cuando la inhalación ha sido considerable. En pequeñas dosis crean un estado de inquietud y euforia.

Los síntomas y signos más frecuentes en la intoxicación aguda por volátiles inhalables son los siguientes: (47)

1.- Lenguaje incoherente	11.- Irritación de las membranas mucosas (estornudos, tos, náuseas y diarrea).
2.- Desorientación	12.- Dificultad para la concentración muscular
3.- Excitación inicial	13.- Taquisfigmia (pulso rápido)
4.- Dificultad para la concentración	14.- Delirio
5.- Percepción y juicio menoscabados	15.- Alucinaciones
6.- Conducta errática	16.- Convulsiones
7.- Zumbido de oídos	17.- Inconsciencia
8.- Estupor posterior a la excitación	18.- Muerte
9.- Midriasis	
10.- Diplopia	

En cuanto a los signos y síntomas más frecuentes en el uso crónico de volátiles inhalables, esta es la lista:

1.- Halitosis	5.- Pérdida de peso
2.- Fatiga	6.- Temblor
3.- Depresión	7.- Trastornos de memoria
4.- Hiporexia	8.- Irritación de la piel y el sistema respiratorio

El cuadro se agrava si consideramos las complicaciones por el uso frecuente y prolongado de tales productos:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1.- Depresión de la médula ósea | 5.- Degeneración de los nervios ópticos |
| 2.- Degeneración cerebelosa | 7.- Congestión pulmonar y hemorragia |
| 3.- Daño hepático y renal | 8.- Muerte por sofocación. |
| 4.- Neuritis periférica | |
| 5.- Trastornos del ritmo cardíaco. | |

Los signos y síntomas en el síndrome de abstinencia por volátiles inhalables son los siguientes:

- | | |
|-------------------|--------------------------------------|
| 1.- Excitabilidad | 4.- Cefalea |
| 2.- Inquietud | 5.- Dolores abdominales y musculares |
| 3.- Ansiedad | |

Los solventes producen alucinaciones muy variadas. Hay quienes ven "platillos voladores", "naves extraterrestres", "marcianos", etc. Algunos niños dicen que ven a la Virgen o a los santos, a parientes difuntos, etc.

Las visiones de pesadilla también son frecuentes. Un joven de 16 años de edad nos contó su experiencia de haber visto al "diablo". Cuando nos narró el hecho experimentó aprehensión, inquietud y temor como si de nuevo estuviera experimentando tal acontecimiento. Nos describió cierto estereotipo de la idea que popularmente se tiene del "diablo": un hombre con cuernos, patas de cabra, cola larga terminada en punta y con expresión facial perversa y a veces airada. El contenido de las alucinaciones es un material muy rico para la aplicación de la psicología profunda.

Por otro lado, nos interesa hacer más un análisis de tipo sociológico sobre el significado de las alucinaciones. Los solventes son la droga de los pobres, de las capas más bajas del proletariado y del ejército industrial de reserva. Su precio es bajo y son de fácil adquisición; pero además su uso desempeña funciones muy importantes.

El uso de los solventes constituye una forma de aislarse de la realidad, de evadirse; de acceder a etapas anteriores del desarrollo personal, incluso a etapas fetales; de realizar por medio de la fantasía más libre deseos que la realidad frustra.

Un ejemplo. En las alucinaciones que nos cuenta un joven de 15 años frecuentemente aparece el tema de la comida. "Me imagino que estoy comiendo pollo", nos dice, "o bisté". Es hijo de padres separados y vive con su mamá, quien tiene que trabajar como sirvienta para sostener el hogar. Tiene cuatro hermanos; todos viven en dos cuartos pequeños de una vecindad. Cuentan con pocos muebles y cada uno de los integrantes de la familia posee sólo unas cuantas prendas de ropa. Su alimentación es raquítica. Por las condiciones en que viven se exponen a atrapar enfermedades de las vías respiratorias, estomacales, etc. El uso de los solventes le sirve a este adolescente para evadirse de la situación que hemos descrito. Como hemos dicho, por medio de la droga realiza su deseo de satisfacer el hambre: se imagina a sí mismo comiendo ricos manjares. También tiene alucinaciones en las que se siente poderoso, fuerte y con la capacidad de volar. Este caso ejemplifica muchos otros que personalmente conocemos y todos pertenecen a las clases más bajas del proletariado o al ejército industrial de reserva.

CAPITULO III

MOMENTO HISTORICO Y USO DE DROGAS

Es muy común en la mayoría de los estudios sobre el uso de drogas presentar este fenómeno como un hecho fuera de la historia y concretarse a exponer información médica, psicológica, jurídica, etc., fuera de un contexto histórico-sociológico.

Importa mucho la significación cultural del consumo de drogas en determinadas culturas y en determinados momentos históricos. Las diferencias son muy significativas por lo que revelan en relación a las situaciones específicas en que se dan.

Villagómez y Sánchez manejan dos concepciones histórico-culturales distintas en torno a las drogas y su consumo a las cuales denominan genéricamente mítica a una y científico-burguesa a la otra. He aquí la diferencia fundamental que se establece entre las dos: "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".(1) Una comparación más detallada y más completa nos dará más luz al respecto.

La concepción mítica típica es la concepción que sustentaban las comunidades arcaicas mucho antes del advenimiento de la sociedad capitalista, pero este tipo de comunidades subsisten en la actualidad incluso en muchas regiones de nuestro país.

El ritual chamanístico es la situación clásica para consumir las plantas alucinógenas. El chamanismo es toda forma de religión en la que la divinidad entra en comunicación con los hombres por mediación de personas extáticas o de posesos. Este ritual se extiende por toda la tierra en el espacio y en el tiempo. Sabemos que ha estado y está presente en Asia, Africa, América, el Caribe, etc. Se sostiene que algo muy semejante a las religiones chamanistas de los cazadores "modernos" ya se hallaba presente entre los neanderthales de Europa y Asia hace más de 50 000 años.

Figura central de la religión chamanista lógicamente lo es la figura del chamán con toda su personalidad y su privativa experiencia estática. Es muy descriptiva y muy significativa la etimología: proviene de la lengua de la tribu tungus de Siberia y significa "hombre o 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". (2)

La posición del chamán dentro de su sociedad es de la más alta jerarquía debido a la función social que desempeña. Veamos, cuales son sus características:

"...edivino, visionario, mago, poeta, cantante, artista, profeta de la cacería y del clima, preservador de las tradiciones y curandero de enfermedades corporales y espirituales. Con espíritus ayudantes o familiares, el chamán es predominante

mente el guardián del equilibrio físico y psíquico del grupo, por el que intercede en las confrontaciones personales con las fuerzas sobrenaturales del supermundo y del submundo, pues él se ha instruido en esa geografía mística a través de sus crisis de iniciación, entrenamiento y trance extático. A menudo, aunque no siempre y en todas partes, el sueño extático del chamán ha implicado el uso de alguna planta sagrada alucinógena, con la creencia de que contiene un sobrenatural poder transformador en y por encima de la fuerza vital o 'sustancia' del alma, que en los sistemas religiosos animistas chamanistas habita en todos los fenómenos naturales, incluyendo aquellos que nosotros clasificaríamos como inanimados". (3)

Del texto anterior interesa destacar el papel del chamán como guardián y preservador del equilibrio físico y psíquico del grupo por su papel tan variado, complejo y fundamental. Un medio importante para desempeñar sus funciones lo son las plantas alucinógenas, aunque se podía y se puede acceder a estados de éxtasis por otros medios: el ayuno, el padecimiento de sed, la tortura, distintos tipos de actividad rítmica, la danza, etc.

En nuestra época los chamanes de algunas regiones de nuestro país reciben el nombre más común de "brujos", término que les ha sido adjudicado por individuos que no pertenecen a su cultura. Pero en esos pueblos tradicionales "brujo" realmente significa "hombre de conocimiento" o "el que sabe".

La atmósfera que permeaba las comunidades en donde se daba y se da esta práctica del chamanismo es de tipo mágico, en oposición a la perspectiva científica. Para hacernos una idea de esto he aquí una cita que des

cribe muchas ideas y conceptos comunes a las religiones del Nuevo Mundo aborigen y a las religiones de los pobladores del continente asiático, de donde vinieron los primeros grupos que habitaron América. Es la descripción de un sistema de creencias que incluye conceptos tales como:

"el alma ósea del hombre y del animal y la restitución de la vida a partir de los huesos; todos los fenómenos en el medio son vistos como animados; separabilidad del alma del cuerpo durante la vida...; la experiencia extática, iniciática, especialmente de chamanes y la 'vocación a la enfermedad' de éstos; causas sobrenaturales y curas de la enfermedad; distintos niveles del universo con sus respectivos espíritus gobernantes;... espíritus animales que ayudan, alter egos y guardianes; maestros sobrenaturales y señoras de animales y plantas; adquisición de poder 'medicinal' o sobrenatural por medio de una fuente externa". (4)

Las plantas que se han empleado en las culturas ancestrales como medios para acceder a los estados de conciencia referidos son, entre otras, las siguientes, cuyo uso sigue teniendo vigencia entre los pueblos tradicionales: "Rivea Corymbosa" e "Ipomea violacea", que son dos variedades denominadas por los indígenas prehispánicos "ololiuquis", pero que con la penetración del cristianismo recibieron el nombre de "Manto de la Virgen" o "Gloria de la Mañana", etc. (A propósito, la molécula activa del "ololiuqui" es vecina del LSD). Otros productos naturales son los hongos alucinógenos y el peyote, de los cuales nos hemos ocupado ya. Baste decir aquí que las plantas con efectos alucinógenos tienen dentro de la concepción mítica un sentido sagrado y constituyen un regalo o un castigo de los dioses con poderes curativos sobrenaturales, etc.

Algo parecido sucede con la planta de coca. Ya hemos visto que hay varias leyendas sobre el origen de este árbol. He aquí una más. Para los incas la introducción de la coca era debida a los hijos del Sol, Manco Capac, fundador mítico del imperio Inca, y Mama Oclo, su hermana y esposa. Un historiador del siglo XVI, José Acosta, nos dice que "los señores incas usaban de la coca como de cosa regia y apetitosa, y era lo que más ofrecían en sus sacrificios quemándola en honra de sus dioses". (5)

Entre los mexicanos se consumía el pulque, bebida alcohólica cuyo uso estaba inscrito en un contexto mágico-religioso; su preparación era ritual y era presentado como ofrenda a los dioses. Su papel era múltiple: - era considerado medicamento, fuente de energía para las labores pesadas, un medio para obtener placer en vivir en esta tierra y para que el hombre loara a sus dioses, cantara y bailara. Debido a sus efectos negativos también era visto como nefasto y su consumo fué objeto de una reglamentación muy elaborada. Había tres tipos de embriaguez: la ritual o "tlahuana"; la fatal, "ometochui", privativa de quienes habían nacido bajo el signo de Ometochtli o de los dos conejos y por esta razón destinados a tener un gusto especial por la embriaguez; y una embriaguez reprobada asociada a las ideas de exceso y transgresión (macuilloctli) o de desorden (tochyauh, -tochtilia), que llamaban "el quinto pulque". (6)

Comparemos las formas de uso y los propósitos - con los que se emplean las plantas alucinógenas en las culturas tradicionales por un lado, y los productos químicos alucinógenos (LSD, etc.) en las culturas urbanas - modernas por el otro.

En el primer caso las plantas son consideradas - en sí mismas como seres vivientes con atributos sobrena

turales y la facultad que tienen de permitir la irrupción a otros planos es considerada esencial para el individuo y la comunidad. Tienen además un papel muy importante: ayudan a determinar la historia de la cultura. El individuo que experimenta por primera vez con estas sustancias confirma por sí mismo la validez de las tradiciones orales que ha escuchado narrar a sus mayores, así se integra más a su cultura. Estos productos vegetales sirven a fin de cuentas para cohesionar la cultura y para integrar al individuo dentro de la misma.

En cambio en el segundo caso el consumo de los alucinógenos señalados constituye más bien un intento de evadirse del medio cultural. Gran cantidad de consumidores de tales productos los emplean como un medio de búsqueda en el interior de sí mismos de lo que les niega la realidad.

En nuestra cultura urbana moderna existen sustancias que facilitan la integración del individuo al medio social, pero esta integración es negativa y quizá no se deba hablar de integración sino de lo opuesto. Veamos un marco más amplio para comprender este y otros fenómenos.

En la concepción científico-burguesa no está presente el pensamiento mágico-religioso del que hemos hablado en torno a las drogas y su consumo. Ahora se habla de sustancia química, dependencia física y psíquica, tolerancia, etc. Estos términos igual que el de droga mismo es de relativamente reciente creación. En ese sentido el asunto se ha demitificado, pero se han creado nuevos mitos en torno al mismo, mitos que favorecen a la clase dominante. Por ejemplo, que la toxicomanía afecta por igual a todas las clases sociales. Quien se ve más afectado por el problema es el proletariado y el

ejército industrial de reserva.

Ahora las drogas son mercancías ya sea de producción, distribución y consumo legal o ilegal. Drogas legales son el alcohol, las medicinas de patente (psicofármacos), el tabaco, etc. Drogas ilegales son la marihuana, la cocaína, el opio y sus derivados, etc. En la determinación de la legalidad o ilegalidad de estas drogas-mercancías intervienen factores políticos, económicos y sociales. Veamos el caso del alcohol.

El alcohol, que es una droga lícita, es altamente dañina por sus efectos en el organismo y la psique del consumidor excesivo, según lo hemos visto. Puede incluso llegar a ocasionar la muerte por el daño orgánico que produce. Además se encuentra asociado a accidentes y hechos de violencia y tiene otra serie de consecuencias negativas, sociales, familiares y económicas.

Cerca del 85% de los casos de cirrosis en México tienen un fondo de alcoholismo y desnutrición. Kumata et al. señalan que la cirrosis hepática es la tercera causa más importante de muerte entre los mexicanos de 25 a 44 años de edad y ocupa el cuarto lugar en el grupo de 45 a 64 años. Pero si se toma en cuenta exclusivamente a los hombres de entre 25 y 54 años de edad, la cirrosis aparece como la causa número 1 de muerte. (7)

Otros datos estadísticos: el alcoholismo ocupa el cuarto lugar entre las causas de accidentes y se encuentra presente en el 23.8% de actos delictivos, el 51% de actos de violencia, etc. (8)

A pesar de lo señalado el alcohol es una droga legal y por todos los medios posibles se trata de incrementar su consumo. Es que en torno a él giran podero-

sos intereses económicos y toda una serie de valores - culturales y hasta folklóricos. Al respecto veamos un texto interesante:

"Había una vez un país que tenía 150 000 cantinas por sólo 50 000 escuelas, en las que las canciones hablaban de tequila, borracheras y borrachos, donde se consideraba muy hombre a quien más tomara y cuya televisión ofrecía una invitación a beber cada nueve minutos. ¿De qué país se trata?, ... Usted lo sabe. Nuestro México lindo y querido cuenta con más de 15 000 000 de habitantes de todas las esferas sociales que, con pulque, cerveza o barcadí, 'agarran la jarra', 'empinan el codo', o buscan el 'momento dorado', para después sufrir serios trastornos que ponen en peligro su empleo, su familia y, en ocasiones, hasta su vida". (9)

La venta de bebidas alcohólicas deja utilidades por miles de millones de pesos.

Lo mismo sucede en el caso de los cigarrillos, - el café y los productos químicos depresores y estimulantes como los barbitúricos, los tranquilizantes, las anfetaminas, etc.

La cocaína es una droga ilegal y su tráfico produce una plusvalía increíble al capital. El país donde más se consume son los Estados Unidos, a donde es llevada desde Colombia. Un kilo de cocaína al 90% de pureza cuesta 20 000 dólares adquirida en Bogotá; transportado a Nueva York ese mismo kilo vale 60 000 dólares. Ahí - sufre todo un proceso de adulteración con diversas sustancias (lactosa, anfetaminas, procaína) hasta que el producto queda rebajado al 12% de cocaína pura y el kilo ha llegado a valer 500 000 dólares o más. Por eso -

en torno a la cocaínomanía hay una verdadera red hampónil en donde se incluyen el asesinato y la corrupción política y administrativa.

No cualquier persona puede consumir la cocaína - debido al costo que tiene, sobre todo en países como el nuestro. En realidad se puede decir que hay drogas para las diferentes clases sociales. Los pudientes consumen la cocaína y otras drogas de alto precio; los niños de familias proletarias inhalan solventes que son de fácil adquisición y precio muy bajo. El alcohol se consume en todas las clases sociales, aunque el consumo de las bebidas alcohólicas específicas (hacemos referencia al tipo de bebida, al precio y la marca) depende de la ubicación del consumidor en la escala social, sus recursos económicos, etc. Y sabemos que esto lo determina - en gran medida la ubicación personal en el proceso de la producción.

Por otro lado, la sociedad actual es propicia para que se desarrolle la farmacotimia, enfermedad que - consiste en el deseo de ingerir drogas provocado por un estado de depresión que se caracteriza por una gran tensión penosa y un alto grado de intolerancia al dolor. - Ante esto el interés de la persona se centra en la necesidad de alivio, y si encuentra alivio en la droga se halla predispuesto a sus efectos.

Hemos visto que las drogas son una mercancía; - ahora bien, creemos que debemos examinar aunque sea brevemente la relación opuesta: la función de droga que - tienen las mercancías y los recursos que se emplean para impulsar sus ventas.

La religión, el arte y los narcóticos se cuentan entre las satisfacciones sustitutivas del hombre, como

una compensación contra las negativas de la vida real - de acuerdo a Michael Schneider; pero cada vez más, la euforia de la mercancía ha estado desplazando a la euforia religiosa, artística y narcótica. (10) Cada vez se difunde de manera implícita el principio de la sociedad de consumo: "sea feliz adquiriendo mercancías". Pero, como veremos más adelante, esta promesa no se cumple.

¿Cómo se produce la euforia de la mercancía? Un mecanismo fundamental radica en la forma como los fabricantes presentan sus productos, de tal manera que el "vestido" cuenta más que lo que está contenido en él. Los envases, los empaques y las etiquetas son elaborados meticulosamente, de tal manera que atraigan la atención del comprador y lo inciten a consumir. Así, se diseñan los colores adecuados para cada producto específico. En Chicago existe un instituto dedicado a la investigación de los efectos de los colores, que se especializa en el diseño de envases con efectos profundos y únicamente permite salir al mercado los envases que han pasado por una serie de experimentos científicos en donde se detecta si éstos son capaces de atraer la mirada de los clientes. En estos experimentos se emplea el pupímetro, una máquina que mide la pupila sometida a estímulos.

La publicidad cuenta con muchos recursos para anular la capacidad de crítica del público consumidor y hacer que efectúe compras impulsivas. Uno de esos recursos es la presentación estética de las mercancías que ya hemos mencionado, presentación que a fin de cuentas puede llegar a costar más cara al comprador que la mercancía misma y cuyo valor de uso es prácticamente nulo.

Los publicistas también intentan agudizar su fuerza verbal para someter a los clientes. Un ejemplo de esto es el empleo de la sicolingüística, disciplina que estudia el significado profundo de las palabras, y el de una especialidad llamada segmentación sicográfica. Empleando esta técnica se crean productos y se presentan explotando las necesidades profundas de los consumidores. Los nombres de estos productos se obtienen recurriendo a asociaciones de ideas que son inconscientes para los compradores.

En los supermercados la gente puede contemplar cantidades enormes de mercancía y así se siente libre para elegir, pero esta libertad es ilusoria en gran medida, ya que como hemos visto la publicidad y la mercadotecnia en general poseen el control de los reflejos del comprador.

Vance Packard publicó en 1957 un libro llamado "Las formas ocultas de la persuasión" en donde describe los juegos de los publicistas. En esta obra Packard expone el asombroso arsenal de armas de persuasión que emplea la publicidad y la mercadotecnia. De acuerdo a Packard el Eldorado del supermercado pone a los compradores, sobre todo a las amas de casa, en un estado de trance, equivalente al primer estadio de la hipnosis.

(11)

Mucha gente, cuando se encuentra deprimida si tiene posibilidades recurre al expediente de comprar una mercancía llamativa, que "elige" de la gama de productos que la publicidad le ha puesto en la mente sugiriéndole que trae la felicidad y cuyo atractivo viene a incrementar la presentación estética de la misma. Y la compra de la mercancía le produce una sensación de euforia; pero aquí pasa lo mismo que con las drogas: esta -

euforia sólo es momentánea y luego viene el sentimiento de decepción de tipo depresivo que con el tiempo refuerza el mismo mecanismo: el deseo de consumir.

Dentro de la sociedad de consumo el hombre es en gran medida dependiente de las mercancías, de acuerdo a las características que hemos mencionado. La toxicomanía constituye en este contexto sólo una enfermedad - más, el extremo dentro de las enfermedades que promueve la sociedad de mercancías del capitalismo tardío. "La euforia del hachís, el LSD y las drogas, cada vez más - extendida entre los consumidores juveniles, es la expresión extrema del 'estado hipnoide' (Vance Packard) en - 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 nicotina, 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 mercancías se encuentra en el capitalismo tardío como en un - viaje sonámbulo, que termina en las cajas prosaicas de los grandes almacenes". (12)

Hemos dicho que actualmente existen sustancias - que facilitan la integración del individuo al medio social. Veremos si se trata de una integración o de otro fenómeno.

Una de las características del movimiento hippie fue el consumo de drogas. A partir de entonces se masificó el uso de drogas entre la juventud en muchos países del mundo; esto fue algo patente. Lo que no es tan conocido es que el consumo de fármacos se dio también a escala significativa en otros sectores de la población,

especialmente entre los trabajadores, sobre todo en los países altamente industrializados, obreros sometidos a duras jornadas de trabajo "maquinizado", como resultado de los métodos derivados de la teoría de la organización científica del trabajo. Las drogas que consumen estos obreros son productos químico-farmacéuticos que constituyen mercancías cuya producción y venta es un negocio altamente rentable. El beneficio para el capital en realidad es múltiple: económico, social y político.- De acuerdo a Michael Schneider:

"el enorme aumento del consumo de psicofármacos no se debe tanto a las 'manías de moda' de una juventud psicodélica 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 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 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". (13)

SEGUNDA PARTE

CAPITULO IV

LA DROGADICCION EN IRAPUATO, GTO.

SUBCULTURA DE LA DROGADICCION

En esta parte frecuentemente emplearemos un lenguaje llano, no muy elaborado, y haremos uso de formas - de expresión y términos propios de lo que se llama "sub cultura de la drogadicción". Y empezaremos por hablar de tal concepto.

Si hablamos de subcultura necesariamente tenemos que hablar de lo que es la cultura y de algunos conceptos relacionados. Sociológicamente el concepto de cultura va íntimamente ligado con el concepto de "lo social", o dicho de otra forma hay una relación estrecha entre cultura y sociedad. De manera general una sociedad es un grupo de personas que viven en comunidad durante cierto tiempo, ocupan un territorio y están organizados como una unidad social distinta de otros grupos. Los miembros de una sociedad necesariamente comparten una cultura, de tal modo que es imposible que una cultura y una sociedad existan separadamente. Aparte, hay otra significación según la cual algunos miembros de la sociedad tienen cultura y otros no, y los que no la tienen son a veces objeto de desprecio. Pero repetimos, -

desde el punto de vista sociológico todos los seres humanos adultos y normales tienen cultura.

Un diccionario enciclopédico nos da las siguientes acepciones del término "cultura": 1. Desarrollo o mejoramiento de las facultades físicas, intelectuales o morales, mediante la educación; luchar por la cultura - (incluso se habla de cultura física o fisococulturismo); 2. Resultado o efecto de cultivar los conocimientos: - persona de gran cultura; 3. Fondo o acervo de la civilización en determinado lugar o período: la cultura griega; 4. Conjunto de ideas, habilidades y costumbres que ha ido adquiriendo un grupo humano y transmitiendo de generación en generación: culturas primitivas. (1)

Usualmente se sostienen las tres primeras acepciones que hemos mencionado como definitorias de "cultura" o "la cultura". Nosotros apreciamos que la cuarta acepción es la que expresa el sentido sociológico o antropológico del término que tratamos.

Elementos materiales y no materiales están incluidos en la cultura. Ejemplos de los segundos son las palabras que emplea la gente, las teorías científicas, las ideas, los valores y costumbres que sustenta y los hábitos que ha adquirido. Elementos materiales de la cultura son los objetos que el hombre fabrica.

La facultad humana de la comunicación simbólica, altamente desarrollada, facilita la adquisición de la cultura y posibilita su transmisión de una generación a otra. Esta habilidad o capacidad diferencia de una manera definitiva al hombre de los animales.

Los seres humanos se comunican mediante símbolos de tres maneras básicas: 1.- el lenguaje hablado, o sea

patrones de sonido con significación, que facilita la enseñanza y la comunicación; 2.- el lenguaje escrito, el registro gráfico del lenguaje hablado, que permite la conservación del aprendizaje y del legado cultural; y 3.- el lenguaje corporal, el intercambio de mensajes a través de gestos, actitudes corporales y ademanes. (2)

Toda sociedad tiene sus normas culturales, las cuales son patrones establecidos de lo que el grupo espera o acepta en cuanto a pensamiento o conducta. A determinadas normas culturales corresponden determinadas conductas resultantes. Las normas culturales adoptan diferentes formas concretas. Por ejemplo: 1.- los valores, que son sentimientos enraizados en los miembros de una sociedad, que señalan las pautas de acción y comportamiento de los individuos; 2.- las tradiciones, que son las formas acostumbradas y usuales de actuar dentro de una sociedad; y 3.- las costumbres, que de acuerdo a Cohen, contienen implicaciones significativas acerca de lo correcto e incorrecto para una sociedad. (3) Cohen además expresa que "las costumbres de una sociedad a menudo están incorporadas a su sistema legal y a sus enseñanzas religiosas. Las leyes constituyen costumbres de especial significación, formalizadas a través de reglas. Quienes quebrantan estas reglas se ven amenazados por el castigo legal". (4) Esta información es muy interesante; pero es preciso someterla a un análisis crítico mínimo. Por ejemplo en relación a quién determina los valores de la sociedad, qué intereses son favorecidos por la determinación de lo arbitrario jurídico, etc. Nos ocuparemos de este asunto un poco más adelante.

Dentro de este marco relativamente general ubiquemos ahora la subcultura. Se define como una cultura propia de unos grupos, generalmente pequeños, que viven dentro de una sociedad y de su cultura general,-

pero que no participan plenamente de esa "cultura estándar", debido en parte a su propia subcultura y en parte a unas características sociales específicas del grupo.

Debemos hacer hincapié en que no se usa el término "subcultura" en un sentido despectivo. El prefijo "sub" puede transmitir un sentido peyorativo; no es este el caso aquí. La subcultura no es una cultura de dudoso valor, sino una cultura especial que vive dentro de una cultura "normal" más amplia de la que recibe de alguna forma la influencia y sobre la cual también influye de algún modo. Es muy fácil entender esto si hablamos de la subcultura de los jóvenes o de los adolescentes, que se manifiesta por el tipo de ropa que usan, la música que oyen, su lenguaje, sus aficiones y pasatiempos, etc. Todo esto se da abiertamente y es muy común. También existen las subculturas de las profesiones con su jerga especializada, sus valores, etc. Pero si hablamos de la subcultura de la drogadicción es fácil que al término "subcultura" le captemos un rasgo negativo o de menosprecio.

En la producción de este hecho intervienen varios factores: el prejuicio, informaciones objetivas y la influencia de la ideología. Cuando no era tan común el uso de la cannabis el término "marihuano" era casi sinónimo de degenerado o criminal. Por otro lado, sí es cierto que hay alguna relación entre el consumo de drogas y algunos hechos delictivos, relación que se acentúa en determinadas situaciones de tensión social. Pero además interviene la influencia de la ideología.

La subcultura de la drogadicción y la cultura popular en general son consideradas como algo inferior en relación con la cultura "oficial", y la subcultura de la drogadicción en particular es vista con menosprecio. Esto se explica porque quien determina los valores cultu

rales oficiales es la clase dominante: los valores pertenecen a la esfera de la ideología y la ideología dominante es la ideología de la clase dominante. De acuerdo a Zafiroopoulos y 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". (5) Al criminalizar el consumo de drogas se hace una descalificación social de los consumidores de las mismas. Lo arbitrario jurídico está determinado por los intereses de la clase dominante. La descalificación social de los consumidores de drogas se extiende a niveles políticos y económicos. La farmacodependencia, aunque se da en todas las clases, afecta sobre todo a la clase proletaria y los individuos consumidores de drogas de esta clase son considerados criminales y enfermos y esta consideración se extiende a toda la clase proletaria. Se justifica así el dominio de la clase hegemónica y la preservación de la situación social. Hemos oído decir que quienes viven en situaciones de insalubridad, promiscuidad y miseria viven así porque son alcohólicos y drogadictos, cuando en la mayoría de los casos sucede que son un producto del propio sistema dentro del cual sufren una intensa explotación.

Dentro de otro contexto, el concepto de subcultura es útil porque nos ayuda a entender la persistencia de ciertas conductas que, para bien o para mal, la cultura general considera indeseables pero que son aprobadas dentro de ciertas subculturas. Según Cohen: "Personas que exhiben conductas indeseables pueden ser aprobadas y recompensadas por tal comportamiento en el seno de sus subculturas, mientras que la sociedad amplia lo desaprueba. Si estas personas dan gran valor a la apro

bación y estima de los miembros de su subcultura, se comportarán de acuerdo a los dictados de ésta". (6)

La subcultura de la drogadicción tiene su lenguaje, sus valores, sus reglas de ética, sus ritos, su "tecnología" (instrumentos que se utilizan para consumir las drogas), etc. Las reglas de ética fundamentales que descubrimos fueron el hecho de no ser "chivato", o sea no denunciar a los compañeros que consumen drogas o tengan algunas actividades ilegales, el ser solidarios y compartidos, etc. En el caso del lenguaje, éste sirve para integrar más la subcultura ya que por medio de él se identifican y se comunican mejor los integrantes de la misma. Sirve además para defenderse, por así decirlo, de la sociedad general, de los extraños que no pertenecen al ambiente y de las autoridades y de las influencias represivas en particular por medio del ocultamiento sutil. Dentro de los grupos de esta subcultura se emplea un vocabulario especial así como expresiones completas que no todo mundo entiende. Cuando estas palabras y expresiones se "vulgarizan" o se hacen conocidas por la gente "común" se producen nuevas palabras y nuevas expresiones. Es un fenómeno dinámico.

De los nombres que se les dan a las diferentes drogas ya nos hemos ocupado en la sección correspondiente. Veamos ahora algunas expresiones propias del medio.

"Quemar", "darse un toque", "tronárselas", significan fumar marihuana. Esta última expresión alude al hecho de que la marihuana truena al estarse consumiendo, sobre todo si no está bien "expulgada". "Expulgar": quitar los "cocos" a la "mota". "Cocos": semillas de la marihuana.

"Alivianarse" tiene varios significados: relajar se y estar tranquilo o alegre, en oposición a "andar - erizo". "Erizo": el que no ha probado o no trae droga y que por ese hecho experimenta inquietud o incluso - irritabilidad. El otro sentido de alivianar o alivianarse es "soltar" o facilitar algo de droga y por extensión dinero o algún objeto que necesite un compañero.

Los jóvenes consumidores de drogas se tienen que cuidar de la "tira", o sea de la policía. "Tira" se deriva de la palabra tirano. A un agente de la policía - se le llama "cuico", "teco" o "tecolote", etc. Si se trata de un agente de la policía judicial se le llama - "judas", "perjudicial", "judicial". "Oreja" es el que viene a espiar; "madrina" es el que ayuda a la policía; "dedo" es el que señala con el índice a los consumidores para denunciarlos.

De una publicación del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y la Procuraduría General de la República transcribimos una serie de expresiones muy comunes dentro de esta subcultura. (7)

- Quemar la paja: fumar marihuana.
- Refinar: tomar piloncillo o algo dulce mientras se fuma o después de hacerlo.
- Café con pastas: marihuana con pastillas.
- Agarra tu patín y elévate: Adáptate e intoxicá te.
- Darle las tres: aspirar tres veces marihuana.
- Azotarse: estar fuera de lugar.
- Cincho, simón, sidral: afirmación (son sinónimos de la palabra "sí" por el sonido inicial de cada una de estas palabras).
- Javier: policía.
- Aguador: el que vigila.

- Forjar: preparar la marihuana o la droga en general.
- Forever: que no puede liberarse ya de las drogas (proviene del inglés: "forever" significa "para siempre").
- Carreras de motos: competencia de fumadores de marihuana.
- Cansado: que le hace falta droga.
- Pirarse: fugarse. (Proviene de la degeneración de la frase "para ir". Así como la expresión "¿dónde está?" cambió en el lenguaje común a "¿on'tá?", "para ir" se transformó en simplemente "pa'ir" y luego "p'ir"; de ahí proviene "pirarse").
- Pasar el pomo: convidar thiner o la bebida alcohólica, según el caso.
- Macizo o grueso: persona adicta o traficante muy involucrado con las drogas.
- Pelar: hacer caso.
- Apañar la centaviza para la marinola: conseguir dinero para la marihuana.
- Cruzarse o cruceta: usar dos o más drogas simultáneamente.

Nosotros situamos el nacimiento de la tendencia actual en el surgimiento del movimiento hippy a mediados de la década de los 60, la influencia de un psicólogo norteamericano llamado Timothy Leary, el surgimiento de grupos de "onda gruesa" que continuaron la corriente de los ritmos de gran impacto entre la juventud que nació con el "rock and roll", etc.

Comencemos por hablar de Timothy Leary. Veamos un poco de la biografía de Leary antes de presentar un extracto esencial de su mensaje. Nació en 1920 en Massachusetts, dentro del catolicismo, al cual dejó para convertirse al hinduismo. Estudió en las Universidades

de Alabama y Washington, y se doctoró en psicología clínica por la Universidad de California. Entre los cargos que desempeñó fué catedrático de clínica psiquiátrica en la Universidad de Harvard.

Durante su estancia en Cuernavaca en 1960, en gira de vacaciones, Leary ingiere 7 hongos alucinógenos, cifra muy significativa. Experimenta lo que se llama una "iluminación". Hasta el año de 1966 emprende más de 300 "viajes", e invita a experimentar a otro psicólogo, Richard Alpert, de 25 años de edad. Juntos emprenden una campaña: incitan a los estudiantes de psicología a liberar su espíritu con la ayuda del LSD, tanto en Harvard donde impartía su cátedra Leary, como en un centro de estudios fundado por ellos en un suburbio de Boston. Para defender el libre uso de los psicodélicos fundan a fines de 1967 la "Federación Internacional para la Libertad Interior", que después se transformó en "Liga para la Libertad Interior".

Leary se encuentra con la oposición de las autoridades tanto académicas como civiles y tiene que emigrar a México. Instala en Zihuatanejo, Gro., la sede de la "I.F.I.F.", siglas en inglés de "International Federation for Internal Freedom". Su aventura dura nada más mes y medio. Las autoridades mexicanas intervienen y decide regresar a Estados Unidos, donde continúa su misión: funda la "Castalia Foundation" en otoño de 1963 para continuar sus trabajos de experimentación y difusión del mensaje, hasta que resiente el peso de la ley y poco a poco se va perdiendo en el anonimato.

Presentamos a continuación una larga cita en donde podemos percatarnos de la razón por la cual causó tanto impacto. Leary decía: "El régimen psicológico permitirá a cada uno comprender que no es un robot puesto sobre esta tierra para recibir un número de seguridad -

social y para ser agregado a las agrupaciones sociales que son la escuela, el colegio, la carrera, los seguros, los funerales, las despedidas. Gracias al LSD, todo ser humano sabrá comprender que la historia completa de la evolución está registrada en su cuerpo; todo ser humano sabrá recapitular y descubrir todos los avatares de esta ancestral y majestuosa soledad. Cada cual llegará a ser su propio Buda, su propio Einstein, su propio Galileo. En lugar de referirse a conocimientos muertos, estáticos, predigeridos, que le transmiten otros fabricantes de símbolos, empleará sus ochenta y tantos años en este planeta en revivir todas las posibilidades de la aventura humana, prehumana y aún subhumana. Cuanto más tiempo se reserven para esas exploraciones, tanto menos estará el hombre atado a pasatiempos más vulgares y eso podría ser la solución al problema de los ocios. Cuando las máquinas se encarguen de los trabajos más duros, las ingratas tareas intelectuales, ¿qué haremos de nosotros mismos? ¿Nos ocuparemos en construir máquinas mayores aún? La única respuesta a este dilema particular es que el hombre va a explorar la infinidad de los espacios interiores, descubrir los terrores, las aventuras y los éxtasis que reposan en lo hondo de cada uno de nosotros". (8)

¿Qué se deduce de la cita anterior? Quizá sin saberlo, Leary hace una crítica de la sociedad capitalista norteamericana, una sociedad que "robotiza", una sociedad maquinizada y que maquiniza, una sociedad, en fin, que deshumaniza, que no presenta posibilidades reales y constructivas de llegar a la realización personal. No satisface el modelo del "éxito" basado en la posibilidad de acumular dinero y consumir lo máximo de mercancías que se pueda. Leary, en vez de proponer cambiar el sistema, sugiere el viaje al interior de la persona. Esto favoreció al sistema.

El movimiento hippí se presentó como una reacción contra los valores de la "sociedad establecida". Las manifestaciones simbólicas fueron su tipo de vestimenta, su pelo largo, su barba, su resistencia a trabajar en empleos tradicionales por no llevar un tipo de vida que implicara sometimiento al "establishment". No le satisfacía el "american way of life". Tenía también sus "slogans" y signos manuales y su lema: "Haz el amor, no la guerra". Tengamos en cuenta que por ese tiempo - Estados Unidos sostenía una cruenta guerra en Viet-Nam, que a diferencia de la Primera y Segunda Guerra Mundiales, suscitó innumerables manifestaciones de protesta.

El movimiento se inició en San Francisco, California, más en concreto en el barrio de Haight-Ashbury, donde se llegaron a reunir más de 100 000 hippis. Ahí recurrieron a las drogas en busca de extrañas experiencias místicas. En los alucinógenos pretendieron encontrar una liberación del espíritu.

Este movimiento representó de manera típica la reacción en contra de los valores sociales establecidos con su rechazo a aceptar las recompensas de la sociedad capitalista y su forma de vida, el consumismo y la mercantilización. Muchos jóvenes se volvieron a su interior en busca de lo significativo, lo digno de confianza y lo maravilloso, usando como medio para profundizar en sí mismos las drogas alucinógenas. Sin embargo, como no había conciencia de las causas profundas que estaban en la base de la situación que criticaban, le hicieron el juego al sistema y se destruyeron los jóvenes más cuestionantes.

En la sección anterior describimos los efectos de las drogas. Recordemos de manera especial los efectos psicológicos de las mismas, sobre todo los de la -

marihuana y las drogas alucinógenas. Desde que estaba vigente el movimiento hippy hasta nuestros días se ha hecho publicidad abierta para que los jóvenes consuman drogas. La publicidad descarada a favor de la marihuana llena periódicos y revistas de Estados Unidos, y estos periódicos y revistas están dirigidas casi exclusivamente a los jóvenes. En algunas secciones de estas publicaciones se enseñan métodos para cultivarla, fumarla y gozarla. Se han hecho campañas para legalizar el uso de la marihuana, para que se venda y se fume libremente. Aparte de la función enajenante de esta droga, de la cual se quieren aprovechar sus "virtudes", se tienen en cuenta sus posibilidades mercantiles; la marihuana es una mercancía que se le está escapando al capital legal, y continúa funcionando como mercancía ilegal.

Una campaña más sutil pero no menos efectiva fue la campaña "intelectual" para guiar a la juventud hacia la droga. En ella participaron escritores, músicos, pintores, etc. Los ídolos de la juventud fueron usados como "modelos" para todos los jóvenes, y muchos de ellos imitaron su manera de vestir, de hablar y hasta sus hábitos en relación con las drogas. De manera encubierta en películas, en canciones, en la literatura, la televisión y diversas publicaciones se metió en la mente de los jóvenes la idea de que las drogas son el camino a la felicidad. El mismo mensaje de Timothy Leary y su misión de propagar la búsqueda de la "libertad interior" por medio de los alucinógenos fueron manipulados. De acuerdo a ciertos intereses toda persona necesita la dicha para poder desplegar su personalidad y privar a la gente de ese derecho a buscar la felicidad es ilegal.

Finalmente el movimiento hippy fue absorbido por la sociedad de consumo. Se puso de moda la ropa al "estilo" hippy y muchas prendas eran de precio elevado.

Sus símbolos y algunos de sus "slogans" se usaron en - campañas publicitarias.

En la década de los sesenta dentro de la co- - rriente musical "pop" presenciamos el surgimiento y la trayectoria de los grupos y solistas de "onda gruesa".- Los grupos más conocidos son "Los Beatles", que cubrieron una amplia gama de géneros musicales; "Los Rolling_ Stones", "Los Doors", etc. Dentro de los solistas se - encuentran Donovan, Marian Faithfull, etc. Algunos jó- venes músicos o cantantes "se quedaron en el pasón", es_ to es murieron a consecuencia de una sobredosis o una - "cruzada", situación que se produce al consumir dos o_ más drogas de efectos antagónicos, aunque también pue- den ser de efectos similares, con el resultado de que - se intensifican los efectos. Quienes así perecieron - fueron Janis Joplin, Jimmy Hendrix, Buddy Miles, Jim Mo_ rrison, etc.

La época de los grandes grupos de "onda" prácti_ camente ha quedado atrás. Actualmente los "Rolling Sto_ nes" son de los pocos conjuntos que siguen reuniendo pú_ blicos masivos en sus audiciones. Pero creemos que es- te hecho no se compara con la efervescencia de épocas - anteriores, cuando se realizó, por ejemplo, el festival de Woodstock en Estados Unidos, en donde intervinieron_ muchísimos artistas entre grupos y solistas. Su lema - fue: "Tres días de amor y paz". Ahí se reunieron más - de 100 000 jóvenes venidos de todo el país y hasta del_ extranjero. En este festival se consumió "mota" en can_ tidades industriales, además de "pastas" y alucinógenos.

Estados Unidos, como potencia dominante, difun- de su ideología, algunos valores y características de - su cultura, etc. Podemos enumerar como ejemplos más paten_

tes las películas, los programas de televisión, su música, sus revistas, etc. Así muchos jóvenes en México le entraron a la "onda" hippí, también se copió la "onda" de los festivales y se organizó el llamado "Festival de Rock y Ruedas" en Avándaro, Estado de México. Alguien que hubiera podido acudir a Avándaro podía hablar con cierto orgullo de haber estado ahí cuando platicaba con sus amigos de la "onda" que no habían podido ir. El había tenido la gran experiencia.

Con la perspectiva que dan más de 10 años de distancia he aquí el relato de alguien que participó del festival, aunque lo hizo en plan de observador ya que por ese tiempo era estudiante de psicología.

"En septiembre de 1971 se realizó en Avándaro, Estado de México, un 'Festival de Rock y Ruedas'. Dicho festival fue una copia de los que se efectuaban por esos tiempos en los Estados Unidos.

Los cuatro meses anteriores al festival de Avándaro un canal de la televisión mexicana estuvo pasando un programa los domingos por la tarde, en donde se proyectaba una serie de filmaciones de diferentes festivales. El más difundido fue el de Woodstock. De alguna forma la televisión mexicana, influida por la televisión norteamericana, condicionó al público joven mexicano a que organizara su festival.

Los días sábado 13 y domingo 14 se realizó el evento. Se calculó en aproximadamente 40 000 el número de personas que asistieron al festival. El Club de Golf de Avándaro fue el escenario. Los mejores grupos de rock del momento acudieron a tocar 24 horas. Supuestamente también iba a haber carreras de autos y motocicletas.

La narración de lo acontecido no es fácil de hacer. Se puede hablar mucho de lo que originó esta situación; lo único que quiero dar a conocer es que la experiencia en su inicio fue como un sueño y al final una realidad ¿dolorosa?

Junto a Valle de Bravo hay una presa. El lugar se encuentra en las montañas, dentro de un bosque, luego el agua; en fin, el lugar es predilecto de la burguesía del Estado de México.

Dentro del festival existió la más completa libertad; se hizo lo que se quiso. Toda la variedad de drogas se encontraba con solo solicitarlas. Ni la lluvia, ni las dificultades para llegar por lo inaccesible del lugar evitaron que se reuniera la gente de 'onda'.— Se vivió, se vibró, se liberó uno de sus convencionalismos para ser 'libres', esto es, para dejarse ir.

Yo fui con un grupo de compañeros. Dejamos el coche cerca de Valle de Bravo; al bajar oímos el aroma inconfundible de la mota. El 'hornazo' se dejaba sentir a 2 ó 3 kilómetros de distancia. El 'queme' duró todo el día, toda la noche, la mañana; nadie controlaba nada.

Al llegar al mero lugar del festival un 'chavo' como de unos 20 años nos dió la bienvenida y en señal de amistad nos regaló 6 cervezas de bote y un 'huato' de mota, al tiempo que nos decía: 'órale, maestros, ali viánense'.

Hubo muertos por 'pasarse' o por 'cruzarse'. Hubo heridos, hubo violencia, hubo violaciones, hubo dolor. El final fue doloroso. Asistieron jovencitos y jovencitas de 12 ó 13 años, estudiantes de secundaria.—

Algunas de las muchachas fueron violadas. De los jóvenes, algunos se drogaban por primera vez y no soportaron los 'toques', las 'pastas', etc.

La gente que vivía en Valle de Bravo se espantó. Una anciana delante de su casa se puso a rezar y a pedirle a Dios que nos largáramos de su pueblo.

Se acabaron las ilusiones y llegó la realidad. - No había que comer; se tuvo que caminar para llegar a Toluca, se tuvieron que abordar coches y camiones por la fuerza para regresar.

Esto fue Avándaro. No se ha vuelto a efectuar algo similar".

El festival de Avándaro es una pequeña muestra de la manipulación de que puede ser objeto la juventud. En este caso la manipulación se hizo a través de los medios de información y de la droga. "De alguna forma la televisión mexicana, influida por la televisión norteamericana, condicionó al público joven mexicano a que organizara su festival". "Curiosamente" el consumo de droga había aumentado a partir de 1968, especialmente entre los jóvenes de preparatoria y secundaria. El estudiantado era uno de los pocos sectores en donde se notaba inquietud y disconformidad. Para controlar la situación se usó primero la violencia; después se recurrió a los medios ya citados: los medios de información masiva y las drogas, que constituyen un sistema más sutil de control. A través de la televisión, el cine, la radio y la prensa se crea la "confusión ideológica" - creando en la mente de los jóvenes falsos valores, falsos ídolos y presentando como ideal el sistema de vida americano. Las drogas completan el proceso. Recordemos la cita del Dr. Powelson que presentamos cuando hablamos de la marihuana: "No advertían que iban perdiendo eficiencia

en actividades que requieran discernimiento, claridad de ideas, buena memoria y raciocinio. No comprendían que su patológica manera de pensar era cada vez más estereotipada... Los fumadores enviciados perdían la voluntad de hacer cualquier esfuerzo sostenido, y todos los aficionados a esta droga cedían a la tentación de las soluciones fáciles para sus problemas personales y los de la sociedad. Muchos de ellos, en su afán de euforia, pasaban a usar drogas peores todavía". La droga es enajenante.

Se puede detectar la influencia del idioma inglés en la subcultura de la que nos ocupamos viendo, por ejemplo, algunos términos aplicados a las drogas. A la marihuana se le llama "grass", yerba; "golden", dorada, que es el nombre de una clase de marihuana, aparte de la "jamaicana", la "roja de Panamá", etc.; "Mary Jane", "traducción" al inglés de marihuana; "jani", nombre derivado del término anterior; "coffee", café; "joint", que proviene del verbo "to joint" que significa "reunir", "juntar", "agregar"; "Jefferson", por alusión a un grupo de música de onda llamado "Jefferson - Airplane". La conexión se establece si sabemos que a la marihuana también se le llama "avión". "Presta el avión" significa invítame de tu marihuana.

"Speed", velocidad, se usa para referirse a las anfetaminas y a las drogas estimulantes en general. "Down", hacia abajo, se aplica a las drogas depresoras.

Dentro de los valores que tienen vigencia en el ambiente de esta subcultura está el hecho de ser "grueso" o "machín", esto es haber probado cierta variedad de drogas y consumir marihuana u otras drogas con cierta asiduidad. Tiene más prestigio el que es "maestro", que puede iniciar a otros, pero no únicamente porque le

facilite la droga, sino, porque lo puede guiar en el "viaje", aconsejar la dosis que tenga que consumir y la forma de hacerlo, etc. Otros son "maestros" porque reúnen a su alrededor a un grupo de seguidores a quienes comentan sus "hazañas", o porque tienen "verbo", esto es, hablan de temas muy variados aunque no con mucha profundidad. Así como el maestro es la cabeza del grupo hay otras jerarquías que se establecen de manera más o menos inconsciente.

DROGAS Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es "el período del crecimiento y el desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es únicamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto sobre el plano somático como el psíquico, y que se prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de esta fenómeno, las transformaciones psíquicas están completamente influidas por el ambiente social y cultural, de manera que las transiciones entre la pubertad y la edad adulta pueden presentar los matices más inusitados, según el medio, la clase social o la cultura". (9)

Actualmente la adolescencia se manifiesta como un fenómeno de dimensiones asombrosas y presenta ciertas características que la hacen aparecer como una etapa del desarrollo del ser humano conflictiva y difícil de comprender.

Se sostiene que ningún período del desarrollo del hombre es tan complejo como la adolescencia; unida a este hecho viene la influencia de los factores socio-

culturales que determinan diferencias específicas de acuerdo al contexto social, económico y cultural donde transcurra la adolescencia. En el México actual las dos terceras partes de la población no alcanzan aún los veinte años de edad. De acuerdo al censo general de población realizado en 1980 el porcentaje de población que no tenía todavía veinte años de edad en tal año, en el municipio de Irapuato, era del 56%.

La adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo del ser humano en la cual se producen grandes cambios anatómicos y fisiológicos, intelectuales, emocionales y psicosexuales. Es un período cuya duración depende del contexto sociocultural donde se presenta y en la cual el adolescente debe construir su personalidad de joven adulto que le posibilitará el ingreso al campo laboral y a la sociedad adulta.

Con la pubertad se inicia el proceso de transformación sexual; se trata de un fenómeno biológico con importantes manifestaciones psicoafectivas y sociales en cuyo desarrollo influye el marco ambiental o sociocultural porque determina en parte la distinción de los papeles masculino y femenino, y concluye cuando los jóvenes se asumen a sí mismos como hombres o mujeres cumpliendo los papeles sexuales y sociales correspondientes.

Durante la adolescencia ocurren una serie de cambios en las diferentes áreas de conducta en relación con la identidad psicosexual. En el área del cuerpo la maduración biológica determina conductas causadas por los impulsos sexuales; en el área de la mente estos cambios concluyen cuando el adolescente mentalmente ha incorporado y construido una imagen de su cuerpo y de su sexo y acepta identificarse con ella; en el área del mundo externo o social esta etapa finaliza cuando el jo

ven se conduce según los modelos (masculino o femenino) aceptados por el grupo social al que pertenece, o sea - cuando desempeña los papeles que la sociedad le asigna - a cada sexo.

En el plano emocional, durante la adolescencia - se reactivan o reactualizan los conflictos afectivos - con sus padres, que se vivieron en la primera infancia - en relación al vínculo de aceptación o rechazo. Para - construir su identidad el niño generalmente toma como - modelo a sus padres o sustitutos, es decir, se identifi - ca con uno de ellos. Durante la adolescencia se dan - cambios irreversibles; ahora el adolescente debe cons - truir una nueva identidad, ser él mismo, y en menor o - mayor medida tiende a rechazar a sus padres como modelo objeto de identificación. Este proceso reactiva cons - ciente o inconscientemente los vínculos afectivos de la infancia tanto en sus aspectos positivos como negati - vos.

La adolescencia no es una clase social, pero los adolescentes pertenecen a las distintas clases sociales que integran la sociedad y las diferencias que se derivan del factor clase social son notables y afectan muchos aspectos de la vida del adolescente.

La entrada del adolescente al mundo del trabajo - significa la entrada al mundo adulto, lo cual supone to - da una serie de procesos particulares que se dan en la personalidad del adolescente. En muchos casos, aún - cuando estos procesos no se hayan realizado, es decir, - esté preparado o no, el joven se ve forzado por su si - tuación económica a ingresar al campo laboral.

Para entrar al mundo del trabajo el adolescente - debe realizar una doble tarea: por una parte debe explo -

rar su realidad interna, es decir, debe comprender sus inclinaciones vocacionales; por el otro, debe explorar la realidad externa en lo relativo al campo ocupacional, es decir, encontrar su puesto en la sociedad y aprender el papel correspondiente. Como contraparte, es necesario que la sociedad le ofrezca las condiciones apropiadas, como son un campo ocupacional extenso y diversificado para que elija de acuerdo a sus inclinaciones vocacionales y además las facilidades para el aprendizaje primero y luego para la práctica de la profesión. Si no se dan estas condiciones se pueden presentar numerosos conflictos y reacciones situacionales de los adolescentes, que pueden llegar hasta el grado de ser antisociales.

Los jóvenes de las clases altas tienen más posibilidades de solucionar el problema y los jóvenes de las clases asalariadas deben enfrentarse desde temprana edad con las condiciones que provienen de la desigualdad social.

El modo de vida y las aspiraciones de los adolescentes que pertenecen a las clases asalariadas son muy diferentes de la forma de vida y aspiraciones de los adolescentes de los grupos minoritarios burgueses. Estas son las notas que caracterizan al adolescente mexicano que pertenece a las clases asalariadas por un lado, y a las clases adineradas (burguesas) por el otro. - (10)

El adolescente mexicano que pertenece a las clases asalariadas:

- tempranamente es fuerza productiva, cuando tiene la suerte de incorporarse al mundo adulto por medio del trabajo;

- se integra a su grupo familiar como complemento económico importante que contribuye al ingreso familiar;

- debido a las tempranas responsabilidades que adquiere en su grupo familiar es conducido a una prematura adultez, comparado con el adolescente de la clase burguesa;

- siempre resulta mal pagado ya que el salario que recibe es bajo y permanece inmóvil frente a la subida de los precios, debido a que el desempleo y el subempleo son elevadísimos;

- por carecer de recursos económicos debe abandonar la escuela sin concluir, muchas veces, el nivel de primaria;

- tiene vedado el ingreso a una educación superior (universitaria) en la mayor parte de los casos;

- tiene un régimen alimenticio deficiente e inadecuado, con muy pocas proteínas;

- casi no tiene acceso a los bienes de consumo necesarios, o sea los imprescindibles para vivir;

- queda marginado del acceso a bienes de consumo suntuario, pero la aspiración a consumir estos bienes está presente;

- sufre una alarmante frustración ocasionada por el intenso deseo de adquirir lo suntuario, que puede conducirle a protestas violentas, al delito o a las drogas.

Por otro lado, el adolescente que pertenece a la burguesía presenta las siguientes características:

- tiene una adolescencia prolongada en relación con los jóvenes de la clase asalariada;

- su alimentación y salud son responsabilidad de sus padres;

- permanece en el sistema educativo durante un -

período de tiempo relativamente largo;

- tiene acceso a la educación superior;
- egresa del sistema educativo y puede insertarse en un mercado laboral que le permite ingresos altos;
- tiene acceso al consumismo, es decir, puede adquirir bienes de consumo suntuario con posibilidades de gran despilfarro;
- el despilfarro y el ocio pueden llevarle al camino del delito y las drogas;
- tiene un mundo cultural rico, pues tiene acceso a espectáculos costosos y al mundo de las artes y de la ciencia.

CAUSAS O MOTIVOS PARA CONSUMIR DROGAS O FARMACOS

Nos referimos aquí a los factores psicológicos y ambientales que influyen en el hecho de que muchos niños y jóvenes se orienten hacia el consumo de drogas, - sin pretender que estos factores se encuentren en la raíz del problema, por lo menos en gran número de casos. Estos datos son el resultado del trabajo de observación participante y no participante y entrevistas, etc., efectuado por nosotros.

De acuerdo a la información obtenida formulamos una lista que incluye 10 causas o motivaciones para consumir drogas, y es la siguiente: 1.-curiosidad; 2.- presión del grupo de amigos o el deseo de identificarse con el grupo de amigos; 3.-estar en la "onda", seguir la moda; 4.-rebelarse contra los padres; 5.-rebelarse contra los valores sociales establecidos; 6.-evasión: como forma de manejar problemas de la adolescencia; 7.- perturbación emocional; 8.-por prescripción médica; 9.- en una situación específica pasajera; 10.-otras: objetivos filosóficos, éticos, estéticos, místicos, búsqueda de la identidad profunda, etc. Veamos cada inciso por

separado.

Curiosidad.

La curiosidad es una característica de la juventud, así como el sentido de la aventura. Muchos adolescentes comienzan a consumir drogas por esos motivos: por curiosidad y por un sentido de audacia. Además también interviene la ignorancia respecto a las consecuencias del consumo de drogas y el hecho de que crean que no les puede suceder nada grave. Su juventud y su vitalidad hacen que vean la muerte y el perjuicio físico muy lejos.

Algunos jóvenes nos confesaron que comenzaron a consumir droga simplemente porque querían saber qué se sentía. "Me hablaron tanto de lo que se sentía al fumar marihuana, que quise tener la experiencia por mí mismo". Otro nos dice: "Un 'cuate' mío que le llegó a la 'mota' antes que yo me contaba que se ponía a escuchar discos 'de onda' y que oía la música de manera muy diferente que cuando estaba en estado normal... Me hablaba también de la cenestesia. Yo nunca he sabido que cosa es eso; pero todo lo que me decía me despertó la curiosidad y una vez que me invitó a 'quemar', pues le llegué". A propósito, el diccionario define la cenestesia como la sensación general de la existencia del propio cuerpo, independiente de los sentidos y resultante de las sensaciones de los distintos órganos.

Otro ejemplo. Estudiante de 21 años de edad. Tiene fama de ser inteligente. Nos consta que lo que hace generalmente lo hace con entusiasmo ya sea que se trate de estudiar, practicar algún deporte o hacer música. La droga que consumió primero fue la marihuana, y lo hizo por simple curiosidad, por el deseo de experimen

tar. Cuando lo entrevistamos afirmó que no pasaría a probar otros fármacos. Sin embargo tres semanas después probó el peyote, cosa que también hizo por curiosidad. Parece que hasta ahí llegó por ese camino. Su curiosidad está saciada y no le atraen más las sensaciones que tuvo. Además su personalidad es estable y podemos decir que es sano; aparte, lo que es muy importante, en su medio familiar no hay carencias económicas ni emocionales. Otros jóvenes o niños con problemas internos o que viven en medios con muchas carencias (alimenticias, de abrigo, emocionales, de salud, etc.), cuando prueban las drogas por curiosidad inconscientemente encuentran en las sensaciones que éstas producen una forma de enfrentarse a tales problemas o situaciones, eludiéndolas de la conciencia. No es este siempre el caso, pero se da frecuentemente. En los últimos años se ha incrementado el uso de los solventes en las colonias proletarias, y la razón fundamental no reside en el hecho de que se haya despertado más la curiosidad de los niños de tales colonias, sino en que sus carencias se han acentuado.

- Presión del grupo de amigos.

- Deseo de identificarse con el grupo de amigos.

Como un factor de cierta importancia para iniciarse en el consumo de drogas se señala la influencia del grupo de amigos. De varios modos se puede manifestar esta influencia. Por ejemplo uno o varios amigos del grupo le ofrecen la droga a un joven y si éste no la acepta lo tachan de cobarde llamándolo "zacatón"; entonces el joven cede. Otra forma de presión proviene más bien de la necesidad que siente el adolescente de identificarse con el grupo de amigos y de querer ser aceptado por dicho grupo de compañeros que ya están mezclados con la droga. Alguien ha afirmado que se puede prede-

cir con bastante grado de certeza si un adolescente se aficionará a las drogas o por lo menos experimentará - con ellas si sus amigos son adictos a ellas, en espe- - cial si se trata de su mejor amigo. Por otra parte, es curioso que a la marihuana se le llame "joint" en el ar- got de la "onda". Y "joint", como ya lo hemos visto, - significa unirse, juntarse, agregarse. Los jóvenes al reunirse y consumir la marihuana satisfacen varias nece- sidades: evadirse del sentimiento de soledad, del abu- rrimiento, etc.

Un muchacho nos contó lo siguiente: "Cuando ando en el 'rol' y llego a una ciudad que no conozco y en la que no tengo amigos nada más identifico a los chavos - que si son de la 'onda' y ellos a su vez me identifican y de inmediato me 'alivianan' de algún modo, ya sea in- vitándome algo de comer o con 'feria' (dinero), y con - más razón me invitan un 'toque'". Así demuestran su so- lidaridad. "Andar en el rol" es viajar un poco a la - aventura.

- Seguir una moda. Estar en la "onda".

La droga está de moda. Se ha formado incluso - una subcultura de la drogadicción, de la que ya hemos - hablado, y en algunas fiestas se ofrece marihuana como - en muchas otras se ofrece alcohol; se acostumbra fumar - la marihuana en un patio o habitación separados de la - sala en donde se efectúa la reunión general.

Es fácil constatar que la adolescencia es una - etapa en la que se experimenta cierta necesidad de imi- tar lo que otros están haciendo dentro del grupo de la misma edad. Este es lo que se llama grupo de pares o - iguales y constituye uno de los grupos de referencia y

socialización. La tendencia a imitar incluye la moda - en el vestir, la forma de cortarse el pelo, el modo de expresarse, etc. En parte el consumo de drogas revela este hecho. Estos conocimientos pueden ser aprovechados por quienes tienen interés en manipular a la adolescencia.

- Rebelarse contra los padres.

Como un resultado natural del proceso de desarrollo los adolescentes necesitan afirmar su personalidad y su independencia en relación con los padres. Esto puede ocasionar conflictos de menor o mayor gravedad. En algunos casos la crisis puede pasar inadvertida relativamente, quizá porque no es de mucha intensidad o es de breve duración; en otros la crisis puede ser violenta. El tipo de relaciones que el joven ha tenido con sus padres en buena medida influye en la determinación del joven a orientarse o no por el camino de las drogas. Los hijos de padres no afectuosos sino negligentes y demasiado tolerantes, o por el contrario, autoritarios y hostiles tienen más probabilidades de verse involucrados con las drogas que los hijos de padres democráticos, que pueden ser a la vez afectuosos y demostrar autoridad.

Algunos jóvenes se dedican a las drogas por varios motivos y uno de ellos es que tal conducta explícitamente representa una forma de venganza contra una figura de autoridad familiar que puede ser el padre, un hermano mayor, etc. A veces esta conducta no representa tal cual una venganza contra ellos, sino un intento de llamar su atención, de lograr que se ocupen de él, de hacerlos reaccionar.

Hemos conocido por lo menos dos casos concretos con bastante profundidad que pueden ilustrar este inciso relativo al hábito de la farmacodependencia como forma de rebelarse contra los padres. En uno de ellos se puede observar que la actitud que el joven adopta ante el padre se transfiere o proyecta hacia otras figuras de autoridad y se exhibe ante ellas fumando marihuana o habla ante ellas de que lo hace. El otro caso se refiere a un joven de la clase burguesa al que sus padres le dan mucho dinero y tiene acceso a diversiones caras y hasta a viajes al extranjero pero que no recibe atención emocional de parte de ellos. Nos confió en una ocasión que consumía drogas como una manera de protestar contra la falta de una auténtica comunicación con sus padres, en la que estuviera presente el factor emocional. Su padre siempre está ocupado con los negocios y su madre con los pasatiempos de sociedad.

- Rebelarse contra valores sociales establecidos.

Probablemente en todo individuo consumidor de drogas se puedan detectar varias causas, razones o motivaciones que influyan para sostener su hábito. Este puede constituir un símbolo de rebelión o de rechazo de los valores de una sociedad que algunos jóvenes consideran hipócrita, materialista, inhumana y carente de interés hacia el individuo.

La llamada "revuelta de los jóvenes" se observó particularmente en algunos años de las décadas de los sesentas y los setentas. Había cierto apoyo de tipo ideológico en las teorías de Herbert Marcuse, filósofo alemán que radicó en Estados Unidos. Su obra más conocida fue "El Hombre Unidimensional".

- Evasión.

La adolescencia es una generación presionada. - El joven se encuentra en una situación de transición - muy importante; ya que no es un niño pero todavía no es un adulto; sus intereses y aficiones cambian y esto - abarca tanto las formas de divertirse, como sus juegos, sus lecturas, su manera de considerar a los miembros - del sexo opuesto, etc. En el horizonte aparecen las - perspectivas de la responsabilidad de la vida adulta.

Junto con otras motivaciones se señala como causa que determina la afición a las drogas la necesidad - de escapar de la tensión y las presiones de la vida o - del aburrimiento. En la etapa de la adolescencia reviste cierta importancia la formación de hábitos orientados a enfrentar los problemas de la vida. Existe el - riesgo de que el hecho de recurrir al empleo de drogasg de manera habitual se convierta en un sustituto para - aprender a encarar los problemas cotidianos y las frustraciones de la vida que toda persona experimenta. Si en la adolescencia un individuo aprende patrones negativos para hacer frente a los problemas, con mucha probabilidad los conservará en la vida adulta. Y a la inversa, la personalidad se fortalecerá en el grado en que - en esta etapa se aprenda a enfrentar los problemas.

Se dan muchos casos en los cuales los individuos se evaden no de problemas propios de la adolescencia o del aburrimiento, sino de problemas más graves. Muchos de ellos provienen de hogares desintegrados y tienen poca o nula conciencia de que su hábito representa una - forma de evadirse de una situación de tensión y ansiedad. Otros no provienen de hogares como los mencionados, pero de cualquier modo experimentan ansiedad por - su dificultad para adaptarse a la convivencia con compañeros de su misma edad, su incapacidad para relacionar-

se con el sexo opuesto ya sea por su excesiva timidez y la imagen hasta cierto punto devaluada que de sí mismos tienen, ya sea por su corta estatura, su color de piel, su falta de atractivo personal, etc. Para otros la ansiedad se deriva de los problemas que se originan en el ámbito escolar y concretamente por cuestiones de tipo académico e incapacidad para encontrar su vocación.

Como ejemplo de que muchos jóvenes no tienen conciencia de que consumen fármacos como forma de lidiar con la ansiedad, como una forma de evasión, tenemos el caso de un muchacho de 20 años de edad. En la primera entrevista señala como motivación para iniciarse en el consumo de drogas la curiosidad. Le preguntamos después la razón de continuar en el ambiente y de nuevo señala la curiosidad. Es obvio que hay otras razones de mayor importancia para que haya consumido durante varios años alcohol y marihuana, y de vez en cuando benzodrinas, barbitúricos, varios tipos de somníferos, llegando a "cruzarse" con vino y pastillas, marihuana y alcohol y a veces vino, pastillas y marihuana. Profundizando en la plática aparecen conflictos con sus padres y hermanos; problemas de tipo amoroso, laborales, etc.- Aparte aparecen otras motivaciones: se siente a gusto con gente de la "onda" y desprecia lo que es "decente".

- Por prescripción médica.

Este inciso merece especial atención; es necesario hacer una aclaración. Si una persona consume fármacos por prescripción médica no hay problema si lo hace bajo supervisión facultativa. La cuestión es que, por ejemplo, a un individuo se le recetan drogas para tranquilizarlo o controlar su malestar psíquico y lograr así un estado mental que le haga posible beneficiarse del tratamiento psicoterapéutico. A veces la persona -

creo que con esos medicamentos se va a "componer" y no acude a las sesiones de psicoterapia. También aparece aquí el concepto de "resistencia". El paciente se resiste a enfrentarse al terapeuta que le va a suscitar sentimientos de angustia durante la relación psicoterapéutica. En las entrevistas que hicimos encontramos varios casos de personas que comenzaron a consumir fármacos, como tranquilizantes o antidepresivos, como parte de un tratamiento médico-psiquiátrico, el cual prácticamente habían suspendido a veces hacía más de cinco años antes o se habían sometido a él esporádicamente, y sin embargo seguían consumiendo fármacos por su cuenta.

En otros casos el peso de la responsabilidad recae en el médico, en su falta de profesionalismo y autenticidad. En vez de hacer un trabajo de psicoterapia a conciencia se limita a atiborrar al paciente de drogas.

Nos dice una persona: "Por algunas experiencias negativas de mi infancia de tipo traumático, de las que ahora tengo conciencia, y quizá debilidad nerviosa constitucional, de la que no estoy muy seguro, de niño fuí muy tímido. Después, al terminar mi niñez y casi hasta el fin de la adolescencia estuve separado del contacto con la gente por vivir en un internado. Cuando salí de ahí mi timidez fué más patológica. Mi incapacidad para adaptarme al mundo y a la vida de manera autosuficiente y algunas ideas de culpabilidad que llegaron a convertirse en obsesión me provocaron una depresión nerviosa. Durante mucho tiempo sufrí sordamente sin atravesarme a buscar ayuda por no querer reconocer la gravedad de los síntomas o del problema mismo, recurriendo a la negación y a la evasión como mecanismos de defensa. A la vez hacía esfuerzos casi sobrehumanos para seguir cumpliendo con mis deberes, lo cual lograba sólo en mínima parte. Por fin unos amigos me convencieron para que -

fuera a consultar a un psiquiatra.

El servicio era gratuito, pero la impresión que me dió el doctor fué que no le interesé como paciente - de manera real. Se limitó a recetarme antidepresivos y a darme consejos del tipo de los que pueden usar cualquier persona para dar ánimo; pero no tenía ni siquiera el don de saber escuchar a la persona en una actitud - que demostrara interés. Mucho menos hizo una labor de verdadera terapia de profundidad, como lo hizo otro médico que me atendió varios años después. A veces me da ba la impresión de que tenía cierta prisa por deshacerse de mí.

Después lo dejé de ver y seguí consumiendo los - fármacos que me había recetado y que yo conseguía por - medio de un amigo que podía obtener muestras médicas.

Pero mi historia debe continuar. He dicho que - varios años después recibí atención de otro psiquiatra, quien sí me fué de mucha utilidad. Ahora la falla se - manifestó de parte mía. Yo acudía a las sesiones de - psicoterapia cuando mi problema se agravaba. Con la te rapia tendían a disminuir los síntomas y entonces me de jaba dominar por el mecanismo mental de la resistencia_ y sacaba pretextos para no ir a consulta. Las faltas - se iban haciendo cada vez más frecuentes hasta que me - olvidaba del tratamiento y seguía sosteniendo mi situa- ción de relativo equilibrio a base de drogas. Además, - como es de suponerse, hacía mucho tiempo que era yo de- pendiente de ellas. Básicamente se trataba de antide- presivos de varios tipos o del mismo tipo con diferen- tes nombres.

Después me decidí a seguir el tratamiento psi- - quiátrico a fondo y a buscar además otro tipo de ayuda_ y ya he dejado de consumir fármacos. Espero no volver a

hacerlo".

- En una situación específica pasajera.

Por ejemplo, tenemos que las anfetaminas son consumidas por personas que necesitan estar despiertas o están sometidas a cierto tipo de presión. Hay estudiantes que en temporada de exámenes o cuando tienen que realizar un trabajo de investigación recurren a este tipo de estimulantes para estudiar o trabajar a marchas forzadas. Lo mismo hacen conductores de camiones, autobuses o automóviles para sobreponerse al cansancio y mantenerse despiertos y así aguantar largas jornadas de manejo. Conocimos casos parecidos entre futbolistas, basquetbolistas y practicantes de atletismo que querían forzar más su organismo.

Dentro del ambiente laboral supimos de conductores de autobuses de pasajeros y de carga que ingieren con regularidad anfetaminas para cumplir jornadas de 18 ó 20 horas de manejo continuo. Este ritmo de trabajo significa explotación de la fuerza de trabajo, que es considerada como una mercancía más que emplea el poseedor de los medios de la producción. Algo semejante ocurre en el caso de algunos obreros y empleados de oficina, quienes recurren a los mismos productos para sobreponerse a la fatiga y al aburrimiento por un lado, y a la tensión derivada de una situación de inestabilidad, monotonía, ruido, hacinamiento, etc., en que trabajan.

La reglamentación de sueldos y salarios, los sistemas "motivacionales" basados en premios y gratificaciones sobre el "rendimiento" típicos de la industria (simbolizados en otras esferas de la sociedad) desprendidos totalmente como fenómenos naturales del contexto de la utilización del capital, contribuyen al proceso de socialización, que apoya asimismo en forma continua

la fetichización del consumo (como adquisición de mercancías o acceso a servicios), donde otra vez la droga -convertida en mercancía- responde a un doble juego: --

- 1.- permitir estados prolongados de "lucidez" y "equilibrio" que contribuyan a mantener la fuerza de trabajo en condiciones de operación, en tanto sustancia destinada a alterar las condiciones físicas y psicológicas; y
- 2.- canalizar las frustraciones y los desequilibrios de manera momentánea por medio de la adquisición de "algo" que puede dar la sensación de autonomía, privacidad y diferenciación.

- Perturbación emocional.

Este inciso está relacionado con el inciso que se refiere a la evasión. Se trata de problemas del mismo tipo de los comentados ahí, pero cuya gravedad se acentúa. En algunas ocasiones es difícil diferenciar los síntomas para decidir en qué categoría ubicar un caso concreto; en otras el asunto es más obvio.

Según John Conger, "entre quienes se encuentran en centros de tratamiento para internos, así como entre los destinados a un medio internado (los alcohólicos y los drogadictos, quienes generalmente están juntos) las razones comunes que admitieron tanto el personal como los pacientes en recuperación fueron los sentimientos de rechazo o indiferencia por parte de sus padres; la falta de aceptación por parte de sus compañeros; el aislamiento emocional y la baja autoestima, la cual sentían que debía ser ocultada aparentando frialdad. Algunos jóvenes que han ingerido regularmente alcohol o drogas desde su preadolescencia, reconocen jamás haber conocido otra manera de encararse a la ansiedad, el aburrimiento, a la depresión, al temor al fracaso o a la falta de objetivos". (11)

El texto de Conger es interesante, pero no hace referencia a los factores sociales. Veamos algo al respecto planteando una situación global en donde intervengan los diversos aspectos que determinan la salud o la enfermedad mental.

En la determinación de la salud mental y la formación de la personalidad intervienen una serie de elementos: la estructura temperamental y congénita, o sea el sustrato biológico, los factores biográficos de la infancia y las influencias del medio social, etc.

Un rasgo importante del factor constitucional - con peso negativo, algo que podemos llamar "neuropatía", es la hipersensibilidad del sistema nervioso vegetativo. Este fenómeno se manifiesta en trastornos gastrointestinales, retraso en el control de esfínteres, crisis de palidez, etc., que se dan frecuentemente en niños de corta y mediana edad. Se señalan también como representativas de la neuropatía las oscilaciones más o menos endógenas del estado de ánimo que aparecen por debajo de episodios de estructura neurótica.

El Psicoanálisis y el Análisis Transaccional destacan la importancia de la educación infantil y las experiencias tempranas de tipo psicológico y social como elementos de peso que decidirán la concepción de sí mismo y del mundo que tendrá el individuo y lo que éste será en la vida adulta. En la etapa infantil se sientan, con mucha probabilidad, las bases para que el niño sea en el futuro más un "triunfador" que un "perdedor" o viceversa.

Como hemos visto, la adolescencia es una etapa de repetición de problemas infantiles vividos hasta los cinco años más o menos, ahora potenciados por otros factores del desarrollo psicofisiológico, como la intervención de la actividad de las hormonas sexuales, que lite

ralmente comienzan a hacer efervescencia. La adolescencia es eso, pero es algo más. Es una crisis de revisión de valores, de búsqueda de identidad, de inquietud, curiosidad y rebeldía. En esa etapa se empiezan a vislumbrar las responsabilidades de la vida adulta y aparecen en el individuo los sentimientos, ya sean manifiestos o inconscientes, de falta de confianza en sí mismo.

La adolescencia es una etapa de transición, es el paso de la infancia a la adultez y esto constituye una situación de tensión, con su cuota de incertidumbre y angustia. La mayoría de los adolescentes superan esta etapa crítica con éxito si la afrontan de manera positiva. Cuenta mucho también el apoyo de sus padres o figuras de autoridad moral y experiencia. En otros adolescentes no se da la superación de la crisis ya sea por no enfrentarse a los problemas psicológicos o existenciales, por no contar con respaldo moral, porque los factores neuropáticos y ambientales tuvieron mucho peso negativo o porque se presenta una combinación de todos esos elementos.

John Conger menciona una serie de rasgos que caracterizan a la adolescencia: "La adolescencia puede ser una época de alegría irreprimible, así como de una tristeza y una pérdida aparentemente inconsolable; de una inclinación por los grupos y por la soledad, de altruismo y de egoísmo; de curiosidad insaciable y de aburrimiento; de confianza y duda en uno mismo. Pero sobre todo, la adolescencia es un período de cambios rápidos: físicos, sexuales e intelectuales dentro del adolescente; y de cambios ambientales en la naturaleza de las exigencias externas que la sociedad impone en sus miembros en desarrollo". (12)

Un problema bastante común que hemos detectado -

es el que se deriva de relaciones familiares inadecuadas, o sea productoras de tensión. Hay jóvenes sometidos a una disciplina dura e incongruente, o que son objeto de rechazo o ridículo por parte de sus padres o figuras de autoridad o simplemente están privados de atención. También resienten la falta de integración y de madurez personal de algunos de sus mayores o son afectados por problemas de tipo económico que sufre la familia.

Muchos niños y adolescentes son considerados por sus padres como propiedad particular y les son negados el respeto incondicional que merece su persona. Frecuentemente también son vistos con un enfoque económico, como alguien o algo capaces de aportar dinero a la casa.

Los adolescentes se encuentran ubicados dentro de una sociedad que presenta determinada ideología y de determinadas contradicciones. Por un lado, dentro de esta sociedad los jóvenes son estigmatizados por consumir drogas y por el otro dentro de esta misma sociedad se hace todo lo posible por incrementar el consumo del alcohol y los psicofármacos.

Hay una relación muy interesante entre la ideología dominante y la práctica represiva. Estas consideraciones se aplican en el caso de los farmacodependientes proletarios y en el de los pertenecientes al llamado ejército industrial de reserva.

El objetivo fundamental de todo individuo humano es alcanzar una "maduración", un "equilibrio", que podemos traducir sociológicamente en lograr una posición en la estructura social, posición ligada necesariamente al desempeño de un papel determinado que conlleva la pertenencia a un nivel social. En este sentido el -

desarrollo de la personalidad individual marcha desde el momento mismo del nacimiento hacia la consecución de una posición que justifique la existencia personal, y para lograrlo debe reconocer y ajustarse a las normas que sustentan la estructura a la que intenta integrarse y formar más tarde la personalidad social, que consiste en el desempeño de pautas de comportamiento que provienen en última instancia de la producción material de la vida, del trabajo, del desempeño de papeles complementarios que definen una posición social.

Ahora bien, el principio operante de la integración social, así como el proceso mismo de la socialización es para toda la sociedad un sistema de reglamentación basado en la "funcionalidad", la "efectividad" y el "orden", principios en los cuales se apoya la noción de "normalidad". Es "normal" lo que se ajusta a los principios de "funcionalidad", "efectividad" y "orden" impuestos por la sociedad, pero no por la sociedad global, sino por la clase dominante. Quien no se ajuste a esos principios es estigmatizado. En su interesante libro "Estigma", E. Goffman asienta que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. (13) Pero a fin de cuentas no es la sociedad general la que hace esto, sino la clase dominante de acuerdo a sus intereses. La estigmatización es una forma de represión ideológica.

En esta sociedad se hace mucho énfasis en el logro desde el punto de vista material, en el "éxito" traducido en la posibilidad de acceder a altos niveles de consumo de mercancías y servicios. De este modo, quien carece de todos los recursos aparece socialmente aislado, sin posibilidad de influir de manera decisiva en su

destino, un destino heredado a partir de la distribución social del trabajo. Los distintos medios de que se sirve la publicidad le presentan ante sus ojos mercancías variadísimas a las que no tiene acceso. Además en la vida real constata las enormes diferencias sociales y siente su situación de desventaja. Todo este cuadro favorece la formación de personalidades con marcada tendencia hacia la neurosis y la psicosis en un amplio sector de la sociedad, sector que enfrenta un pasado de malestares, un presente lleno de fatiga, miseria, frustraciones de todo tipo, represión y un futuro cada vez más incierto, angustiante. Pasado, presente y futuro representan una realidad que de alguna manera es necesario soportar y para lo cual se requiere de algún apoyo: la droga.

Según psiquiatras del Centro de Integración Juvenil de León a cada clase social corresponde una enfermedad mental específica. Las neurosis y las psicosis se dan en toda la sociedad; pero las psicosis predominan en el proletariado, sobre todo en las capas más desposeídas, y en el ejército industrial de reserva. En la determinación de este hecho son muy importantes las causales sociales, estructurales.

Las neurosis son "trastornos sin base orgánica demostrable, en los que el yo, muy fuerte, recurre a mecanismos de defensa sumamente muy elaborados ante situaciones que provocan angustia... (en los pacientes que las padecen) 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". (14) Por otro lado, los 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". (15) La diferencia entre las neurosis y las psicosis que nos interesa destacar aquí es que en las segundas la tendencia es hacia la ruptura con la realidad, o de hecho constituyen una ruptura con la realidad. En las psicosis se "disocian contenidos que juntos resultan dolorosos para el sujeto"; en cambio en quienes padecen trastornos neuróticos "no existe confusión entre la realidad y sus experiencias subjetivas". Las psicosis, en especial las esquizofrenias y los estados esquizoides se dan más entre los desposeídos porque tienen necesidad de evadirse de la situación de carencias materiales, de represión y de las enfermedades que padecen, etc. Muchas drogas tienen efectos parecidos a los síntomas de la esquizofrenia o producen estados esquizoides; es el caso de los solventes y los alucinógenos. De acuerdo a un autor psicoanalítico, Pierre Daco (16), la enfermedad mental puede ser considerada como un mecanismo de defensa al que recurre el individuo para sobrevivir de alguna manera a situaciones productoras de tensión; en el caso de la esquizofrenia el individuo, la persona, se aleja de una situación dolorosa. Conocemos casos en los que el uso de drogas desempeña el mismo papel: sirve como mecanismo de evasión de condiciones lacerantes. Y curiosamente todos estos niños son de colonias proletarias y tienen diversos tipos de carencias: materiales, emocionales, etc.

Si bien la enfermedad mental puede ser considerada como un mecanismo de defensa, también es capaz de -

producir grandes sufrimientos. Entonces el enfermo puede recurrir al uso de drogas para calmar el dolor producido por el malestar emocional. El uso de drogas constituye un intento de evadirse de esa situación de sufrimiento. Entonces el asunto se complica. Se trata a veces de niños o jóvenes que recurren al uso de los solventes y ya hemos visto los daños que causan estos productos en el organismo humano; aquí es preciso señalar que los solventes dañan en gran proporción las neuronas cerebrales e incluso las aniquilan.

De los casos que conocemos de niños, adolescentes e incluso algunos adultos que recurren al uso de drogas como forma de escapar del sufrimiento que entraña la enfermedad emocional ninguno tiene conciencia de su situación de enfermedad, ni de que su hábito representa un intento de evasión de esa situación. Lo mismo con los familiares de estas personas.

Además del enfoque que hemos mencionado en relación con la neurosis, ésta puede ser considerada de manera general como la falta de control emocional y, en los casos graves, como la infelicidad crónica. El neurótico es presa de conflictos internos entre tendencias opuestas, que le producen angustia. Puede haber una relación entre la neurosis y el consumo de drogas que se establece de la siguiente manera: para evadirse de los conflictos y de la angustia la persona que los padece recurre a los fármacos, ya sea de manera consciente o inconsciente, dando un uso médico o extramédico a tales productos, etc.

En el plano psicológico las causas de las neurosis se encuentran en el condicionamiento de que es objeto el individuo durante los primeros años de su vida en el núcleo familiar; importan mucho los mensajes que capte, verbales y no verbales, en relación a su persona y el trato que reciba, si es o no objeto de amor, etc.

Pero también hay ciertas tendencias contradictorias cardinales en nuestra cultura en las que se basan los típicos conflictos neuróticos o que al menos agravan las neurosis o que afectan de manera más significativa a los neuróticos. (17)

En el capitalismo el principio de la competencia individual es el fundamento económico de la sociedad. - El individuo debe luchar contra otros individuos y para lograr sus fines tiene a veces que llegar a hacerlos a un lado y pasar sobre ellos. Todos los individuos son competidores potenciales unos de otros y las ventajas de unos se convierten en desventajas de otros. En el ser humano es normal y hasta deseable cierto nivel de agresividad; pero el medio social con sus valores lo impulsa a ser agresivo hasta un nivel patológico.

Por otro lado, en nuestra sociedad se da una contradicción importante. Por una parte, se hace todo lo posible por impulsarnos hacia el "éxito", a veces a costa de lo que sea, haciendo a un lado a los demás o explotándolos. Por otra parte estamos imbuidos de los ideales cristianos del amor al prójimo y se preconiza la humildad y el afán de servicio. Ante este conflicto se presentan dos soluciones: optar por una de las dos tendencias olvidándose de la otra o bien considerar las dos, con lo que se producen fuertes inhibiciones en ambos sentidos en el individuo.

La publicidad y los valores de nuestra sociedad nos impulsan al consumo y acicatean nuestras necesidades. Pero por otro lado, para la mayoría de la gente la satisfacción de las necesidades creadas está muy restringida, por lo que se produce un sentimiento de frustración: sus deseos se hayan constantemente en discordia con sus satisfacciones. Se trata de una situación de frustración constante, y generalmente esta frustra-

ción no se experimenta a nivel conciente. Pero se vive.

- Por objetivos filosóficos, éticos, estéticos, místicos, búsqueda de identidad profunda, etc.

Personalmente hemos conocido jóvenes que nos han confiado que tienen la intención de experimentar con alucinógenos y otros que ya lo han hecho, con la finalidad de percibir la verdadera esencia del mundo, de la realidad que nos rodea; descubrir una belleza que está permitida solamente a algunos; experimentar el sentido de unión mística con el universo y captar su verdadera identidad personal en el interior de sí mismos.

Encontramos muchísimos casos en donde podemos captar la multiplicidad de causas o razones para orientarse por el camino de la farmacodependencia. Un extracto del testimonio que nos proporcionó una persona nos permite darnos cuenta de la labor de toma de conciencia, de trabajo introspectivo que ha realizado.

Informante: varón de 34 años, con estudios de nivel superior.

La primera droga que consumió fue el alcohol. Ahora ha tomado conciencia de que durante mucho tiempo recurrió a él como a una droga sin darse cuenta de lo que hacía. Empezó a consumirlo en las fiestas y en las reuniones con los amigos los fines de semana. Después su consumo constituyó una forma equivocada de enfrentar sus conflictos interiores y sus problemas, una huida de ellos. El hecho mismo de que ingería alcohol con relativa frecuencia pasaba inadvertido para él.

La siguiente droga fue la marihuana. "Yo era un tipo que casi no tenía amigos y me sentía solo. Estuve algunos años estudiando en la ciudad de México y --

cuando venía a Irapuato realmente parecía que yo era un extraño en mi propio pueblo. Tenía dificultades para hacer amigos o 'cuates'. No recuerdo bien cómo empecé a relacionarme con un grupo de muchachos de la 'onda', el caso es que ellos me aceptaron. Me sentí a gusto entre ellos pues no experimentaba tanto mi soledad. Consumí varias veces marihuana para sentir que realmente pertenecía al grupo. Además había cierto placer en hacer algo que era visto como 'malo' por parte de la gente en general. Siento que consideraba tener cierto prestigio por ser 'grueso' o pertenecer al ambiente de los 'gruesos'.

También por impresionar a algunos amigos y llamar la atención una vez ingerí una pastilla cuyo nombre comercial es 'Paxate'. No sentí ningún efecto, más que somnolencia leve.

El alcohol lo dejé porque me ocasionó problemas de tipo hepático. También de la marihuana me alejé y fué a causa de sus efectos negativos en mi persona: me sacaba de mí inconsciente muchos episodios negativos de mi pasado. Por ese tiempo pasaba por una etapa francamente depresiva en alto grado patológico. En otras ocasiones mi reacción era de risa: fumaba la droga y me daba por reír de cualquier cosa. Era algo absurdo.

Aunque sigo consumiendo drogas por prescripción médica, pues estoy sujeto a tratamiento psiquiátrico y me administran antidepresivos, mi plan es apartarme de ellas. Mi plan es no seguir consumiendo tampoco marihuana ni ninguna droga de la 'onda'. Además el doctor me ha dicho que ese tipo de drogas tienen un efecto especialmente negativo en mí, dadas las características de mi personalidad. Después trabajaré por dejar los antidepresivos.

He estado luchando por producir un cambio en mi vida, en mi conducta. Pienso cultivar, o mejor dicho, seguir cultivando, una tendencia de desarrollo personal, de productividad en todos sentidos, cosa que se me dificulta mucho".

NIVELES DE GRAVEDAD DE LA FARMACODEPENDENCIA

En relación con los diferentes niveles de gravedad dentro de la farmacodependencia presentaremos dos diferentes clasificaciones: la del Centro Altona, de Hamburgo, y la que manejaba el desaparecido Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

El Centro Altona, clínica de desintoxicación y tratamiento de farmacodependientes y alcohólicos maneja una escala de cinco fases o categorías dentro del camino de la farmacodependencia. Los cuatro primeros grupos representan una intensidad progresiva dentro del consumo de drogas; el grupo número cinco es un grupo hasta cierto punto inclasificable en relación con los cuatro anteriores, ya que no está en relación con la gravedad de la drogadicción, sino que se toma más bien en cuenta el tipo de personalidad del usuario.

Grupo 1.

En el grupo que integra la etapa número uno se encuentran:

A.- Los drogadictos potenciales, individuos que nunca han probado la droga, pero que por sus características de personalidad la aceptarían si pudieran o estuvieran frente a la oportunidad de la aventura.

B.- Los probadores, jóvenes que han usado de una a cinco veces alguna droga. Además está la particularidad de que se trata de drogas como la marihuana o "pastillas" como los barbitúricos y los tranquilizantes, pero no drogas de las llamadas fuertes.

Se señala que a este grupo pertenecen sujetos inmaduros, incapaces de sostener relaciones interpersonales duraderas; personas frustradas con conflictos internos graves; sujetos impulsivos que no pueden posponer la satisfacción de necesidades básicas.

Nosotros hemos encontrado en nuestras observaciones a jóvenes que se pueden ubicar en este grupo y que caen dentro del inciso B, o sea que forman parte de los "probadores", y de los cuales podemos decir que son sanos o que tienen problemas de los que se pueden llamar normales en su etapa de desarrollo, además de jóvenes con características de personalidad como las mencionadas en el párrafo anterior. Muchos adolescentes se desenvuelven en ambientes donde el consumo de marihuana y "cemento" es algo común. Un joven de una colonia proletaria del sureste de la ciudad nos comentó en una ocasión que de todos los jóvenes de su edad que conoce nada más tres o cuatro no han probado marihuana; se refería a jóvenes de su misma colonia. Podemos decir entonces que en algunos jóvenes la orientación hacia el consumo de marihuana y otras drogas está determinada por la influencia del medio, más que por sus características de personalidad, aunque usualmente se conjugan los dos elementos.

Grupo 2.

Aquí se encuentran los llamados "consumidores en comunidad". Son los jóvenes que usan las drogas con fi

nes sociales, más o menos como muchos adultos consumen bebidas alcohólicas. Se reúnen para conversar o jugar, pero también es una fuerte motivación el experimentar los efectos de lo que ingieren.

Los que pasan a la siguiente etapa, que lógicamente representa un poco más de gravedad en la Escala, son los grandes consumidores, en los que se presenta una patología agregada, además de la que personalmente pueden poseer producida por el consumo de la droga, el tipo de vida que llevan, la acentuación de su tendencia evasivista de la realidad, etc.

Grupo 3.

Este grupo-etapa está constituido por los consumidores indiscriminados: prueban cualquier droga y recurren a cualquier vía, inclusive la intravenosa. El tipo de dependencia que presentan es psicológica más que física; la clave nos la da el hecho de que acepten la variedad y no tengan preferencia por alguna en especial, excepto quizá la marihuana.

Grupo 4.

Quienes son considerados verdaderos farmacodependientes en sentido estricto integran este grupo. Exhiben dependencia física y síndrome de abstinencia. Constituyen los casos más graves y el ejemplo típico es el heroínómano. Es muy difícil localizar los rasgos psicopatológicos en los integrantes de este grupo ya que se confunden con los efectos producidos por la droga y el tipo de vida que llevan.

Grupo 5.

Se ha convenido en llamar "hiperadaptados" a los individuos que integran este grupo. Consumen estimulantes, sedantes o marihuana según la ocasión y según su estado anímico. Para que se capte el cariz específico que tiene este grupo transcribiremos una cita del Doctor Rafael Velazco: "Su actitud ante la vida y ante la droga se ilustra muy bien con el caso de la joven que en cierto momento manifestó de este modo su estado anímico: 'No se si tomarme una benzedrina e irme a la fiesta, o tomarme un nembutal e irme a dormir". (18)

El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia elaboró una clasificación que incluye cuatro grupos:

Grupo 1.- Experimentadores.

Son usuarios que toman drogas por simple curiosidad. Los ejemplos que ilustran este caso son los mismos que mencionamos cuando nos ocupamos de la primera motivación en la clasificación anterior.

Grupo 2.- Usuarios sociales u ocasionales.

Quienes forman parte de esta categoría consumen drogas solamente cuando están en un grupo. El consumo de drogas tiene en ellos la finalidad de pertenecer a un grupo, de rebelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente de seguir una moda.

Algunos jóvenes que entrevistamos se colocaron a

sí mismos en este grupo. Después tuvimos la oportunidad de convivir con ellos y de sostener más pláticas. - En efecto, creemos que objetivamente pertenecían a este grupo. Casi nada más consumían marihuana y no otras - drogas y solamente cuando eran convidados por otros - miembros de la "palomilla". Difícilmente llegaron a - sentir la "ericez", o sea la inquietud ocasionada por - la falta de droga y la ansiedad por conseguirla. Otros más se ubicaron en este grupo, pero creemos que con más propiedad pertenecían al siguiente, o sea el grupo número 3, en el cual está implicada cierta gravedad. Realmente no tenían conciencia de su situación.

Grupo 3.- Farmacodependientes funcionales.

Son usuarios que necesitan tomar drogas para - funcionar en sociedad. A veces no pueden desarrollar - sus actividades cotidianas o gran número de ellas si no consumen drogas, ya sea marihuana, anfetaminas o tranquilizantes.

Los miembros de este grupo a pesar de su dependencia siguen funcionando en sociedad. Manifiestan - trastornos sólo cuando se ven privados de la droga. A veces su inquietud se apacigua cuando la consiguen y la tienen en su poder aunque no la consuman de inmediato.

Aunque para nosotros reviste cierta gravedad esta categoría hemos encontrado varios individuos que pertenecen a ella y que pueden ser considerados buenos padres de familia y trabajadores responsables, hecho que no deja de causar cierta sorpresa.

Grupo 4.- Farmacodependientes disfuncionales.

Son personas que han dejado de funcionar en so-

ciudad. Casi toda su vida gira en torno a las drogas y dedican gran parte de su tiempo a conseguirlas y consumirlas.

He aquí un ejemplo. Se trata de un joven de 28 años. Es un individuo con sensibilidad poética que cultiva además el género literario del cuento. A nuestro juicio tiene talento. No recuerda como se inició en el uso de las drogas, lo que sí es seguro es que lleva más tiempo consumiendo alcohol que marihuana y otras sustancias que con más propiedad considera drogas. Tampoco se interesa por las motivaciones o causas que lo indujeron a iniciarse en ese ambiente. La primera plática gira en torno al siguiente tema: su admiración por literatos como Baudelaire, Gautier y otros que se intoxicaron con hashish. Nos parece percibir que incluso se identifica con Baudelaire considerado como "poeta maldito"; tanta es su admiración por él. Por otro lado, desprecia a los puritanos. Es una persona que ejerce mucha atracción sobre un grupo de seguidores y esta atracción se debe a su manejo del lenguaje, su sentido de la observación, el hecho de ser hipercrítico, su extremismo, su sentido del humor y su prurito por llamar la atención. Además es considerado un buen "camarada" y es individualista.

En el transcurso de varios meses en que esporádicamente convivimos con él nos damos cuenta de que hace intentos por alejarse del alcohol y las drogas y recurrer a la religión. Varias veces lo ha intentado; incluso se nota a veces encendido en fervor religioso e impregnado de misticismo. Pero esa "onda" la vive sólo por un período de tiempo y regresa nuevamente a la "onda gruesa". Realmente es un tipo muy extremista y además no se puede sustraer al influjo del ambiente y la presión de su grupo de amigos.

Cuando transita por el sendero de la "onda pesada" su forma de expresarse nos hace pensar en Teófilo - Gautier, quien en el prefacio de su novela "Mademoiselle de Maupain" escribió que preferiría conceder un gran premio a quien inventara un deleite nuevo a instituir un Premio Monthyon como recompensa a la virtud. Después, cuando se vuelve a la "onda religiosa" su tipo de expresiones cambia radicalmente así como los libros que lee. A "Las flores del mal" de Baudelaire se oponen "Las florecillas de San Francisco", y así por el estilo.

A los cuatro grupos anteriores nosotros añadimos uno más. Lo denominamos el grupo de los retirados.

Grupo 5.- Retirados.

Ellos mismos se llaman "desafanados". He aquí al respecto algunos de los casos que más nos interesaron. En ellos y otros más que no mencionaremos se puede observar lo que se llama cierta toma de conciencia y hasta una conversión.

Informante del sexo masculino, de 28 años de edad; estudia y trabaja.

La primera droga que consumió fue el alcohol. Su grupo de amigos acostumbraban consumirlo con bastante frecuencia y cree que influyó su deseo de identificarse con ellos para que aceptara las invitaciones a "libar". Después recurrió a él como a un estimulante, sobre todo en fiestas y con la finalidad de desinhibirse para ir a ver a la novia.

Continuó luego con la marihuana. Su motivación para fumarla fue múltiple: curiosidad, deseo de identificarse con el grupo de amigos que lo invitaron a consumirla; como forma de manejar algunas inquietudes; etc.

Otras drogas: "Mandrax", cinco veces más o menos. Motivaciones: curiosidad, por invitación, etc. "Las dejé porque sabía que hacían daño y además no me interesaron".

Ahora se halla retirado de las drogas; llegó a estar en la etapa número tres como farmacodependiente funcional y casi en el grupo cuatro como farmacodependiente disfuncional. Después estuvo en el grupo dos hasta que se retiró.

Su motivación para alejarse de las drogas también fue múltiple: una toma de conciencia de lo que estaba haciendo y sus implicaciones para el futuro, el deseo de resolver sus problemas y una motivación de tipo religioso, una especie de conversión.

"Sentí que se debilitaba mi personalidad: cada vez se me hacía más difícil enfrentar la realidad. La droga me alejaba de la posibilidad de resolver mis problemas. De alguna forma me apartaba de la realidad. El mundo seguía su marcha y yo estaba al margen, me aislaba. Cada vez me evadía más de este mundo".

Sus perspectivas son el sentido de crecer personalmente. El concepto de crecimiento tiene para él un profundo significado. Se refiere al desarrollo de las cualidades positivas que todo ser humano posee, sus potencialidades, y al compromiso con el prójimo.

Veamos otro caso en donde destacan factores internos de peso que influyeron en la orientación hacia el consumo de drogas, además de los factores externos -

clásicos.

Informante de sexo masculino, de 27 años de edad; grado de estudios: nivel profesional.

El alcohol fue lo que consumió primero del grupo de drogas. Varias fueron las motivaciones: el deseo de pertenecer a un grupo de jóvenes y la falta de objetivos. Reconoce que realmente es fuerte la presión de los "cuates" y más "cuando uno no está bien ubicado".

Continuó con algunas drogas depresoras, como el "Seconal", por invitación de amigos como factor exterior. Además menciona como determinante la ansiedad que experimentaba y que se debía a la falta de atención hacia él por parte de sus padres.

Después vinieron las siguientes drogas: marihuana, peyote, benzedrinas, LSD, etc. A veces consumía algunas de estas drogas en forma combinada.

Respecto a la experiencia con LSD confiesa haber tenido un "mal viaje" muy prolongado: "Me fui de paso". Cayó en un estado psicótico y fue necesario que lo hospitalizaran. Durante el "viaje" tuvo alucinaciones muy variadas, de las cuales no desea hablar como queriendo dejar todo eso en el pasado. Cree que influyó su personalidad en el hecho de que se produjera el "mal viaje". Había previamente ciertos problemas psicológicos que tenían su origen en la infancia.

Actualmente se ubica en el grupo número cinco y llegó a estar en el número cuatro, como farmacodependiente disfuncional. El punto crítico que sirvió para que decidiera apartarse de las drogas fue el hecho de haber pasado 40 días en un sanatorio para enfermos mentales durante el "pasón" originado por el consumo de

LSD. La crisis le sirvió para tomar conciencia de su situación y a partir de ahí le nació la inquietud por hacer "algo" o ser "alguien". "Según como yo lo veo ahora me planteé el siguiente dilema: caer en lo peor, o sea ser traficante de drogas, que es hacia donde voy, o dedicarme a mis estudios, llegar a ser alguien". Comprendió que no únicamente iba a salir beneficiado él, sino que también mejorarían sus relaciones con sus padres. Más o menos seis meses después aparece el factor religioso como elemento de muchísima ayuda. Además lee libros de autores cristianos y orientales y literatura de automejoramiento y superación personal.

Perspectivas: definitivamente no reincidir, según él mismo lo dice.

CAPITULO V

LA FARMACODEPENDENCIA Y LOS PROBLEMAS DE
SALUD-ENFERMEDAD EN IRAPUATO, GTO.

En "La situación de la Clase Obrera en Inglaterra" Federico Engels establece que el alcoholismo y la prostitución son una consecuencia natural de las condiciones de vida en que la burguesía mantenía a la clase obrera. En este documento Engels habla de cómo viven los trabajadores en proceso de proletarización y describe una situación conformada por una vivienda paupérrima, una alimentación deficiente, un trabajo extenuante y realizado en condiciones francamente nocivas, etc., y a todo esto acompaña una serie de consecuencias sociales derivadas de esas condiciones de vida y trabajo: el desempleo, el alcoholismo, la prostitución, la delincuencia, etc.

De la bebida dice Engels que "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 ponerlo al alcance de la mano". E ilustra cómo el alcoholismo se deriva de las condiciones en que viven los trabajadores, el tipo de vivienda, alimentación y condiciones laborales:

"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 esta situación "... 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." (1)

De ninguna manera afirmamos que lo que pasa en México y concretamente en Irapuato, Gto., en lo que se refiere al consumo de drogas y alcohol, sea exactamente lo mismo que lo que afirma Engels en relación a la Inglaterra del siglo pasado. Pero sí creemos que hay cierta analogía si se guardan las debidas proporciones y tenemos en cuenta el contexto histórico.

En la introducción hacíamos mención de las tesis de la sociología médica marxista que Raúl Rojas Soriano presenta en su libro "Sociología Médica" y enunciarnos la tesis número dos. Es conveniente repetirla aquí: - "Existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas (proletariado y burguesía) con respecto a la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos". Esto quiere decir que las enfermedades son enfermedades de clase, determinadas por las condiciones de vida de cada clase .

respectiva, que a su vez se derivan del modo como se incrusta cada una en el proceso de la producción.

Dentro de este contexto la farmacoddependencia es una enfermedad de clase y a la vez constituye un síntoma del cuadro patológico que tiene como origen el paupé- rismo y la marginación. Veamos los respectivos cuadros en donde se ubican la presencia marcada y la ausencia - notoria de la farmacoddependencia.

Presentaremos primero un pequeño marco introduc- torio. La fecha oficial de la fundación de Irapuato es el 15 de febrero de 1547, aunque la localidad ya exis- tía mucho tiempo atrás; se trataba de una comunidad indí- gena de tipo tarasco.

Geografía.

Ubicación: 20 46' 28" latitud norte.
101 20' 51" latitud oeste.

Altura: 1724 metros sobre el nivel del mar.

Límites municipales:

Al norte con los municipios de Guanajuato y -
Silao.

Al sur con los municipios de Abasolo y Pueblo
Nuevo.

Al oeste con los municipios de Pénjamo y Ami-
ta.

Al este con el municipio de Salamanca.

Superficie:

El municipio de Irapuato ocupa 786.4 km. y la

ciudad según el censo de 1980, 30.575 km. - Hay que tener en cuenta que se han venido desarrollando fraccionamientos nuevos.

Población:

En la actualidad la ciudad tiene 320,000 habitantes, aproximadamente. De acuerdo a proyecciones estadísticas en el año 2,000 el municipio tendrá un millón doscientos cincuenta mil habitantes correspondiendo a la ciudad de Irapuato, 1'000,000 aproximadamente.

Comunicación:

Irapuato es una ciudad excepcionalmente bien comunicada, tanto en lo que se refiere a carreteras y supercarreteras y caminos vecinales, como a las líneas férreas que a ella conducen y de las cuales es paso obligado.

En enero de 1984 la central camionera reportó el paso de 900 autobuses con 26,000 pasajeros en el término de 24 horas. A esto hay que sumar el tránsito de camiones mixtos y de coches particulares, lo que da a las comunicaciones de Irapuato un gran volumen.

Por otro lado, la estación de Irapuato ocupa el cuarto lugar en movimiento e importancia en el sistema ferrocarrilero del país.

Actividades:

Comercio.

La ciudad es un centro comercial de importancia,

ya que es mercado de gran cantidad de pueblos y rancherías circunvecinas.

La Cámara de Comercio agrupa 2,490 negocios ubicados en la ciudad y 530 foráneos. A esto se tienen - que agregar los comercios de mercado, los locales semifijos y eventuales.

Agricultura.

El municipio ocupa el primer lugar en el Estado como productor de fresa y espárrago. Se cultivan además otros productos en volúmenes considerables: alfalfa, cebada, avena; jitomate, chile verde, ajo, cebolla; brócoli, col de bruselas; maíz, sorgo, trigo, garbanzo, frijol; etc.

Industria.

En el municipio de Irapuato existe una gran variedad de ramas industriales. Las principales fuentes de trabajo en la ciudad son las emparadoras y la industria del vestido; pero en inversión la industria metal-mecánica ocupa el primer lugar y en segundo puesto están las emparadoras.

Por todo lo anterior y por contar con instituciones de educación media y superior (Escuela Superior de Agricultura de la Universidad de Guanajuato, Tecnológico de Monterrey Unidad Irapuato, Escuela de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Escuela de Trabajo Social del Colegio "Juan Duns Escoto", Universidad "Quetzalcóatl", Consejo Nacional de Educación Profesional - Técnica, Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios número 65), Irapuato constituye un centro de atracción migratorio.

Urbanización.

Pavimentación.

La ciudad de Irapuato cuenta con el 87.5% de sus calles y avenidas pavimentadas. Estas son las características de los pavimentos:

Pavimento de asfalto	40 %
Pavimento de concreto	33 %
Pavimento de empedrado	7 %
Pavimento de adoquín	7.5 %
Sin pavimento	12.5 %

Después veremos en qué sectores de la ciudad se encuentra la gran mayoría de las calles sin pavimentar.

Alumbrado público.

El alumbrado público en la ciudad en su mayor parte es de tipo mercurial con focos de 250 watts. El control del alumbrado público es a través de celdas fotoeléctricas en la mayor parte del sistema, pero también existen circuitos con focos incandescentes, los cuales se controlan por medio de interruptores manuales.

El estado actual del sistema de alumbrado público se considera bueno en términos generales; hay algunas zonas de excepción. Veremos después cuáles son esas zonas.

Condiciones de vivienda.

Hasta hace dos años se tenía la siguiente información en relación al número de viviendas: existían -

aproximadamente 34,565 las cuales estaban construidas - de los siguientes materiales:

Tabique con estructura de concreto	80 %
Tabique y techo de lámina	10 %
Adobe y techos de diferentes materiales.	8 %
Madera, lámina y otros materiales	2 %

Más adelante haremos una comparación entre diferentes sectores urbanos y el tipo de materiales que son empleados en la construcción de las viviendas en cada uno de ellos.

En los últimos 15 años Irapuato ha sufrido un crecimiento urbano bastante acelerado, el cual se puede dividir en 3 etapas. La primera se da en 1973, año en el que se produjo una inundación que derribó cientos de casas y dio lugar al nacimiento de una colonia en el sureste de la ciudad, la Colonia "18 de Agosto"; también produjo el reacomodamiento de muchas familias en diferentes sectores citadinos, sectores que en su mayoría son de tipo proletario.

También en 1973 se terminó de construir y se inauguró la unidad habitacional "Solidaridad", obra realizada por el INFONAVIT. Este mismo Instituto construyó el conjunto habitacional "Los Príncipes" en 1976, la segunda etapa de la unidad habitacional "Solidaridad" - en 1978-1979, el fraccionamiento "La Hacienda" en 1979, la tercera etapa de la unidad habitacional "Solidaridad" en 1980, lo mismo que la colonia "10. de Mayo" y el fraccionamiento "Jardines del Valle".

La segunda etapa la marca el año 1979, aproximadamente, que es cuando se da una inmigración significativa de gente proveniente de otras ciudades de la repú-

blica, sobre todo de México, D.F. Las autoridades gubernamentales habían tomado la decisión de implementar un proyecto de descentralización de la ciudad de México y se escogieron algunas ciudades del interior de la República para ubicar cierto número de oficinas y empresas del Sector Público. Irapuato fue una de esas ciudades y en ella se instalaron los laboratorios de pruebas de la Comisión Federal de Electricidad, el Centro de Investigaciones de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, etc. Por ese tiempo se creó la colonia de los electricistas.

De acuerdo con el programa de descentralización industrial de las áreas metropolitanas, el gobierno dictó el Plan Nacional de Desarrollo Industrial que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación en los decretos de los días 2 de febrero, 6 de marzo y 27 de junio de 1979, en los cuales se determinaron los municipios y entidades federativas que gozarían de estímulos fiscales.

Las industrias con actividades prioritarias que se instalaren en los municipios que comprendía el plan podían gozar de una serie de estímulos fiscales muy atractivos. El municipio de Irapuato quedó incluido en el Plan Nacional de Desarrollo Industrial, ubicado en la zona 18. Debido a los incentivos fiscales y a otros factores, como la ubicación de la ciudad, la disponibilidad de medios de comunicación, etc., en Irapuato se han instalado recientemente varias empresas de considerable importancia por el número de empleos que generan (Empacadora Gigante Verde, Fábrica de Estructuras Metálicas Goyco, S. A., etc.) la descentralización administrativa y la descentralización industrial del Valle de México son dos hechos que ha afectado y afectarán a Irapuato.

La tercera etapa la marcan los años 1983-1984, período durante el cual han estado naciendo buen número de fraccionamientos en el noroeste de la ciudad por el rumbo de la unidad deportiva ("Las Margaritas", Conjunto "Olimpia", etc.), aparte de otras colonias en otros sectores suburbanos, como Villas El Dorado, El Refugio, etc.

En 1970 Irapuato tenía menos de 30 colonias y fraccionamientos. En la actualidad son más de 100 incluidos aquellos que todavía no están habitados. Hay sectores burgueses, como "Villas de Irapuato", "Jardines de Irapuato", "Españita", etc. y proletarios como la colonia "18 de Agosto", ya mencionada, la colonia "Miguel Hidalgo", las colonias 1a., 2a. y 3a. de "San Gabriel", etc. No podían faltar los conglomerados urbanos en donde se ubica el ejército industrial de reserva, formado por habitantes del medio rural que han emigrado a la ciudad en busca de mejores condiciones 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 ésta. Como ejemplo de este tipo de conglomerados tenemos a la colonia de "San José de Jorge López", dividida en dos secciones, que se encuentra en el noroeste de la ciudad también por el rumbo de la unidad deportiva, pero oculta; poca gente conoce su existencia. Este asentamiento humano tiende a crecer debido a que aunque se creen fuentes de trabajo la necesidad al respecto es mucho mayor. El índice de desocupación y subocupación en la ciudad es alarmante.

Examinemos ahora los cuadros en donde se ubican tanto la presencia notoria de la farmacodependencia por un lado, como su ausencia por el otro. Basándonos en -

los datos obtenidos en la inspección de policía tomados de los registros del ingreso de los infractores de la ley o los reglamentos municipales, en la información proporcionada por el Departamento de Trabajo Social del DIF Municipal y la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia que funciona también en el DIF Municipal, y de acuerdo a nuestra observación personal podemos hacer la lista de los sectores urbanos tipificados como áreas en donde se da el fenómeno de la farmacodependencia, la cual incluye las siguientes colonias: "18 de Agosto", "El Cantador", primera, segunda y tercera de "San Gabriel", "Emiliano Zapata", "San José de Jorge López", etc. Además hay otros sectores que no pertenecen a alguna colonia sino que forman parte del casco central de la ciudad, como la calle Ojinaga, parte de la Matamoros, etc. Pero en todos los casos se trata de áreas consideradas como proletarias. No queremos decir que la farmacodependencia sea privativa de la clase proletaria, pero sí pensamos que ataca con más gravedad a esta clase social.

Todos los casos de consumo de solventes que conocemos son de niños y adolescentes que pertenecen al proletariado. En el caso de los consumidores de marihuana, éstos pertenecen al proletariado y a la clase media, aunque también hemos conocido algunos que son de clase burguesa. Algo que puede influir en el hecho de que la farmacodependencia no sea muy notoria entre la burguesía es que a esta clase social le interesa ocultar esta información. Para la burguesía la drogadicción es un estigma mayor que para las otras clases sociales. Pero creemos que la farmacodependencia afecta en un grado mucho menor a la burguesía que al proletariado.

¿Cuáles son las características que predominan -

en cada sector, burgués y proletario, en cuanto a la calidad de la vivienda, la calidad de los servicios urbanísticos y la presencia o ausencia de problemas sociales urbanos? Para responder a esta pregunta hicimos una investigación en la cual comparamos las condiciones presentes al respecto en tres colonias de clase burguesa, por un lado, y en cuatro colonias proletarias, por el otro. Para recabar esta información nos servimos de la observación directa, la entrevista a habitantes de las respectivas colonias, y además acudimos al Departamento de Obras Públicas Municipales en donde solicitamos algunos datos pertinentes.

Las tres colonias burguesas que elegimos son "Villas de Irapuato", "Jardines de Irapuato" y "Colonia Moderna"; las colonias proletarias son la "18 de Agosto", la segunda y la tercera de "San Gabriel" y la de "San José de Jorge López". Estos son los resultados obtenidos.

"Villas de Irapuato"

Se encuentra situada al noreste de la ciudad, a una distancia de 5 kilómetros de ella. Por sí sola ocupa una superficie equivalente a la quinta parte del resto de la ciudad.

- 1.- Nombre de la colonia: "Villas de Irapuato".
- 2.- Número aproximado de habitantes: 2400.
- 3.- Número aproximado de viviendas: 400. (El fraccionamiento está dividido en 2000 lotes, pero en la actualidad está fincado únicamente el 20% de ellos).
- 4.- Tipo predominante de vivienda:

- A.- Transitoria 0 %
- B.- En proceso de consolidación 0 %
- C.- Consolidada 100 %

5.- Servicios Urbanos:

- A.- Porcentaje de vivienda con agua potable 100 %
- B.- Porcentaje de calles con drenaje... 100 %
- C.- Porcentaje de calles pavimentadas.. 100 %
- D.- Calidad del alcantarillado bueno
- E.- Porcentaje de calles con luz eléctrica 100 %

F.- Transportes:

F.1. Número de autobuses: ninguno, pero no es necesario; todos los habitantes tienen vehículo propio.

F.2. Número de colectivos: ninguno.

G.- Número de teléfonos públicos: ninguno, pero no son necesarios.

H.- Número de mercados: ninguno.

I.- Número de tianguis: ninguno.

J.- Número de parques: 1

K.- Número de jardines: 1

6.- Servicios Educativos:

- A.- Preescolar 1 kinder
- B.- Primaria 1 escuela
- C.- Secundaria 1 escuela
- D.- Preparatoria o equivalente.. 1 escuela
- E.- Profesional 1 instituto

7.- Servicios Recreativos:

Número de instalaciones deportivas, 1 Club de Golf

8.- Número de Servicios Sociales y Culturales e Instituciones a las que pertenecen:

A.- Servicios médicos:

A.1.- Número de clínicas 0
 A.2.- Número de hospitales 0
 A.3.- Número de consultorios privados. 0 (aún no hay).

B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad: ninguno, pero no son necesarios.

9.- Problemas Sociales:

A.- Desempleo y subempleo no hay
 B.- Drogadicción no hay *
 C.- Alcoholismo no hay
 D.- Prostitución no hay
 E.- Asaltos no hay
 F.- Robos no hay
 G.- Número de cantinas y similares 1
 H.- Servicio de vigilancia excelente

"Jardines de Irapuato"

1.- Nombre de la colonia: "Jardines de Irapuato".

2.- Número aproximado de habitantes: 2000.

3.- Número aproximado de viviendas: 320

4.- Tipo predominante de vivienda:

A.- Transitoria 0 %
 B.- En proceso de consolidación 0 %
 C.- Consolidada 100 %

5.- Servicios Urbanos:

A.- Porcentaje de viviendas con agua potable...	100 %
B.- Porcentaje de calles con drenaje	100 %
C.- Porcentaje de calles pavimentadas	100 %
D.- Calidad del alcantarillado	bueno
E.- Porcentaje de calles con luz eléctrica.....	100 %
F.- Transportes:	
F.1.- Número de autobuses:	4 líneas
F.2.- Número de colectivos:	1 línea
G.- Número de teléfonos públicos:	1
H.- Número de mercados:	0
I.- Número de tianguis:	0
J.- Número de parques:	0
K.- Número de jardines:	1

6.- Servicios Educativos:

A.- Preescolar	2 kinders
B.- Primaria	2 escuelas
C.- Secundaria	2 escuelas
D.- Preparatoria o equivalente	2 escuelas
E.- Profesional	0 escuelas

7.- Servicios Recreativos:

- Número de instalaciones deportivas ... 0 (la gente va a clubes privados).

8.- Número de Servicios Sociales y Culturales e Instituciones a las que pertenecen:

A.- Servicios médicos:

A.1.- Número de clínicas	1
A.2.- Número de hospitales	0
A.3.- Número de consultorios privados	1

B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad: ninguno, pero no son necesarios.

9.- Problemas Sociales:

A.- Desempleo y subempleo no hay
 B.- Drogadicción no hay
 C.- Alcoholismo no hay
 D.- Prostitución no hay
 E.- Asaltos no hay
 F.- Robos no hay
 G.- Número de cantinas y similares .. 1
 H.- Servicio de vigilancia excelente

"Colonia Moderna".

1.- Nombre de la colonia: "Colonia Moderna".
 2.- Número aproximado de habitantes: 4161.
 3.- Número aproximado de viviendas: 694.
 4.- Tipo predominante de vivienda:

A.- Transitoria 0 %
 B.- En proceso de consolidación 0 %
 C.- Consolidada 100%

5.- Servicios Urbanos:

A.- Porcentaje de viviendas con agua potable: 100 %
 B.- Porcentaje de calles con drenaje: 100 %
 C.- Porcentaje de calles pavimentadas: 100 %
 D.- Calidad del alcantarillado: bueno
 E.- Porcentaje de calles con luz eléctrica: 100 %
 F.- Transportes:

F.1.- Número de autobuses: 4 líneas.
 F.2.- Número de colectivos: 1 línea.

G.- Número de teléfonos públicos:	1
H.- Número de mercados:	1
I.- Número de tianguis:	0
J.- Número de parques:	0
K.- Número de jardines:	0

6.- Servicios educativos:

A.- Preescolar	2 kinders
B.- Primaria	1 escuela
C.- Secundaria	2 escuelas
D.- Preparatoria o equivalente	2 escuelas
E.- Profesional	1 escuela

7.- Servicios Recreativos:

- Número de instalaciones deportivas: 1 (club cam-
pestre)

8.- Número de servicios sociales y culturales e institu-
ciones a las que pertenecen:

A.- Servicios médicos:

A.1.- Número de clínicas	0
A.2.- Número de hospitales	0
A.3.- Número de consultorios priva- dos	1

B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad: ninguno,
pero no son necesarios.

9.- Problemas sociales:

A.- Desempleo y subempleo	no hay
B.- Drogadicción	no hay
C.- Alcoholismo	no hay
D.- Prostitución	no hay
E.- Asaltos	no hay
F.- Número de cantinas y similares	0
G.- Servicio de vigilancia	bueno

Ahora veamos el extremo opuesto.

Colonia "18 de Agosto".

- 1.- Nombre de la colonia: "18 de Agosto".
- 2.- Número aproximado de habitantes: 3600.
- 3.- Número aproximado de viviendas: 515
- 4.- Tipo predominante de vivienda:
 - A.- Transitoria 10 %
 - B.- En proceso de consolidación 25 %
 - C.- Consolidada 65 %
- 5.- Servicios urbanos:
 - A.- Porcentaje de viviendas con agua potable: 100 %
 - B.- Porcentaje de calles con drenaje: ... 100 %
 - C.- Porcentaje de calles pavimentadas: .. 50 %
 - D.- Calidad de alcantarillado malo
 - E.- Porcentaje de calles con luz eléctrica 90 %
 - F.- Transportes:
 - F.1.- Número de autobuses: 2 líneas
 - F.2.- Número de colectivos: 1 línea
 - G.- Número de teléfonos públicos 0
 - H.- Número de mercados 0
 - I.- Número de tianguis 0
 - J.- Número de parques 0
 - K.- Número de jardines 0
- 6.- Servicios educativos:
 - A.- Preescolar 1 kinder
 - B.- Primaria 1 escuela
 - C.- Secundaria 1 escuela
 - D.- Preparatoria o equivalente, .. 0 escuelas
 - E.- Profesional 0 escuelas

7.- Servicios recreativos:

- Número de instalaciones deportivas: 0

8.- Número de servicios sociales y culturales e instituciones a las que pertenecen:

A.- Servicios médicos:

A.1.- Número de clínicas 0

A.2.- Número de hospitales 0

A.3.- Número de consultorios privados ... 0

B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad ... 1 (manejado por la AMSIF, Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia).

9.- Problemas sociales:

A.- Desempleo y subempleo presentes, de manera regular.

B.- Drogadicción presente, problema grave.

C.- Alcoholismo presente, problema grave.

D.- Prostitución no hay.

E.- Asaltos presentes, de manera grave.

F.- Robos presentes, de manera leve.

G.- Número de cantinas y similares 0

H.- Servicio de vigilancia regular

"Segunda Colonia de San Gabriel"

Su nombre oficial es "Fraccionamiento Campestre - Hurtado", pero nadie en Irapuato lo conoce por ese nombre.

Esa es la denominación con la que aparece registrada en el Departamento de Obras Públicas Municipales. Nosotros la manejaremos con el nombre de "Segunda Colonia de San Gabriel".

1.- Nombre de la Colonia: "Segunda Colonia de -
San Gabriel".

2.- Número aproximado de habitantes: 2000

3.- Número aproximado de viviendas: 330

4.- Tipo predominante de vivienda:

A.- Transitoria 20 %

B.- En proceso de consolida- -
ción 50 %

C.- Consolidada..... 30 %

5.- Servicios Urbanos:

A.- Porcentaje de viviendas con agua
potable 100 %

B.- Porcentaje de calles con drenaje 100 %

C.- Porcentaje de calles pavimenta- -
das 50 %

D.- Calidad del alcantarillado malo

E.- Porcentaje de calles con luz -
eléctrica 100 %

F.- Transporte:

F.1.- Número de autobuses: 1 línea.

F.2.- Número de colectivos: 0 líneas.

G.- Número de teléfonos públicos: .. 0

H.- Número de mercados 0

I.- Número de tianguis 0

J.- Número de jardines 0

K.- Número de parques 0

6.- Servicios educativos:

A.- Preescolar 0 kinders.

B.- Primaria 1 escuela

- C.- Secundaria 0 escuelas
 D.- Preparatoria o equivalente.. 0 escuelas
 E.- Profesional 0 escuelas

7.- Servicios Recreativos:

- Número de instalaciones deportivas ... 0

8.- Número de servicios sociales e instituciones a las que pertenecen:

A.- Servicios médicos:

- A.1.- Número de clínicas 0
 A.2.- Número de hospitales 0
 A.3.- Número de consultorios privados 0

- B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad: 0

9.- Problemas sociales:

- A.- Desempleo y subempleo... presentes, de manera regular.
 B.- Drogadicción presente, problema grave.
 C.- Alcoholismo presente, en forma grave.
 D.- Prostitución presente, en forma leve.
 E.- Asaltos presente, problema grave.
 F.- Robos no se reportaron.
 G.- Número de cantinas o similares cero.
 H.- Servicio de vigilancia.. regular.

Tercera Colonia de "San Gabriel".

- 1.- Nombre de la colonia: "Tercera Colonia de San Gabriel".
- 2.- Número aproximado de habitantes: 1435
- 3.- Número aproximado de viviendas: 205
- 4.- Tipo predominante de vivienda:
 - A.- Transitoria 30 %
 - B.- En proceso de consolidación 50 %
 - C.- Consolidada 20 %
- 5.- Servicios Urbanos:
 - A.- Porcentaje de viviendas con agua potable 100 %
 - B.- Porcentaje de calles con drenaje 80 %
 - C.- Porcentaje de calles pavimentadas 0 %
 - D.- Calidad del alcantarillado pésimo
 - E.- Porcentajes de calles con luz eléctrica 90 %
 - F.- Transporte:
 - F.1 Número de autobuses 1 línea
 - F.2 Número de colectivos ... 1 línea
 - G.- Número de teléfonos públicos..... 0
 - H.- Número de mercados 0
 - I.- Número de tianguis 0
 - J.- Número de parques 0
 - K.- Número de jardines 0
- 6.- Servicios educativos.
 - A.- Preescolar 1 kinder
 - B.- Primaria 0 escuelas
 - C.- Secundaria 0 escuelas
 - D.- Preparatoria o equivalente.... 0 escuelas
 - E.- Profesional 0 escuelas

- 7.- Servicios recreativos:
 - Número de instalaciones deportivas: 0
- 8.- Número de servicios sociales e instituciones a las que pertenezcan:
- A.- Servicios médicos:
- A.1.- Número de clínicas 0
 A.2.- Número de hospitales 0
 A.3.- Número de consultorios privados 0
- B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad:... 1 (DIF Municipal)
- 9.- Problemas sociales:
- A.- Desempleo y subempleo... presentes, de manera re
gular.
- B.- Drogadicción presente, de manera re
gular.
- C.- Alcoholismo presente, de manera re
gular.
- D.- Prostitución no hay
- E.- Asaltos no se reportaron
- F.- Robos no se reportaron
- G.- Número de cantinas y si-
 milares no hay
- H.- Servicio de vigilancia.. nésimo

"San José de Jorge López"

- 1.- Nombre de la Colonia: "San José de Jorge Ló
pez".
- 2.- Número aproximado de habitantes: 2100
- 3.- Número aproximado de viviendas: 350
- 4.- Tipo predominante de vivienda:

- A.- Transitoria 35 %
- B.- En proceso de con-
solidación 50 %
- C.- Consolidada 15 %

5.- Servicios Urbanos:

- A.- Porcentaje de viviendas con -
agua potable 80 %
- B.- Porcentaje de calles con dre-
naje 0 %
- C.- Porcentaje de calles pavimen-
tadas 0 %
- D.- Calidad del alcantarillado... no hay
- E.- Porcentaje de calles con luz
eléctrica 0 %
- F.- Transporte:
 - F.1.- Número de autobuses: 0 líneas
 - F.2.- Número de colectivos: 0 líneas
- G.- Número de teléfonos públicos: 0
- H.- Número de mercados 0
- I.- Número de tianguis 0
- J.- Número de parques 0
- K.- Número de jardines 0

6.- Servicios Educativos:

- A.- Preescolar 0 kinders
- B.- Primaria 0 escuelas
- C.- Secundarias 0 escuelas
- D.- Preparatoria o equiva-
lente 0 escuelas
- E.- Profesional 0 escuelas

7.- Servicios recreativos:

- Número de instalaciones deportivas:... 0

8.- Número de servicios sociales e instituciones a las que pertenecen:

A.- Servicios médicos:

A.1.- Número de clínicas: 0
 A.2.- Número de hospitales: 0
 A.3.- Número de consultorios
 privados 0

B.- Centros de Desarrollo de la Comunidad: 0

9.- Problemas sociales.

A.- Desempleo y subempleo ... presentes, de manera grave.
 B.- Drogadicción presente, de manera grave.
 C.- Alcoholismo presente de manera grave.
 D.- Prostitución no hay
 E.- Asaltos presentes, de manera regular.
 F.- Robos presentes, de manera regular.
 G.- Número de cantinas y similares 2
 H.- Servicio de vigilancia .. pésimo.

Para facilitar la comparación de los aspectos - que hemos estudiado en los diferentes sectores, burgués y proletario, organicemos la información en forma de cuadros. Tenemos así lo siguiente:

Tipo de vivienda	<u>Sector</u> <u>Burgués</u>	<u>Sector</u> <u>Proletario</u>
A.- Transitoria	0 %	23 %
B.- En proceso de consolidación..	0 %	43 %
C.- Consolidada	<u>100 %</u>	<u>34 %</u>
Total:	100 %	100 %

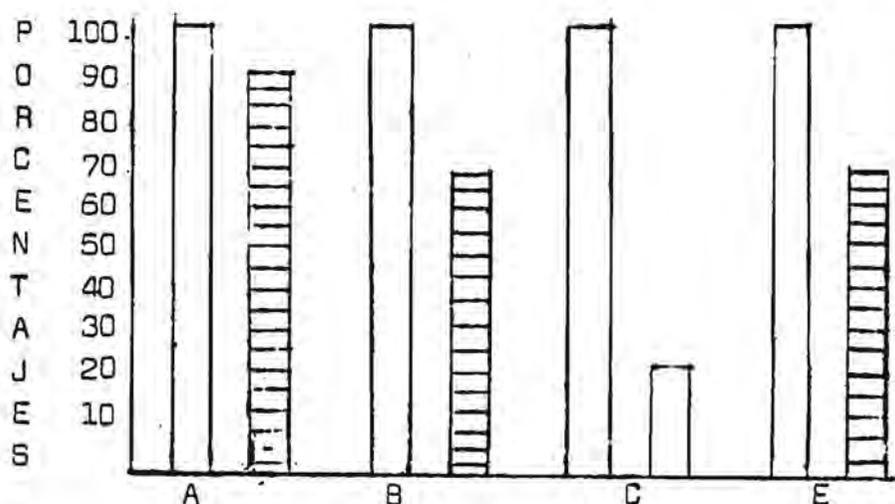
Aparte de la información que arroja esta fría - comparación numérica debemos señalar que los materiales empleados en la construcción de las viviendas en el sector burgués son de primera y el acabado de las mismas es de lujo o de superlujo, y en el sector proletario los materiales son de segunda o tercera y el acabado es sencillo.

Tenemos que hacer resaltar esta gran diferencia. En el sector burgués el 100% de las viviendas es de tipo consolidado, mientras que en el sector proletario el tipo de vivienda consolidada llega apenas al 34%; el 66% restante se divide entre estos tipos: "en proceso de consolidación" (43%) y "transitoria" (23%). En donde abunda el tipo de vivienda transitoria es sobre todo en la colonia "San José de Jorge López"; ahí el 35% de las viviendas son de tipo transitorio.

Servicios urbanos	<u>Sector</u> <u>Burgués</u>	<u>Sector</u> <u>Proletario</u>
A.- Porcentaje de viviendas con agua potable	100 %	95 %
B.- Porcentaje de calles con drenaje	100 %	70 %
C.- Porcentaje de calles pavimentadas	100 %	25 %

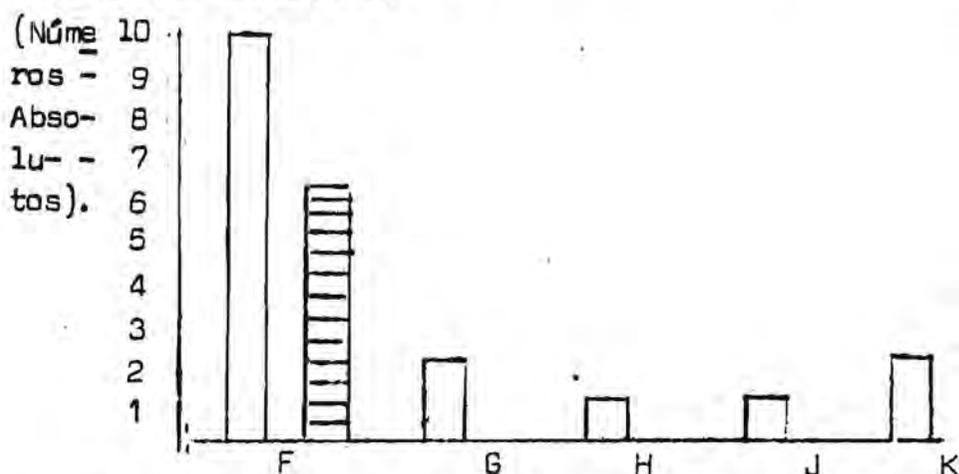
Servicios urbanos	<u>Sector</u> <u>Burgués</u>	<u>Sector</u> <u>Proletario</u>
D.- Calidad del alcantarillado.	Bueno	Malo
E.- Porcentaje de calles con luz eléctrica	100 %	70 %
F.- Transportes:		
F.1.- Número de autobuses - (número de líneas)...	8	4
F.2.- Número de colectivos (número de líneas)...	2	2
G.- Número de teléfonos públicos	2	0
H.- Número de mercados	1	0
I.- Número de tianguis	0	0
J.- Número de parques	1	0
K.- Número de jardines	2	0

Presentaremos esta información en forma de gráficas para captar de un vistazo las diferencias que hay entre cada sector.



- A.- Porcentaje de viviendas con agua potable.
 B.- Porcentaje de calles con drenaje.
 C.- Porcentaje de calles pavimentadas.
 E.- Porcentaje de calles con luz eléctrica.

Las barras en blanco corresponden al sector burgués; las barras con rayas horizontales corresponden al sector proletario.



- F.- Transportes (suma del número de líneas de autobuses y colectivos).
 G.- Número de teléfonos públicos.
 H.- Número de mercados.
 J.- Número de parques.
 K.- Número de jardines.

Las diferencias son notables. Donde más se acentúan son en los siguientes rubros: porcentaje de calles pavimentadas (100% en el sector burgués y apenas 25% en el proletario); calidad del alcantarillado (en el sector burgués el alcantarillado es bueno o excelente y en el otro es malo o de plano no existe, como es el caso de la colonia de "San José de Jorge López"); porcentaje de calles con luz eléctrica (100% en las colonias burguesas, 70% en las proletarias), número de jardines (en el sector burgués que está integrado por tres colonias hay dos y en el sector proletario que está integrado por cuatro colonias no hay ninguno, etc).

Servicios educativos:	Sector burgués	Sector Proletario
A.-Preescolar	5 kinders	2 kinders
B.-Primaria	5 escuelas	2 escuelas
C.-Secundaria	5 escuelas	1 escuela
D.-Preparatoria o equivalente	5 escuelas	0 escuelas
E.-Profesional	2 escuelas	0 escuelas

Nuevamente se destaca la gran diferencia. Es mucho mayor el número de instalaciones educativas de todos los niveles en el sector burgués en comparación con el del número de instalaciones correspondientes al sector proletario.

Servicios recreativos:	Sector burgués	Sector Proletario
Número de instalaciones deportivas.....	2	0

Por un lado tenemos que el número de instalaciones deportivas del sector burgués es de dos, y ahí están incluidos un club de golf de gran lujo y un club campestre. Por el otro lado, en el sector proletario el número de instalaciones deportivas es de cero.

Servicios sociales:

A. Servicios médicos:	Sector burgués	Sector Proletario
A.1 Número de clínicas	1	0
A.2 Número de hospitales	0	0
A.3 Número de consultorios	2	0
B. Centros de Desarrollo de la Comunidad	0	2

En este apartado se da la única diferencia a favor del sector proletario. Nos referimos al inciso B, que se refiere al número de Centros de Desarrollo de la Comunidad. En el sector proletario encontramos dos y en el burgués ninguno, pero obviamente en este sector no son necesarios. En cuanto a los servicios médicos la diferencia es a favor del sector burgués.

Problemas sociales:	Sector burgués	Sector Proletario
A. Desempleo y subempleo.....	No hay	Problema regular o grave
B. Drogadicción	No hay	Problema grave.

Problemas sociales:	Sector burgués	Sector Proletario
C.- Alcoholismo	no hay	Problema grave.
D.- Prostitución	no hay	Casi no hay.
E.- Asaltos	no hay	Problema entre regular y grave.
F.- Robos	no hay	Problema entre leve y regular.
G.- Número de cantinas y similares	2	5
H.- Servicio de vigilancia,...	Bueno o Excelente	Malo o inexistente.

Aquí las diferencias son también muy notables, - sobre todo en lo que se refiere al desempleo y subempleo, la drogadicción, el alcoholismo y los asaltos en donde en un lado representan un problema inexistente o prácticamente inexistente y en el otro constituyen un problema grave o al menos regular. En un caso el servicio de vigilancia es bueno o excelente y en el otro es malo o de plano no existe.

Vemos así que la drogadicción estudiada en una zona urbana se inscribe dentro de un cuadro de patología conformado por varios factores: 1.- Vivienda inadecuada y carencia de servicios públicos, como la pavimentación, el alcantarillado, la luz eléctrica, etc.; 2.- Deficiencia de instalaciones educativas, deportivas y de servicios médicos; y 3.- Presencia sobresaliente de fenómenos como el desempleo y el subempleo, el alcoholismo, los asaltos, los robos, la inseguridad personal,

etc. Y todas estas condiciones se dan en las zonas urbanas en donde se concentra la clase trabajadora. La farmacodependencia es una manifestación más de las condiciones de precariedad en que se encuentra un gran sector del proletariado y el ejército industrial de reserva.

En las mismas colonias señaladas levantamos una serie de encuestas para detectar el tipo y la frecuencia de las enfermedades que predominan en cada sector, burgués y proletario, y encontramos lo siguiente:

Las enfermedades del aparato digestivo son más frecuentes en el sector proletario que en el burgués en una proporción de 2.5 a 1 y además son de mayor duración y gravedad; los trastornos del aparato respiratorio son tres veces más frecuentes en el sector proletario que en el burgués y lo mismo que en el caso anterior son de mayor duración y gravedad.

En el sector burgués no detectamos enfermedades de la piel y en cambio en el proletario fueron frecuentes, sobre todo en las colonias más marginadas. La situación es la misma en lo que respecta a la desnutrición; en el sector burgués no encontramos ningún caso de esa enfermedad y en el sector proletario abundaron.

En el sector burgués fueron notorios los trastornos de tipo cardíaco y circulatorio y las úlceras. Además encontramos un caso de cada una de las siguientes enfermedades: hepatitis, artritis, alergia al polen y al polvo, infección de las vías urinarias, meningitis, etc.

Es necesario destacar la baja frecuencia relativa de las enfermedades del aparato respiratorio, del

aparato digestivo, de la piel y la ausencia de la desnutrición en las colonias burguesas. Por otro lado la incidencia de estas enfermedades en el sector proletario es muy alta.

Resulta muy ilustrativo mencionar aquí unos datos que obtuvimos en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guanajuato; ahí se hizo una investigación sobre problemas de salud en diferentes colonias de la ciudad y una de las colonias elegidas fue la tercera de "San Gabriel". El estudio abarcó a la totalidad de los habitantes de las colonias escogidas. De los datos obtenidos en esa investigación nos interesan los siguientes: el 48.5% de los niños menores de 5 años de la colonia tercera de "San Gabriel" padece desnutrición y el 12.9% sufre de parasitosis.

Nosotros personalmente encontramos casos como el siguiente. Una madre de familia de una colonia proletaria había tenido 20 hijos, de los cuales únicamente sobrevivían 7; de los 13 restantes, 12 habían fallecido al año de nacidos a causa de la desnutrición y uno había muerto antes de nacer por la misma causa.

En lo que se refiere a las enfermedades de la piel, detectamos un caso de lepra y la persona que la padece y sus familiares ignoran la gravedad del asunto. El paciente nunca se ha atendido por carecer de medios y conocimientos para acudir al servicio médico. Se trata de una enfermedad cuyo proceso de incubación dura 10 años en promedio.

En las mismas formas que empleamos en la encuesta para detectar el tipo y la frecuencia de las enfermedades que predominan en cada sector estudiado incluimos una pregunta referente a los servicios médicos a los que acude cada familia encuestada. Dividimos los servi

cios médicos en tres categorías: 1.- Medicina institucional (IMSS, ISSSTE, etc.); 2.- Medicina privada (médico en su consultorio y médico en clínica u hospital privado); y 3.- Asistencia Pública (Centro de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Departamento Médico del DIF Municipal, Hospital Civil, Hospital Militar y dispensario médico. Al respecto obtuvimos esta información:

El 20% de las personas del sector burgués acude a la medicina institucional y el 80% restante acude a la medicina privada que, como hemos visto, incluye a los médicos que laboran en su consultorio particular y a los médicos que trabajan en una clínica u hospital privados. Las clínicas que se mencionaron fueron las que tienen prestigio en la ciudad y que son conocidas por sus precios elevados; además cuentan con los mejores servicios de diagnóstico. También se mencionaron algunas clínicas de otras ciudades de la república, sobre todo de México, D.F. Conocimos el caso de una familia que puede acudir a clínicas del extranjero a hacerse revisiones médicas.

Del otro lado, en el sector proletario, encontramos que el 38% de las familias encuestadas acude a los servicios médicos institucionales, sobre todo el IMSS; el 40% acude a la medicina privada, y se trata en este caso de médicos en su consultorio privado sobre todo; el 22% restante recurre a la asistencia pública, sobre todo al Centro de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al Departamento Médico del DIF Municipal, al hospital civil o a los dispensarios médicos gratuitos que funcionan en algunas parroquias de la ciudad o que pertenecen a asociaciones caritativas. En este sector se recurre también a la medicina herbolaria. La visita al médico particular no es muy frecuente debido a

la falta de recursos económicos y por la misma razón muchas familias proletarias deben conseguir algunas medicinas en los dispensarios médicos.

Esta sencilla información basta para concluir que el acceso real a los servicios médicos es diferente para cada clase social. La calidad es diferente en lo que se refiere a los servicios de diagnóstico, terapéuticos, etc. Unas personas pueden acceder a cierta tecnología que facilita y optimiza los diagnósticos y a ciertas atenciones que facilitan la recuperación y otras no. Una clase social está en posibilidad de adquirir cualquier medicina o casi cualquier medicina y para la otra esta posibilidad se dificulta o se hace imposible.

En párrafos anteriores constatamos que a cada clase social corresponde un cuadro patológico específico y que son típicas de la clase proletaria determinadas enfermedades o al menos a esta clase social la afectan de manera más severa. Se trata de las enfermedades del aparato digestivo, del aparato respiratorio y de la piel. También es significativa la incidencia de la desnutrición entre el proletariado. En el sector burgués estas enfermedades fueron mínimas. Entre los representantes de esta clase social fue notoria la presencia de trastornos cardíacos y circulatorios y de úlceras del aparato digestivo, aunque se dieron en baja cantidad. En realidad el índice de enfermedades en la clase burguesa fue bajo en relación con el que se presentó en la clase proletaria.

Creemos que con toda esta información se prueba, al menos parcialmente, la hipótesis número dos de la Sociología Médica Marxista a la que hacíamos referencia al principio de este apartado. Hemos constatado que

existe una situación diferencial entre las dos clases - sociales fundamentales presentes en la formación social mexicana y concretamente en Irapuato, Gto., con respecto a la morbilidad y el acceso real a los servicios médicos. Esta situación está determinada por el lugar - que ocupa cada clase en la estructura económica de la - sociedad. No es ocioso repetir aquí la cita de Rojas - Soriano que hemos mencionado al principio de este trabajo: "El proletariado sólo cuenta con su fuerza de trabajo para subsistir, que vende a la clase burguesa como - mercancía; tal hecho lo conduce a trabajar y vivir en - condiciones por lo general perjudiciales para la salud. La burguesía, en cambio, al poseer los medios para producir mercancías... tiene un nivel de vida diferente - (superior en todos los sentidos). Esta realidad objetiva repercute en las características de las enfermedades que padece (las enfermedades infecciosas y la desnutrición son mínimas), y en una menor frecuencia y gravedad de los cuadros patológicos, ya que dispone de los elementos necesarios para evitar o reducir la presencia de la patología de la pobreza: vivienda higiénica y con todos los servicios, alimentación adecuada, servicios médicos oportunos, etc..... (2). Así pues, las enfermedades - son enfermedades de clase determinadas por las condiciones de vida de cada clase respectiva, que a su vez - se derivan del modo en que cada una se incrusta en el - proceso de la producción. Nuestro objetivo fundamental no era probar la hipótesis número dos de la sociología médica marxista, pero hemos orientado un poco nuestro - trabajo en este sentido para ubicar a la farmacodependencia como una enfermedad de clase. Hemos visto cómo - ella está presente en las colonias proletarias junto - con otras manifestaciones de patología orgánica, urbanística y social, y hemos constatado que este cuadro patológico es privativo de las colonias proletarias.

A continuación comentaremos cuatro modelos de -
 prevención de la farmacodependencia. Existen cuatro mo-
 delos de estrategia para prevenir la farmacodependen- -
 cia, a saber: el modelo ético-jurídico, el modelo médi-
 co-sanitario, el modelo psico-social y el modelo socio-
 cultural. Las diferencias entre cada uno de ellos radi-
 can en el énfasis que se hace en cada uno de los elemen-
 tos de la interacción que se da entre las drogas, el in-
 dividuo y el medio ambiente, y las diferentes acciones-
 concretas que se pueden o deben dar en consecuencia pa-
 ra prevenir el problema.

Desde el punto de vista del modelo ético-jurídi-
 co la farmacodependencia se plantea como un problema le-
 gal. Se toma en cuenta sobre todo a la droga como agen-
 te activo que afecta al individuo. Las drogas se divi-
 den en lícitas e ilícitas y se trata de controlar estas
 últimas incidiendo sobre su oferta a través de las si-
 guientes acciones: represión del tráfico de drogas, fis-
 calización de la fabricación y la distribución de pro-
 ductos causantes de dependencia, aumento en el costo de
 estos productos y el castigo o la amenaza de castigo -
 por la producción, venta y consumo de drogas ilícitas,-
 etc.

Pertenece también a este modelo la tarea de di-
 vulgación de los efectos nocivos de las drogas y de las
 sanciones de tipo legal que acarrea el consumo, la ven-
 ta o la posesión de las drogas tipificadas como ilíci-
 tas.

El factor de riesgo está en que si se difunde la
 información de manera indiscriminada se puede despertar
 la curiosidad y el interés por experimentar con drogas-
 en algunos sectores del público o se puede suscitar un
 sentimiento de rebeldía o una actitud de reto que con-

duzca a consumir drogas.

En el modelo médico-sanitario la farmacodependencia se enfoca como un problema de salud pública. Igual que en el modelo anterior el énfasis se hace en la droga dentro de la trilogía droga-usuario-ambiente, pero aquí las drogas se diferencian de acuerdo al grado en el que pueden ser nocivas, no tanto en lícitas o ilícitas. Este modelo, además del tipo de drogas incluidas en este trabajo, tiene en cuenta otras drogas como la nicotina y la cafeína, por ejemplo.

La acción concreta que cabe en este modelo se ubica dentro de la protección específica, es decir, se trata de una especie de vacunación contra la farmacodependencia que consiste en proporcionar información al público sobre el riesgo a la salud que representa el uso de drogas. La información no se debe divulgar de manera indiscriminada para no producir resultados opuestos a los que se pretenden, despertando la curiosidad de muchos jóvenes que pueden pasar a experimentar con drogas.

En el modelo psico-social la atención se centra en el individuo que es considerado como elemento activo de la interacción que existe entre las drogas, el individuo y el ambiente. El punto de vista es psicológico, es decir el consumo de drogas es visto como una forma de conducta multideterminada, con puntos en común sobre todo con las formas de comportamiento desviado o destructivo. Se analizan las razones o motivaciones internas de cada individuo en particular teniendo en cuenta el ambiente y su forma de reaccionar a él.

La labor de prevención que se desprende de las condiciones anteriores es la difusión de información de una manera discriminada, es decir teniendo en cuenta -

los distintos grupos de receptores y esperando de modo muy conciente que el receptor la acoja de una forma activa que se traduzca en acciones constructivas, por lo que es necesario tener en cuenta sus valores e intereses individuales y de grupo.

Además de emplear la información como una medida de carácter muy específico, se hace uso de medios que toman en cuenta al individuo en su totalidad y cuyo comportamiento farmacodependiente, real o en potencia, es un aspecto parcial de su personalidad total. Se trata de promover el desarrollo integral y proporcionar oportunidades de forjar el carácter. Si persiste la farmacodependencia es porque satisface una necesidad física, psicológica o social.

El elemento que adquiere relevancia en el modelo socio-cultural es el contexto dentro del multicitado trió formado por la droga, el individuo y el ambiente o contexto. La perspectiva es sociológica. El ambiente o contexto es visto de una manera profunda: se refiere a las estructuras y condiciones socioeconómicas y a las razones de tensión psicológica que se relacionan con ellas.

La solución estriba entonces en transformar y desarrollar la sociedad. Las injusticias sociales, la pobreza, las discriminaciones, el hacinamiento, la falta de oportunidades, aparte de fenómenos como la despersonalización de las relaciones humanas, los móviles exclusivamente económicos, etc., son condiciones favorables para que se dé la farmacodependencia y otra serie de conductas negativas. En última instancia, como ya lo hemos dicho, la drogadicción es también un síntoma de la patología de la sociedad.

Para tener una perspectiva general del número -
 tan grande de factores que es necesario considerar y -
 del alto grado de complejidad que implica un modelo de
 prevención de la farmacodependencia, nos permitimos ci-
 tar el texto siguiente:

"... las motivaciones para el consumo de drogas
 son muy variadas y responden a diversas situa-
 ciones personales y sociales.

En consecuencia, las modalidades de alternativas
 serán igualmente numerosas y deberán abarcar los campos
 físico, sensorial, afectivo, interpersonal, intelec- -
 tual, evolutivo, creador, estético, vivencial, filosófi-
 co y sociopolítico.

En términos generales, todas las alternativas de
 serán llenar las siguientes características:

- 1.- Responder a las causas profundas que propi-
 cian la farmacodependencia.
- 2.- Ser más efectivas que el consumo de drogas -
 para satisfacer las necesidades del indivi-
 du.
- 3.- Contribuir a fortalecer la identidad y la in-
 dependencia individual.
- 4.- Ofrecer participación activa.
- 5.- Dar la oportunidad de compromiso y responsa-
 bilidad.
- 6.- Proporcionar un sentimiento de identifica- -
 ción.

- 7.- Resultar incompatibles con el uso de drogas.
- 8.- Promover el desarrollo integral del individuo y de la sociedad en la búsqueda de formas de convivencia más justas y satisfactorias". (3)

En relación con esto último debemos ser más explícitos al señalar que se debe actuar en los factores macrosociales, es decir en las condiciones estructurales de fondo que permiten o producen la presencia o el agravamiento del fenómeno de la farmacodependencia. Es necesaria la creación de una sociedad sin explotación del hombre por el hombre, justa y humana, no alienada y alienante y que promueva la humanización del ser humano.

CAPITULO VI

CAUSAS SOCIALES: CRISIS SOCIAL Y CONSUMO
DE DROGAS

Señala Engels en "La situación de la clase obrera en Inglaterra" que las crisis de la sociedad capitalista provocan daños a la salud de la población, y aporta datos concretos: "En Escocia e Irlanda el tifus domina con vehemencia que sobrepasa toda idea; en Edimburgo y en Glasgow apareció en 1817, con la carestía; con particular virulencia en 1826 y en 1837, después de la crisis comercial, y cada vez, después de cerca de tres años de estragos, dejó siempre algún rastro por cierto tiempo; en Edimburgo, en la epidemia de 1817 fueron atacadas de fiebre 6000 personas; en la epidemia de 1837, 10 000, y no solamente el número sino también la virulencia de la enfermedad y la proporción de víctimas aumentó en cada repetición de la epidemia". (1) Sabemos que en nuestros días la situación al respecto ha cambiado tanto en Inglaterra como en otros países debido al avance de la medicina epidemiológica. Pero en nuestro país y concretamente en Irapuato se puede establecer una relación muy interesante entre la crisis económica y el incremento del consumo de drogas, en especial el de ciertas drogas como los solventes, el alcohol, etc.

El problema social que estudiamos se ubica en el contexto de una situación de crisis del "sistema mexicano", cuyas causas son de tipo externo y de tipo interno. En el primer caso debemos tener presente las recesiones generalizadas de la economía capitalista internacional. Las dos últimas se dan, una en 1974-75, y la otra comenzó en 1980. (2) Además, lo que ocurre en el plano internacional en lo que se refiere al comportamiento de las variables y condiciones socioeconómicas y políticas influye también en la economía y finanzas del país. Los altibajos del precio del petróleo han influido relativamente en la crisis actual de México.

En cuanto a las causas internas los expertos señalan las políticas equivocadas, la ineptitud, la corrupción, etc.

Una situación de crisis no se produce en un período de tiempo corto; tiene su trayectoria. Sin embargo, nos vamos a centrar en lo que podemos llamar el clímax. En forma somera, la situación económica y social del país a fines de 1982 y durante 1983 nos da el panorama siguiente:

México vio reducido su acceso a los créditos extranjeros debido a que la banca internacional le perdió temporalmente la confianza. Nuestro país fue considerado una nación sin clara solvencia económica. Se obtuvieron créditos, pero éstos fueron condicionados. Un autor comenta un artículo de una revista extranjera ("The Economist", 7-13 de agosto de 1982) que señalaba que era decisión de los consorcios banqueros hacer sus préstamos por lo menos bajo la siguiente condición: que los gobiernos beneficiados con el capital prestado implementaran proyectos de administración austera de sus recursos, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de los subsidios al consumo de energéticos, el impulso a -

la exportación de bienes y servicios sin limitarse a exportar materias primas, etc. (3)

En gran medida se petrolizó la economía. El ingreso de divisas al país se basa fundamentalmente en la exportación de petróleo y la obtención de préstamos, en vez de la exportación de bienes y servicios al mercado mundial. Se exportan también materias primas.

Se descuidó la agricultura y se tienen que traer granos del extranjero. Hablando de los alimentos en general, se calculaba que en 1983 se importarían 8 ó 9 millones de toneladas a un costo que en términos reales sería el doble o el triple de lo que recibiría el agricultor mexicano si él las cultivara.

La deuda externa, que es parte estructural del modelo de desarrollo en México, se elevó al terminar el sexenio 1976-1982 a 82 mil millones de dólares y era la deuda externa más alta del mundo. Al finalizar el régimen del presidente Díaz Ordaz la deuda era de sólo 3100 millones de dólares; al término del mandato del Presidente Luis Echeverría se elevó a 18 000 millones de dólares. Con López Portillo la hipoteca se elevó a más del cuádruple de la cifra inmediata anterior hasta llegar a la cantidad ya mencionada de 82 000 millones de dólares.

Puesto que no hubo recursos para pagar se acudió al expediente de la renegociación y simplemente por ese hecho la deuda se fué hasta a más de 90 000 millones de dólares a principios de 1983. En febrero el Secretario de Hacienda obtuvo una moratoria en el pago de la deuda por 8 y 12 años y además nuevos créditos.

Se implementó un proyecto de austeridad con re-ducción de los subsidios al consumo de energéticos. El

incremento periódico del precio de la gasolina para el consumo interno repercute de inmediato en el precio de la mayoría de los artículos y servicios: transportes, productos agrícolas, productos manufacturados, etc. La gente recibe con alarma la aparición de rumores sobre un nuevo aumento en el precio de la gasolina y el diesel por su nefasto efecto multiplicador.

Por ejemplo, a fines del mes de marzo de 1983 se había autorizado un incremento de 40% a las tarifas de autotransporte federal de pasajeros y de carga. A principios del siguiente mes se presentó un alza en el precio de la gasolina y el diesel y de inmediato las tarifas del autotransporte sufrieron un incremento del 9.5% más. O sea que en un período de 16 días tales tarifas crecieron en un 50% aproximadamente.

Hubo una modificación en el esquema del impuesto al valor agregado (IVA). Anteriormente a los productos se les cargaba un 10% de su valor por concepto de IVA. En la actualidad existen las tasas siguientes: productos a los que se les suma el 6%, a otros el 15% y a otros más el 20%.

Aparte, hubo incrementos en otros tipos de impuestos: tenencia de vehículos, servicios profesionales, etc. Incluso apareció un impuesto al consumo de energía eléctrica que elevó el monto de las tarifas en un 100% y en algunos casos hasta el 300%.

Se presentó una situación notable de desempleo masivo en el nivel nacional. De acuerdo a estudios elaborados por el Centro de Análisis Económicos del Sector Privado más de un millón de mexicanos se quedaron sin empleo de enero de 1982 a enero de 1983 y la inversión se desplomó en más del 20%. Por lo demás las perspecti

vas no eran consideradas muy halagüeñas. (4)

Las actividades más perjudicadas por el cese masivo de trabajadores fueron la industria automotriz, de la construcción, del vidrio, del hierro y del acero, etc. Hubo paros en las fundiciones mineras del norte del país; crisis en las industrias manufactureras a causa de la falta de insumos; la pesca se vió afectada por la carencia de aperos. Las obras públicas se redujeron en la mayor parte de los estados del país.

Ante la desocupación y el empobrecimiento, campesinos y obreros se dirigen a la frontera norte del país en busca de una oportunidad para colarse a los Estados Unidos, ya que ahí el jornal mínimo multiplicado por nuestro tipo de cambio a la paridad actual frente al dólar se eleva a más de 4000 pesos diarios. Se calculaba que en 1983 cerca de un millón de mexicanos empujados por el hambre emigrarían a Estados Unidos. En caso de que lograsen pasar serían regresados; nuevamente se colarían para que el juego se repitiera.

Según el Secretario General de la Liga de Comunidades Agrarias en el Estado de Guanajuato, de dicha entidad emigran a los Estados Unidos un promedio de 20 000 campesinos por mes. La falta de tierras es señalada como una de las causas de tal fenómeno, pero reviste más importancia la falta de programas asistenciales del gobierno. Además, a los campesinos no les resulta muy rentable la agricultura por las condiciones actuales del mercado, el intermediarismo, el alto costo de los insumos, etc. (5)

Mención especial merece el fenómeno de la corrupción, que es algo institucional en México y que tiene que ver en la génesis de la actual situación.

El 22 de agosto de 1982 apareció en la mayoría de los diarios nacionales una declaración del Arzobispo de Hermosillo Carlos Quintero Arce con el título: "Crisis financiera por corrupción del sistema". En su planteamiento el prelado advirtió que la crisis económica y financiera podía llevar a una crisis social y apuntó que la confianza del pueblo se había perdido por la inmoralidad y corrupción del sistema y preguntó: "¿Quiénes saquearon las divisas del país? ¿Por qué se habla de millonarios y multimillonarios? ¿Por qué al pueblo austero se le ofende diciéndole que es un derrochador? ¿Por qué dar ese ejemplo de construir mansiones tan grandes como sabemos que se están haciendo?..." (6)

Según el diputado federal priista Adolfo Castellán Flores, miembro de la Comisión de Justicia de la Cámara de Diputados, en 1981 se emprendieron 2000 acciones contra funcionarios corruptos, y señaló que "esta nueva operación es independiente de las 2800 acciones emprendidas anteriormente y del rescate de 2000 millones de pesos". (7) Y la malversación de fondos o peculado, los abusos de autoridad y otras muestras de corrupción han seguido apareciendo. Así, se han detectado fraudes en el Departamento de Pesca, en Teléfonos de México (más concretamente dentro del STAM), Correos, Banrural, Telégrafos Nacionales, Pemex, etc. Son más numerosos y más escandalosos los fraudes en la empresa mencionada en último término. Una lista de las denuncias por corrupción publicadas de 1980 a mayo de 1983 en los principales diarios y revistas del país arroja una cantidad involucrada de más de 330 000 000 000 de pesos.

Por otro lado, la corrupción está presente en todas las clases y todos los estratos de la sociedad mexicana. La corrupción es una institución en México.

Al terminar 1982 la inflación se había elevado - al 98.2% y en enero de 1983 la tasa se incrementó en un 10% según el Banco de México o hasta el 23% de acuerdo al Presidente del Congreso del Trabajo. (8)

Una evaluación que abarca el período comprendido entre junio de 1981 hasta noviembre de 1983 arroja la siguiente información como saldo social de la crisis económica que sacude a México: la pérdida de dos millones de empleos, un empobrecimiento generalizado de más del 80% de los mexicanos, la existencia de 30 millones de marginados -el 40% de la población-, etc. Un informe basado en estadísticas del Banco de México, la Secretaría de Programación, la Secretaría de Hacienda, el Instituto Nacional del Consumidor y fuentes universitarias nos ofrece los siguientes datos que transcribimos casi literalmente:

- De 1977 a 1981 el salario mínimo había perdido el 18% de su valor y en los 30 meses siguientes perdió casi el 30%. En los primeros diez meses de 1983 la pérdida de su poder de compra fue del 27.5%.

- Las más empobrecidas por la crisis han sido los 7 millones de familias que ganan entre 0.5 y 1.5 veces el salario mínimo. En igualdad de condiciones están los 5 millones de trabajadores que ganan sólo el salario mínimo.

- Desde 1981 dos millones de trabajadores perdieron su empleo y sólo podrán aspirar a recuperarlo si se cumplen los planes gubernamentales, entre 1985 y 1986.

- Algunas de las consecuencias se revelan en un estudio realizado por el Instituto Nacional del Consumidor entre marzo y junio de 1983. Las variaciones en el

consumo familiar se refieren a la capital del país. Es-
tos son los indicativos:

- La clase alta (más de 20 salarios mínimos al mes) sólo tuvo una ligera disminución en el consumo de mariscos y pescados, carnes y refrescos.

- La clase media (de 5 a 10 salarios mínimos al mes) disminuyó sensiblemente el consumo de pescado, carne, lácteos, productos de harina, frutas y refrescos.

- En las clases bajas (hasta 2 salarios mínimos mensuales) hubo un descenso sustancial en todos los productos, con excepción del frijol, huevo y maíz. El 11.4% suprimió la carne, el 7.5% los lácteos, el 6.7% el pescado, etc.

- El hecho se explica si se considera que de junio de 1981 a octubre de 1983 los salarios tuvieron un aumento del 148% en tanto el aumento promedio de los precios ronda el 280%.

- Entre esos aumentos destacan justamente los que se refieren a los alimentos: 423% el huevo, 300% el pan, 348% el aceite, 297% el arroz, 290% el azúcar. En los 10 primeros meses de 1983 la carne vacuna se incrementó en 96%, frutas y verduras en 119%, leche en 96%, harina de trigo en 196%.

- El panorama se agrava. Según datos de 1982, ya entonces el 40% de los mexicanos estaba mal nutrido, 30% no consumía leche, existían 12 millones de campesinos en miseria extrema, 15 millones no tenían acceso a la salud y 13 millones no recibían educación. (9)

En Irapuato se han registrado índices de desem--

pleo en varias áreas de la producción: la industria de la construcción, debido a la elevación de los costos de los materiales, sobre todo la varilla, el cemento y los ladrillos; la industria manufacturera en lo que se refiere a la maquila de ropa, ya que en el período de 14 meses que abarca el año de 1982 y los meses de enero y febrero de 1983 se cerraron 50 talleres; la situación se agravó el resto del año. Debido a varias razones desapareció una importante fuente de empleo en la localidad, la cigarrera "La Moderna", dejando sin ocupación a 235 obreros aproximadamente. Se presenta desocupación periódica en las emparadoras de frutas y hortalizas ya que la demanda ha experimentado un fuerte descenso, etc.

Por lo que se refiere al comercio, las operaciones han descendido en los establecimientos en donde no se expenden productos básicos y artículos de consumo muy necesario. La situación es más palpable en las tiendas de aparatos eléctricos, equipos de sonido, televisores, etc. Pero el movimiento se redujo incluso en la venta de ropa y calzado. Lo que un gran sector de la población procura hacer es asegurar la alimentación familiar y destinar alguna suma para los gastos indispensables y dejar para mejor ocasión la compra de artículos que pueden ser necesarios pero no de urgente necesidad.

Se ha notado la aparición de pequeños expendios de comida por casi todos los rumbos de la ciudad. Muchas personas que han quedado desocupadas o esposas cuyos maridos trabajan pero que tienen ingresos insuficientes se organizan y montan negocios de ese tipo. Un caso parecido es el de los pequeños puestos de venta de ropa y diversos artículos que se instalan en los tianguis populares.

El desempleo, la carestía del costo de la vida,-

la inflación acelerada, las noticias y los rumores sobre acciones corruptas, etc., las deficiencias y carencias, las enormes desigualdades sociales, han llegado a configurar una situación de tensión social que es caldo de cultivo para que se multipliquen las manifestaciones de las llamadas conductas anómalas o desviadas, la desorganización individual y colectiva, etc. La situación es propicia para que se incremente el consumo de alcohol y drogas y aumente el número de ciertas acciones delictivas.

Un funcionario público local declaró que la situación económica que impera en todo el país es una de las causas del aumento de la delincuencia: "... vivimos una situación de economía deteriorada. Ello no puede dejarse de lado como causa del incremento de la delincuencia, que abarca dos grandes áreas: el de la pequeña escala de delinquentes que roban para sobrevivir y en algunos casos estrictamente para comer, y el de los profesionales, que es más grave..." (10)

Una juez calificadora a la que entrevistamos hace una observación semejante y habla del aumento del llamado "delito del famélico" como consecuencia de la situación socioeconómica actual.

En la tercera parte de este trabajo presentamos una gráfica que ilustra la evolución de la tendencia del consumo de solventes. Aunque la gráfica presenta altibajos la tendencia es ascendente y el ascenso es más franco en los últimos semestres.

El Doctor Elías Cárdenas, psicólogo de la Universidad de Guadalajara, fija en un 85% el incremento experimentado por la tasa de farmacodependencia en el año de 1983 en Irapuato, aunque desconocemos la metodología que

empleos para obtener la información y los parámetros en que se basó. (11)

Nuestra opinión personal, producto de la observación directa y la experiencia profesional va por el mismo tenor. Creemos que se ha incrementado bastante el consumo de drogas, sobre todo el de los solventes, el alcohol, los tranquilizantes y la marihuana. A medida que la crisis del sistema se ha agravado, se ha agudizado el problema de la farmacodependencia.

En el desempeño de nuestras funciones en el DIF Municipal entramos en contacto con mucha gente (niños, adolescentes y adultos) de las colonias proletarias de la ciudad. Hemos visto cómo ha afectado la crisis a un gran número de familias de esos sectores urbanos, crisis que por lo demás únicamente ha agravado una situación de economía deteriorada que siempre había existido. Nada más se ha hecho más patente tal fenómeno.

Y comprobamos que ninguna enfermedad, en especial la farmacodependencia y el alcoholismo, puede ser analizada ni combatida haciendo a un lado los factores sociales, en este caso la insalubridad, el hacinamiento, las deficiencias educativas, el hambre, el desempleo, la pobreza insultante para toda la sociedad, etc. Y lo que se encuentra en el fondo de todo esto es el enriquecimiento de pocos a cambio del empobrecimiento de las mayorías. Las desigualdades sociales se derivan de la forma de relacionarse en el proceso de la producción y de la lucha de clases.

Ante esa realidad adquiere un significado más impactante la siguiente cita:

"La desesperanza, la pobreza, la falta de pers--

pectivas de mejorar, la certidumbre de que el futuro difícilmente será mejor que el presente, promueven el alcoholismo.

El ámbito familiar que enmarca al individuo que se encuentra en esa situación también promueve la fuga a través del alcoholismo. El sentirse impotente para contribuir al bienestar de la familia, la comprobación de que pese a todos los esfuerzos no hay posibilidades ciertas de alimentar y educar a los hijos, son dos factores que operan frecuentemente en ese nivel.

El hombre o la mujer que experimenta esa sensación se siente infeliz, angustiado. Se hace responsable a sí mismo, en muchos casos, de lo que le sucede y sólo se le ofrece una vía de escape a esa angustia que lo agobia. Una vía de escape que no es tal y que sólo agudiza el problema...

Según Erich Fromm y otros estudiosos, la vida no satisfactoria en esos aspectos empuja al hombre a una especie de fuga que usualmente se canaliza a través del sexo, las drogas y generalmente el alcohol.

Entrever un destino indeseado, un porvenir que no se ajusta a las propias aspiraciones, una vida que en sus distintas etapas no ofrecerá cambios positivos ni progresos, son todos extremos que precipitan a los seres humanos hacia la búsqueda de paliativos como las drogas y el alcohol. El alcohol en alguna medida, permite evadir esa triste y frustrante realidad, y opera como engañoso antídoto contra esas mismas frustraciones. Crea una ilusión de fortaleza, de capacidad para vencer todos los obstáculos. En ese nivel 'fabrica' un estado de ánimo que sólo constituye una ilusión. Es por eso que muchos seres humanos atrapados en una existencia rutinaria y sin perspectivas reales de transformarse en -

algo que valga la pena, recurren al licor y terminan en alcohólicos...". (12)

Lo que está en la base de esta situación es la estructura de poder, las relaciones que se establecen - entre las clases sociales, la forma como se relacionan_ respecto a la propiedad de los medios de la producción. La estructura de poder responsabiliza a cada familia, y en especial a los jefes de familia, de la suerte de sus integrantes, hecho que forma parte de la explotación - del proletariado. A su vez el proletariado llega a internalizar como suya la responsabilidad social de su - propia situación y de este modo sufre una explotación - ideológica dentro de todo tipo de explotación. No negamos la responsabilidad individual del ser humano; pero sí decimos que muchas personas echan sobre sus espaldas la responsabilidad que proviene del sistema social. Su tipo de conciencia no les permite captar la existencia_ de las causas sociales profundas que radican en la estructura social.

Las presiones derivadas de una situación de carencias económicas inciden sobre el jefe de familia y - otros adultos del medio familiar y ellos a su vez transmiten la tensión a los hijos o niños del núcleo familiar. Ellos constituyen el eslabón más débil. Esta - tensión se transmite por medio del maltrato, privando - al menor de las atenciones materiales y emocionales que necesita, etc.

En el capítulo anterior hablamos de las motivaciones o causas para consumir drogas, de las cuales la número seis se refiere a la evasión. Pues bien, aquí - podemos decir que muchos niños y adolescentes que conocemos recurren al consumo de solventes como un intento_ de escapar del hambre, de la soledad, etc. Uno de - ellos nos cuenta una alucinación frecuente que experi-

menta cuando se encuentra bajo los efectos del "cemento": se imagina que está comiendo pollo y para él esta alucinación es bien real, según sus propias palabras. - Se trata de un adolescente que tiene un hogar desintegrado, cuya madre tiene que trabajar para sostener el hogar y vive en un medio miserable.

Conocemos niños que a los 7, 8, 9, etc., años de edad deben enfrentarse a la vida y están obligados a aportar algo de dinero al hogar desempeñando el trabajo de boleros, vendedores de paletas heladas, donas, etc. - Hay niños a quienes sus padres imponen determinada cuota económica que tienen que llevar a la casa, y si no lo hacen reciben un castigo.

Es fácil observar a estos niños en los alrededores del Mercado Hidalgo y el jardín principal. En estos sitios hemos platicado con ellos y además en la intimidad de nuestra oficina. En muchos casos aparte de la pobreza o miseria aparece un común denominador: la desintegración familiar. Y la desintegración familiar se mide de varios modos: ya sea que falte el padre o la madre porque han muerto o abandonaron el hogar o la madre es soltera; ya sea que convivan ambos progenitores pero continuamente están en disputa; el padre es alcohólico o farmacodependiente; los padres presentan rasgos graves de trastornos neuróticos, psicopatías, etc., o simplemente están muy ocupados enfrentándose a la vida, tratando de solucionar los problemas económicos, que para ellos son de grandes magnitudes.

Hemos observado el medio en que viven muchos niños y adolescentes farmacodependientes, un medio en donde abunda la pobreza, la promiscuidad, la insalubridad y el hambre y consideramos que ese medio es más patológico que la misma farmacodependencia. Por eso decimos

que la drogadicción y el alcoholismo son en gran medida un síntoma de la patología de la sociedad con sus desigualdades y sus injusticias. La "crisis" únicamente ha venido a agudizar una situación que ya estaba presente.

TERCERA PARTE

CAPITULO VII

INFORMACION ESTADISTICA

Puesto que uno de los objetivos fundamentales de este trabajo era demostrar que el problema de la farmacodependencia existía en Irapuato, Gto., presentando información estadística, procedimos a efectuar en la ciudad una serie de investigaciones particulares para recabar información mas que nada de tipo cuantitativo, aunque también era importante recabar información de tipo cualitativo. El objetivo era obtener algunos índices, cifras y datos sobre el consumo de drogas que revelaran la existencia y gravedad del fenómeno. Para lograr esto realizamos una encuesta en las escuelas del nivel secundario y del nivel medio superior para obtener algunos datos en relación con el consumo de drogas en el medio estudiantil; efectuamos una serie de entrevistas entre consumidores y ex-consumidores de fármacos para indagar qué tipo de drogas se consumen con preferencia dentro del ambiente de la subcultura de la drogadicción; y por último recabamos algunos datos en los archivos de la policía preventiva que consideramos significativos para ilustrar la evolución del consumo de solventes entre menores de edad en la ciudad. Estos son los resultados.

1.- RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

A.- Datos estadísticos del nivel secundario.

La población estuvo integrada por 17 escuelas secundarias o academias comerciales a las que se ingresa con primaria terminada. De ellas tomamos como muestra el 15% de los alumnos que cursaban el tercer grado de estudios o el grado más avanzado que había. La elección de los alumnos específicos que responderían la forma de encuesta se hizo al azar.

Edades de los informantes:

Edad promedio	16.08 años
Dato mínimo	12 años (sólo 3 informantes)
Dato máximo	33 años (sólo 1 informante)
Moda o Modo	14 años, 81 informantes
(datos más frecuentes)	15 años, 140 informantes
	16 años, 98 informantes
	17 años, 48 informantes

En sentido estricto la Moda o Modo es la edad de 15 años.

CUADRO # 1
NUMERO TOTAL DE FORMAS Y SU DIVISION POR SEXOS

TOTAL FORMAS	S E X O		
	MASC.	FEMEN.	SIN DATO
484	263	215	6
%	54.5	44.5	1.0

El cuadro número 1 nos muestra el total de formas recolectadas del nivel secundario, su división por sexos y los correspondientes porcentajes. Nos servirá para comparar posteriormente los índices de farmacodependencia de varones y señoritas, entre otras cosas. -- Todos los porcentajes estarán dados en números redondos.

CUADRO # 2
NUMERO TOTAL DE FORMAS Y SU DIVISION EN POSITIVAS Y NEGATIVAS.

TOTAL FORMAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
484	52	432
%	11,0	89,0

El cuadro número 2 tiene mucha importancia; nos ofrece el índice de farmacodependencia en el nivel escolar secundario, de acuerdo a nuestro trabajo. El número total de formas recolectadas es de 484, de las cuales -- 52 son positivas y 432 son negativas. Lo positivo o negativo viene determinado por el hecho de que el alumno haya asentado haber consumido o no alguno o varios fármacos enlistados en la forma presentada. Aclararemos el asunto un poco más.

Tanto para el nivel secundario como para el nivel medio-superior el criterio para determinar lo positivo fue el siguiente: Todo alumno que hubiera probado aunque fuera una sola vez cualquiera de las drogas en--

listadas excepto el alcohol, sería considerado como positivo. Con el alcohol se siguió un criterio diferente. Ya que se trata de un producto que es aceptado socialmente en nuestra cultura y se acostumbra consumirlo en ciertas celebraciones o reuniones, no determinamos como positivo todo caso en el que la persona haya admitido haber consumido alcohol. Así, primeramente eliminamos a quienes habían consumido bebidas como la sidra en las festividades de Navidad y Año Nuevo, a quienes habían ingerido alcohol como ingrediente de bebidas como el rompopo, etc. Se trataba de informantes de sexo femenino. Después eliminamos a quienes consumían bebidas alcohólicas en reuniones sociales y en forma muy ocasional. Así pues, aparecen registrados como positivos:

- los jóvenes que suelen consumir alcohol con relativa frecuencia, que indique cierta dependencia;

- quienes señalaron de manera abierta como motivación para consumir alcohol el deseo de evadirse de algunos problemas propios de la adolescencia o de otro tipo (la forma que les presentamos a los alumnos incluía una lista de las posibles drogas consumidas y una lista de las posibles motivaciones para consumirlas);

- quienes son multidependientes y una de las drogas que consumen es el alcohol, aunque no hayan mencionado la frecuencia con la que lo consumen ni la motivación, etc.

Con estas aclaraciones en mente podemos pasar a señalar que el índice de farmacodependencia en el nivel secundario de acuerdo a nuestra investigación es de 11% en números redondos.

CUADRO # 3

TOTAL DE FORMAS POSITIVAS Y SU DIVISION POR SEXOS

TOTAL FORMAS	S E X O		
	MASC.	FEMEN.	SIN DATO
52	41	9	2
%	79.0	17.0	4.0

El número total de formas positivas es de 52, de las cuales 41 corresponden a informantes de sexo masculino y 9 a informantes de sexo femenino. En dos más no aparece el dato. En términos de porcentajes tenemos - que el 79.0% de los casos positivos corresponde a varones, el 17.0% a señoritas. En el 4.0% restante no hay dato. Entre las señoritas se dió mucho el consumo de tranquilizantes.

CUADRO # 4

INFORMANTES DE SEXO MASCULINO Y SU DIVISION EN POSITIVOS Y NEGATIVOS

TOTAL	POSITIVOS	NEGATIVOS
263	41	222
%	15.5	84.5

CUADRO # 5

INFORMANTES DE SEXO FEMENINO Y SU DIVISION
EN POSITIVOS Y NEGATIVOS

TOTAL	POSITIVOS	NEGATIVOS
215	9	206
%	4.0	96.0

Comparando ambos cuadros nos podemos dar cuenta de la diferencia que hay entre los índices del consumo de fármacos de jóvenes y señoritas. Entre los jóvenes el índice es de 15.5% y entre las señoritas es de solamente 4.0%.

Las drogas que más se consumen son el alcohol, - que apareció en el 48% de los casos positivos; la marihuana, en el 18.0%; los tranquilizantes, en el 16.5%; - los solventes, en el 10.5%; etc.

B.- Datos estadísticos del nivel medio-superior.

Edades de los informantes:

Edad promedio	18.16 años
Dato mínimo	14 años (9 informantes)
Dato máximo	36 años (sólo 1 informante)
Moda o modo	16 años (92 informantes)
(datos más frecuentes)	17 años (111 informantes)
	18 años (113 informantes)
	19 años (77 informantes)

CUADRO # 6

NUMERO TOTAL DE FORMAS Y SU DIVISION POR SEXOS

TOTAL FORMAS	S E X O		
	MASC.	FEM.	SIN DATO
560	398	162	0
%	71.0	29.0	0.0

La población de este nivel estuvo integrada por 12 escuelas. Por escuelas del nivel medio-superior entendemos escuelas preparatorias, escuelas normales y escuelas de educación profesional técnica con carreras terminales, es decir escuelas a las que se ingresa con secundaria terminada.

El cuadro anterior nos servirá entre otras cosas para comparar más adelante los niveles de farmacodependencia que se dan entre varones y señoritas.

CUADRO # 7

NUMERO TOTAL DE FORMAS Y SU DIVISION EN POSITIVAS Y NEGATIVAS

TOTAL FORMAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
560	93	467
%	16.5	83.5

El número total de formas recolectadas es de 560, de las cuales 93 son positivas y 467 son negativas. Esto nos dice que el índice de farmacodependencia en el nivel medio-superior es de 16.8%, índice que es más alto que el del nivel secundario, que es de 11.0%.

CUADRO # 8

NUMERO TOTAL DE FORMAS POSITIVAS Y SU DIVISION POR SEXOS

TOTAL FORMAS	S E X O	
	MASC.	FEM.
93	88	5
%	95.0	5.0

El número total de formas positivas es de 93, las cuales corresponden en su gran mayoría a varones, 88, y sólo 5 a señoritas. Los porcentajes correspondientes son 95.0% para los varones y 5.0% para las mujeres.

En este nivel, pues, es más notorio el hecho de que la farmacodependencia se da más dentro del sexo masculino en comparación con el sexo femenino. Compárense los datos anteriores con las cifras del cuadro número 3, que se refieren al nivel secundario. Ahí los casos de farmacodependencia se dividen entre jóvenes y señoritas en 79% y 17% respectivamente. El 4% restante no proporcionó el dato.

CUADRO # 9

INFORMANTES DE SEXO MASCULINO Y SU DIVISION
EN POSITIVOS Y NEGATIVOS

TOTAL	POSITIVOS	NEGATIVOS
398	88	310
%	22.0	78.0

CUADRO # 10

INFORMANTES DE SEXO FEMENINO Y SU DIVISION
EN POSITIVOS Y NEGATIVOS

TOTAL	POSITIVOS	NEGATIVOS
162	5	157
%	3.0	97.0

Si comparamos las cifras incluidas en estos cuadros tenemos otra forma de enfocar el asunto del consumo de fármacos entre los dos sexos. Contestaron la forma 398 varones, de los cuales 88 resultaron positivos, lo que da un índice del 22%. Es un índice bastante elevado. En contraste, y en concordancia con el comentario del cuadro número 8, entre las mujeres el índice de farmacodependencia es de 3.0%, dato que nos proporciona el cuadro número 10. Respondieron la forma 162 mujeres,

de las cuales únicamente 5 resultaron positivas y 157 - negativas. Los porcentajes correspondientes son 3.0% y 97.0%.

Las drogas más consumidas en este nivel son el alcohol, que apareció en el 52.5% de los casos; la marihuana, en el 18.0; los solventes, en el 12.0%; los tranquilizantes, en el 10.0%; las anfetaminas en el 5.0%; - los alucinógenos, en el 2.0%; etc.

C.- Suma de los datos estadísticos del nivel secundario y del nivel medio-superior.

Únicamente presentamos cuatro cuadros que nos muestran los datos más sobresalientes acerca del problema del consumo de drogas en el medio estudiantil.

CUADRO # 11

GRAN TOTAL DE FORMAS RECOLECTADAS Y SU DIVISION EN POSITIVAS Y NEGATIVAS

TOTAL FORMAS	POSITIVAS	NEGATIVAS
1044	145	889
%	14.0	86.0

El índice de consumo de drogas en el medio estudiantil de acuerdo a nuestra investigación es de 14.0%.

CUADRO # 12

GRAN TOTAL DE FORMAS POSITIVAS Y SU DIVISION
POR SEXOS

TOTAL FORMAS	S E X O		
	MASC.	FEM.	SIN DATO
145	129	14	2
%	89.0	9.5	1.5

La gran mayoría de las formas positivas pertenecen a informantes de sexo masculino, como se puede ver. El 89.0% corresponde a los varones y el 9.5% a las señoras; el 1.5% restante no proporcionó el dato.

Enfocado el asunto desde otro punto de vista resalta más el hecho de que la farmacodependencia se da en forma preponderante entre los varones. Veamos los siguientes cuadros:

CUADRO # 13

INFORMANTES DE SEXO MASCULINO Y SU DIVISION EN
POSITIVOS Y NEGATIVOS

TOTAL	POSITIVOS	NEGATIVOS
661	129	532
%	19.5	80.5

INFORMANTES DE SEXO FEMENINO Y SU DIVISION EN POSITIVOS
Y NEGATIVOS

TOTAL	POSITIVOS	NEGATIVOS
377	14	363
%	4.0	96.0

El índice de consumo de drogas entre varones es de 19.5%, mientras que entre señoritas es de únicamente 4.0%.

En orden descendente presentamos la frecuencia con la que aparecieron las diversas drogas en las formas positivas.

1.- Alcohol	120
2.- Marihuana	40
3.- Tranquilizantes	30
4.- Solventes	27
5.- Barbitúricos	5
Anfetaminas	5
6.- Peyote	2
7.- LSD	1
Cocaína	1

2.- RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A CONSUMIDORES Y EX- CONSUMIDORES DE DROGAS.

La metodología que seguimos en esta parte fue muy simple. Primero identificamos a los consumidores y ex-consumidores de drogas y luego procedimos a solicitarles formalmente la entrevista. Algunos aceptaban ser entrevistados, otros no, y continuamos con el procedimiento hasta completar el número de entrevistas que nos propusimos realizar, o sea 50.

Los datos que vamos a dar se refieren a personas que se desenvuelven dentro del ambiente de la subcultura de la drogadicción. Aquí únicamente vamos a hablar de cuestiones de tipo estadístico; en otras partes de este trabajo ("Causas o motivos para consumir drogas o fármacos" y "Niveles de gravedad de la farmacodependencia") expusimos otro tipo de información obtenida de las entrevistas.

No entrevistamos alcohólicos, pero una gran cantidad de informantes consumía alcohol aparte de otros fármacos, como se verá más adelante.

En esta parte únicamente hablaremos de individuos mayores de 16 años. (Trataremos el tema de los niños "cementeros" por separado). Para mayor precisión veamos algunos datos relativos a las edades de los entrevistados.

Edad promedio	24.28	años
Dato mínimo	17	años
Dato máximo	36	años

Esta es la información recolectada.

El 88% de los entrevistados confesó haber probado, consumir en forma habitual o esporádica, según los diferentes casos, la marihuana, aparte de otros fármacos.

El 80% consumía en forma frecuente alcohol. Incluso había quienes eran drogadictos y alcohólicos. (Ellos mismos diferencian el hecho de ser drogadicto y alcohólico).

El 36% había experimentado con las anfetaminas o las consumía en forma habitual.

El 28% había consumido el peyote por lo menos una vez.

El 24% había experimentado o consumía en forma frecuente los solventes, sobre todo el "cemento".

El 20% había probado o consumía habitualmente los tranquilizantes y los barbitúricos.

El 8% había probado por lo menos una vez los hongos alucinógenos.

El 6% había experimentado con el LSD por lo menos una vez.

También el 6% había experimentado con la cocaína por lo menos una vez.

El 4% había probado el opio, aunque los entrevistados representados en este 4% habían tenido la experiencia en otras ciudades del país.

Algunas drogas se consumen en forma más o menos

frecuente y otras nada mas varias veces en la vida o en forma esporádica.

Dentro de este contexto las drogas más consumidas en la localidad son, en orden descendente: 1.- la marihuana; 2.- el alcohol; 3.- las anfetaminas; 4.- los solventes y 5.- los tranquilizantes y los barbitúricos.

En cambio, las demás drogas se consumen en forma muy esporádica o se prueban una sola vez o muy pocas veces. Se trata del peyote, los hongos alucinógenos, el LSD, el opio y la cocaína.

Es elevado el porcentaje de entrevistados que ha probado el peyote. Se trata sobre todo de personas -- que en la actualidad tienen 30 o más años de edad y que experimentaron con ese cacto hace unos diez o doce años, cuando se pusieron de moda los alucinógenos.

Tenemos que hacer explícito el hecho de que se trata de farmacodependientes múltiples. Los hay desde los que consumen sólo dos drogas, como marihuana y alcohol o marihuana y "cemento" o alcohol y "cemento", hasta los que consumen marihuana, alcohol, anfetaminas y barbitúricos y han probado además LSD, peyote y hongos. Otros combinan el alcohol, la marihuana, el "cemento", las anfetaminas y los barbitúricos. Hemos de hacer la aclaración de que estas drogas no se consumen simultáneamente, aunque sí hemos encontrado muchachos que han llegado a tener "cruzadas" triples, es decir, que han consumido simultáneamente tres drogas diferentes.

3.- ESTADISTICAS SOBRE EL CONSUMO DE SOLVENTES

Una forma de obtener una visión cuantitativa del

problema del consumo de solventes en la localidad es - examinar los datos referentes a las detenciones de niños y adolescentes "cementeros" que hace la policía preventiva.

Examinando los archivos de esta dependencia obtuvimos la siguiente información.

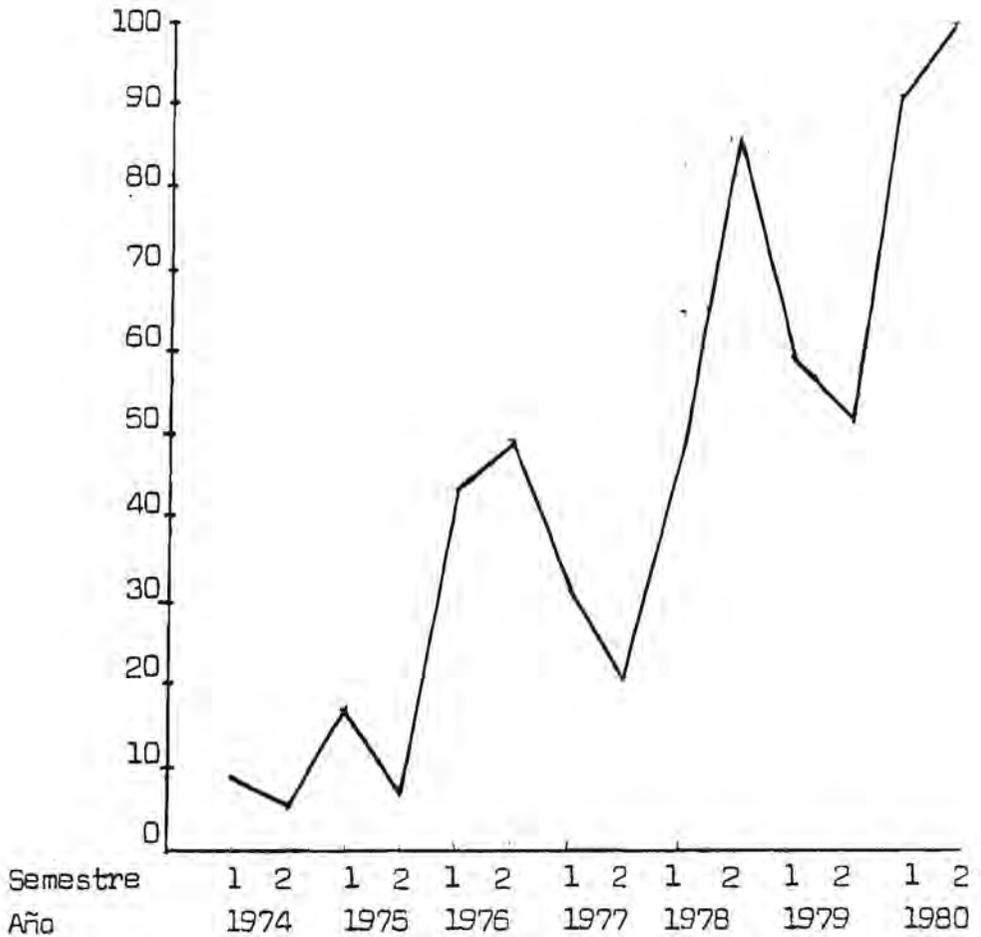
Tenemos datos confiables de un período continuo de siete años, a saber, de 1974 a 1980. En el Departamento de Estadística de la Policía Preventiva los datos son organizados y sistematizados semestralmente y así los presentaremos nosotros.

La cifra más alta que se registró fue la de 450 y corresponde al segundo semestre de 1980. Esto quiere decir que en tal semestre fueron detenidos 450 farmacodependientes consumidores de solventes.

Esta cifra ha sido tomada como parámetro para - comparar con ella los demás datos de los trece restantes semestres. Dicho de otra forma, la cantidad de 450 ha sido designada como el 100%, y para obtener los porcentajes correspondientes a las demás cantidades, éstas son comparadas en relación con el 450. Tenemos así el siguiente cuadro:

<u>AÑO</u>	<u>SEMESTRE</u>	<u>NUMERO DE DETENIDOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1974	1o.	42	9.3
	2o.	28	6.2
1975	1o.	79	17.5
	2o.	33	7.3
1976	1o.	201	44.6
	2o.	222	49.3
1977	1o.	143	31.7
	2o.	92	20.4
1978	1o.	217	48.2
	2o.	390	86.6
1979	1o.	268	59.5
	2o.	230	51.1
1980	1o.	414	92.0
	2o.	450	100.0

Si queremos obtener una visión sintética del cuadro anterior ubiquemos los porcentajes de los diferentes semestres en una gráfica.



Vemos que la tendencia que siguen los datos, si bien tiene sus altibajos, es de tipo ascendente. Comparemos el porcentaje del primer semestre de 1974 y el correspondiente al del segundo semestre de 1980.

Los datos calculados para el segundo semestre de 1981 y para el segundo semestre de 1982 de acuerdo al mismo parámetro se elevan al 110 y al 120 por ciento -

respectivamente, más o menos. El problema tiende a cre
cer.

De un periódico de la localidad presentamos la -
siguiente cita: "La policía preventiva toma en cuenta -
que por cada caso conocido hay cinco que se desconocen,
por lo que el nivel aproximado en el año de 1980 es de
2250 menores viciosos. (sic)". (1)

Considerado el fenómeno de manera global los soll
ventes son de las drogas que más se consumen en Irapuato,
Gto., junto con el alcohol y la marihuana.

Por observación directa hemos identificado las -
colonias y otras zonas urbanas en donde es bastante co-
mún la inhalación de solventes; se trata de colonias y
sectores proletarios en su gran mayoría: Colonia "18 de
Agosto", "Plan Irapuato", "Plan Guanajuato", "El Canta-
dor", "El Ranchito", "San Gabriel", etc.

Hemos dicho que tenemos datos confiables de un -
período de siete años, o sea de 1974 a 1980. Los datos
oficiales correspondientes al año 1981 no son confia-
bles porque fueron manipulados con fines políticos. Ese
año fue el último del período de gobierno del presiden-
te municipal en turno y funcionarios menores de su equiu
po de trabajo quisieron dar a entender que durante su -
ejercicio se había logrado reducir la magnitud del pro-
blema y en el informe final de gobierno presentaron da-
tos alejados de la realidad, es decir minimizaron el -
problema artificiosamente. En realidad el problema ha
seguido una tendencia ascendente, es decir cada vez se
agrava más.

Basados en la observación personal que hemos he-
cho a lo largo de varios años podemos decir que en la -

actualidad el problema de la farmacodependencia en Irapuato, Gto., se clasifica de grave o de plano muy grave en una escala de 5 graduaciones o niveles. Únicamente presentaremos los cuatro primeros niveles.

Primer nivel. La farmacodependencia es inexistente o prácticamente inexistente.

Es la situación que se daba hace poco más de 17 ó 18 años, antes de que comenzara la corriente actual del consumo de drogas. Obviamente sí había consumidores de drogas: miembros del hampa, algunos militares y personas que no pertenecían a estos grupos. Se consumía la marihuana, sobre todo, y esta práctica era muy secreta. Aparte, había quienes eran dependientes de fármacos que tienen usos médicos, como los tranquilizantes.

Segundo nivel. El problema es leve.

Este nivel se dio cuando comenzó a implantarse la moda u "onda" del consumo de drogas entre la juventud a mediados de la década de los 60. Las motivaciones para consumir drogas en este contexto eran la curiosidad, la imitación (estar en la "onda"), el deseo de expandir la conciencia, el misticismo, etc. Se predicaba, por así decirlo, "el amor y la paz", es decir la fraternidad, con mucha o poca seriedad. Las drogas que se consumían era sobre todo la marihuana y los alucinógenos. Poco a poco la situación derivó hacia el tercer nivel.

Tercer nivel. El problema es grave.

Aquí la gravedad la establecemos con base en cri

terios cuantitativos y cualitativos. Aumenta el número de consumidores y se da de manera amplia el uso de drogas (solventes) entre niños menores de 14 años, incluso niños de 10, 9, 8 o menos años. Aparecen motivaciones de tipo más patológico: evasión, disturbio emocional, etc. La gama de drogas consumidas se hace más amplia. Se emplean bastante los productos químicos sintéticos (psicofármacos), aparte de la marihuana, el alcohol, etc.

Cuarto nivel. El problema es muy grave.

Se incrementa el número de consumidores en los diferentes grupos de edades: niños, adolescentes y adultos. Continúan presentándose las motivaciones de tipo patológico para consumir drogas. Se hace más patente y se incrementa la relación entre las drogas y la violencia, la delincuencia y la criminalidad. El uso de drogas es más abierto y normal.

El quinto nivel implicaría un agravamiento de esta situación.

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

Después de presentar una visión general sobre el fenómeno de la farmacodependencia, hemos expuesto información sobre el mismo tal como se da en Irapuato, Gto.-- La hipótesis en nuestro estudio plantea que el problema de la drogadicción existe en Irapuato, Gto., y que sus causas se ubican en varios niveles y factores, tales como los que atañen al individuo como ente social, sobre todo los aspectos psico-sociológicos; los factores sociales o ambientales en tanto tomamos en cuenta a la familia y a los diferentes tipos de grupos humanos, incluidas las clases sociales; y el contexto en donde se presenta dicho fenómeno: la estructura social dentro de la formación socio-económico-política de México.

En el planteamiento de nuestro problema nos hacíamos preguntas sobre diversos aspectos de nuestro tema de estudio, a saber: 1.- las características psicológicas, farmacológicas, médicas, económicas, políticas y sociales de la farmacodependencia; 2.- las motivaciones individuales por las cuales los jóvenes consumen drogas y los factores ambientales que inciden en el fenómeno; 3.- el papel de las drogas y su consumo dentro del sistema capitalista en el momento actual; y 5.- la situación en lo que se refiere al consumo de drogas en Irapuato, Gto., y las perspectivas al respecto en un futuro próximo.

Al desarrollar nuestro tema de estudio hallamos que las características del fenómeno son las siguientes:

La farmacodependencia es un fenómeno sumamente complejo. Es necesario tener en cuenta este hecho cuando se trate de formar una opinión al respecto y cuando se trate de considerar o poner en práctica acciones concretas para prevenir el problema y tratar de aportar alternativas técnicas de solución. De manera específica es necesario tomar en cuenta este hecho en la labor de rehabilitación, para el tratamiento del farmacodependiente. Son sumamente complejos los tres elementos que intervienen en su problemática y la interacción que se da entre ellos.

Todas las drogas son complejas, tanto en lo que se refiere a su forma de actuar en el organismo como en sus efectos en el plano psíquico y social. Hay diferencias entre el enorme número de drogas o fármacos y hay diferencias en una misma droga según la dosis, la forma de aplicación y la calidad de la misma. Las drogas pueden ser clasificadas en cinco grupos: 1.- narcóticos, 2.- depresores, 3.- estimulantes, 4.- alucinógenos y marihuana, y 5.- solventes.

En la determinación de los efectos de las drogas en el plano psíquico-social influyen las expectativas del consumidor, su personalidad, sus antecedentes, sus razones para consumir las drogas, su estado de ánimo y su estado fisiológico en el momento de consumirlas. Importa también el contexto en el que se hace uso de las drogas.

Desde el punto de vista farmacológico y en términos generales se pueden clasificar en varios grupos los

efectos que se buscan por medio del empleo de sustancias psicoactivas. Estos efectos se relacionan con modificaciones de las sensaciones, los sentimientos y las emociones, y las percepciones. Por medio de las drogas se trata de aliviar el dolor; reducir el nivel de actividad o sentimientos no gratos como la ansiedad, la inquietud, la irritabilidad, la agresividad o el insomnio; aumentar el nivel de actividad; modificar los estados de depresión, mororra, aburrimiento o cansancio y liberar energías corporales tanto físicas como mentales; modificar el modo habitual de percibir el entorno físico y social; etc.

Las diversas motivaciones psico-sociales del consumidor lo llevan a seleccionar drogas específicas para modificar sensaciones, sentimientos, percepciones y carencias, de ahí que sea muy importante para el consumidor el acceso al fármaco cuya obtención y consumo lo lleve a satisfacer necesidades generadas dentro del ámbito de la patología socio-política.

Las causas, razones o motivaciones individuales para probar o consumir drogas de manera más o menos habitual son muy variadas. Se señalan la curiosidad; la presión del grupo de amigos; el deseo de seguir una moda; el hecho de expresar por medio de tal conducta la rebelión en contra de los padres o los valores sociales establecidos; la evasión psicológica; la perturbación emocional; el tratar de lograr objetivos filosóficos, éticos, estéticos, místicos; la búsqueda de la "identidad profunda"; etc.

De una manera general el abuso de drogas produce en el farmacodependiente, ya sea a corto o largo plazo, atrofia de la voluntad, aplanamiento de la sensibilidad, embotamiento de las emociones, disminución de la capaci-

dad intelectual, sobre todo del sentido crítico, etc., - es decir ocasiona una orientación cada vez más acentuada hacia la desintegración personal en el plano psíquico, un alejamiento de la persona respecto de sí misma. - Esto tiene consecuencias en el plano político-social. - La drogadicción es enajenante ya que contribuye a evitar que el individuo tome conciencia de su situación de clase e inhibe su capacidad para transformar la realidad.

Desde una perspectiva médica hay usos médicos y extramédicos y usos y abusos de las drogas. Es necesario tomar en cuenta la forma como actúan las drogas en el organismo humano, y en especial como afectan los diferentes órganos, sistemas y funciones del mismo.

Empleadas racionalmente las drogas constituyen - un recurso muy valioso en la lucha por aliviar el sufrimiento humano y restaurar la salud ya sea física o mental; tal es el caso de los narcóticos que se emplean en medicina como analgésicos o el de los tranquilizantes - que ayudan a calmar la angustia de quienes padecen disturbios emocionales. En cambio, cuando se abusa de - ellas, algunas afectan el hígado, el riñón, el corazón; otras la médula ósea, los nervios ópticos, etc.; la mayoría afecta el sistema nervioso central, en especial - las neuronas cerebrales.

En relación con los aspectos socioeconómicos en el fenómeno de la farmacodependencia tenemos que hay - drogas usadas por las diferentes clases sociales, aunque no de manera exclusiva sino preferencial y de acuerdo a sus posibilidades económicas. Dentro de la burguesía se consume la cocaína, droga que es de precio elevado y cuyo consumo da prestigio entre esa clase a partir de la imitación que hace de la sociedad norteamericana.

donde el consumo de tal droga se ha extendido hoy en día. Los niños y jóvenes proletarios y los que pertenecen al lumpen proletario consumen los solventes, que son un producto barato y de fácil adquisición porque están relacionados con el trabajo manual.

También dentro de los aspectos económicos de las drogas debemos considerar a los grandes beneficios que aporta su distribución y consumo a los traficantes. En nuestro trabajo hemos examinado el caso de la cocaína. También debemos tener en cuenta las ganancias que obtienen los capitalistas de la industria químico-farmacológica. Estos intereses económicos promueven el consumo de drogas ya sea de manera legal o ilegal. Quienes trafican o comercian con drogas anteponen el lucro personal a los intereses sociales.

Desde una perspectiva sociológica el ser humano debe ser considerado siempre como un producto social. En el trabajo de rehabilitación del farmacodependiente es necesario considerar los factores somáticos, psicológicos y sociales y la interacción que se establece entre ellos. De ahí que tratemos de ampliar la perspectiva, hasta ahora limitada, en cuanto se ha considerado al fenómeno de la farmacodependencia desde puntos de vista fragmentados y aislados, tales como los de tipo somático y psicológico exclusivamente, haciendo caso omiso de los aspectos sociales cuando éstos son determinantes en la germinación, desarrollo y culminación de la drogadicción entre entes sociales. Nuestra perspectiva sociológica contempla de una manera global el fenómeno, analizando la interacción de todos los factores a partir del sustrato social a fin de tomar decisiones en proyectos de rehabilitación de sujetos enfermos de farmacodependencia.

Vemos que en el plano físico puede haber predispo

siciones hereditarias y alteraciones bioquímicas en los consumidores de drogas. Al plano psicológico pertenecen ciertas características de la personalidad comunes a todos los seres humanos, características no patológicas o que caben dentro de la curva estadística de la normalidad, la curiosidad por ejemplo; pero también factores psicopatológicos, perturbaciones del carácter, estancamiento en fases pretéritas del desarrollo individual y ciertas influencias ambientales negativas sobre el desarrollo: hogares desintegrados, padres con problemas emocionales, padres alcohólicos, padres o muy tolerantes o muy severos, etc. Pero estos aspectos deben ser relacionados con el contexto social; quizá el alcoholismo de los padres tenga fuertes raíces sociales, derivado de las condiciones de trabajo y de vida.

Las causas psicológicas y ambientales de la farmacodependencia tienen una importancia relativa y deben ser tomadas en cuenta; pero debemos llegar a lo que se encuentra en el fondo de toda esta problemática. En el plano sociológico es necesario considerar las injusticias sociales, las discriminaciones, la sobreexplotación de unos grupos por otros, la represión, etc. Y lo que se encuentra en la base de todo esto es la estructura social, la sociedad dividida en clases y por ende desigual.

¿Cuál es el papel de las drogas y su consumo dentro del sistema capitalista en el momento actual? Las drogas son una mercancía ya sea legal o ilegal y su comercio abierto u oculto arroja grandes beneficios a los capitalistas, según lo hemos visto. Pero también hay beneficios políticos e ideológicos. La drogadicción constituye en la clase trabajadora y en el lumpen proletario una evasión de tipo psicótico frente a las carencias que padecen de todo tipo dentro de lo material, lo

emocional, etc. De manera especial, las carencias materiales se dan dentro de una sociedad desigual y orientada hacia el consumo, en donde la publicidad y sus incontables recursos generan necesidades artificiales de consumo cuya satisfacción queda lejos del alcance de un gran sector de la población. Este hecho produce frustración, lo cual a su vez genera sentimientos de impotencia y depresión que inducen al consumo de drogas. Además, la capacidad enajenante de la droga es un factor auxiliar para evitar la formación de la conciencia de clase del proletariado y el despliegue de su capacidad de lucha.

La farmacodependencia es una enfermedad y como toda enfermedad es una enfermedad de clase. Si bien la farmacodependencia se da en todas las clases de la sociedad, afecta de manera más significativa al proletariado. Por otro lado la farmacodependencia presenta diferentes características en las diferentes clases sociales. Hemos visto que cada clase consume con preferencia determinadas clases de drogas; pero además las motivaciones por las que lo hacen son también diferentes. Como está dicho, los niños y jóvenes proletarios y los pertenecientes al lumpen proletario recurren a las drogas como una manera de sobrevivir a las condiciones de privación material y emocional que sufren. Las condiciones de privación material consisten en una alimentación deficiente o raquítica, vivienda inadecuada, falta de empleo, carencia de servicios urbanísticos y áreas verdes, etc. La privación emocional se debe a que sus padres están muy ocupados en la tarea de obtener el sustento familiar cotidiano o presentan características de desintegración personal y social. En cambio, los jóvenes burgueses consumen drogas por huir del ocio, del aburrimiento y la privación emocional ocasionada porque sus padres dedican la mayor parte de su tiempo a los ne

gocios o a los pasatiempos de sociedad, por lo que sufren descuido.

La drogadicción se halla presente de manera sobresaliente en los asentamientos urbanos ocupados por la clase proletaria y el ejército industrial de reserva y forma parte de un cuadro patológico más amplio conformado por diversas muestras de enfermedad física y mental.

Además, el hecho de que la drogadicción se dé de manera muy significativa entre el proletariado sirve para que la clase dominante justifique su predominio haciendo una descalificación social y política de éste.

Pensamos que con todo esto queda cumplido uno de nuestros objetivos: demostrar que el problema, además de tener causas psicológicas y ambientales, tiene causas estructurales, es decir causas sociales. Las condiciones en que trabajan y viven las diferentes clases sociales se derivan de la forma como se incrustan en el proceso de la producción y la cantidad de satisfactores que reciben de la sociedad.

El otro objetivo era el de probar que el problema de la drogadicción existía en Irapuato, Gto., aportando información de tipo estadístico. Para cumplir esta meta hemos presentado los datos estadísticos en el último capítulo. De ellos nos parecen muy significativos los que se refieren al consumo de solventes: señalan una tendencia que se ha ido agravando con el transcurso del tiempo. Esta información estadística nos ha servido para promover la creación de un organismo de servicio social que tome medidas para tratar de aliviar en algo el problema de la drogadicción en la ciudad. Estamos conscientes del perjuicio que pueden llegar a

causar las drogas en el ser humano y nos interesa colaborar de algún modo en evitar el sufrimiento que tal fenómeno produce en los individuos y en las familias.

La hipótesis de nuestro trabajo, pues, queda probada. La drogadicción existe en Irapuato, Gto., y con un nivel bastante elevado en gravedad y sus causas se ubican no únicamente en los factores psicológicos y ambientales sino también y fundamentalmente en factores de tipo social, estructural. A fin de cuentas el fenómeno tiene causalidad infraestructural y superestructural, elementos que se conjungan dialécticamente para conformarlo.

Dentro de este contexto debe admitirse que toda acción que pueda desarrollar el organismo cuya creación hemos ayudado a promover no va a ser más que un simple paliativo desde el punto de vista sociológico, dada la magnitud del problema y dado el hecho de que la farmacodependencia, como toda enfermedad, es una enfermedad de clase y es la clase afectada la que lo debe resolver fundamentalmente. La sociedad global no va a resolver el problema ya que se encuentra dominada por los intereses de la clase en el poder y a ésta la drogadicción le reditúa beneficios económicos, políticos e ideológicos. Ya sea su compraventa legal o ilegal las drogas constituyen una mercancía altamente rentable para los capitalistas y la función enajenante de su consumo favorece la permanencia del "statu quo". Por otro lado, los hábitos farmacodependientes de muchos niños y jóvenes proletarios sirven a la clase en el poder para hacer una descalificación social y política de toda la clase proletaria.

Para solucionar el problema de la farmacodependencia no basta aplicar exclusivamente métodos de tipo

clínico considerando la enfermedad como un enfoque un-causal y viendo únicamente la individualidad del consumidor de drogas; la meta tampoco es hacer labor curativa exclusivamente. El enfoque metodológico adecuado para acercarse de manera radical al problema es considerar la enfermedad como un fenómeno social, observar las condiciones en que viven los individuos que la padecen e indagar las causas que producen esas condiciones. Así el tratamiento es preventivo a fondo, ya que se incide en los factores que originan las condiciones mortosas: la forma como trabajan los diferentes grupos sociales, resultado de la forma como se estructura la sociedad para producir y reproducirse, es decir como se crea la riqueza y se reparte.

También se deben dar las condiciones propicias para que desaparezcan las drogas como una mercancía y como un instrumento de control político. Si las drogas constituyen un instrumento de control político es porque hay una clase interesada en mantener dominada a otra clase, a la cual explota. El cambio se logrará con la desaparición de la sociedad de clases, cuando la creación y distribución de la riqueza sea justa, cuando cada quien participe según su capacidad y cada quien reciba según su necesidad.

N O T A S

PRIMERA PARTE

Cap. I. Marco teórico y conceptual.

- 1.- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia - (CEMEF). Cómo identificar las drogas y sus usuarios. México, 1976, p. 59.
- 2.- Carlos Marx. El Capital. México, F.C.E., 1973, - vol. I, p. 237. cit. pos. Raúl Rojas Soriano, Sociología Médica. México, Folios Ediciones, 1983, - p. 13.
- 3.- Raúl Rojas Soriano, op. cit., p. 14.
- 4.- Carlos Marx, op. cit., p. 128, cit. pos. Raúl Rojas Soriano, op. cit., p. 14.
- 5.- Raúl Rojas Soriano, op. cit., pp. 18-19.
- 6.- Ibid., pp. 23-59.
- 7.- Idem., pp. 31-32.
- 8.- Idem., p. 32.
- 9.- Marta Harnecker. Los conceptos elementales del materialismo histórico. México, Siglo XXI, 1972, p. 96.

- 10.- Pablo Damiani. Salud y enfermedad mental. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Colección Biblioteca Fundamental del hombre moderno, 1973, - p. 33.
- 11.- Adolfo Sánchez Vázquez, cit. pos. Raúl Rojas Soriano, op. cit., p. 92.
- 12.- Paul Baran. Marxismo y psicoanálisis. cit. pos. - Pablo Damiani, op. cit., pp. 20-23.
- 13.- Ibid., p. 20.
- 14.- Idem., p. 23.
- 15.- Dr. Melvin H. Weinswig. Consecuencias del uso y - abuso de las drogas. México, V Siglos, 1978, pp.- 12-13.
- 16.- Vid. Jerome Jaffe, Robert Petersen y Ray Hogdson.- Vicios y drogas, problemas y soluciones. México, - Bogotá, etc., Harper and Row Latinoamericana, S.A. de C.V., 1980, Colección La psicología y tú, cap.- 1.
- 17.- Raúl Rojas Soriano, Capitalismo y enfermedad. Méxi- co, Folios Ediciones, 1984, p. 13.
- 18.- Vid. idem. pp. 14-20.
- 19.- Cfr. Fidel de la Garza y Amando Vega. La juventud y las drogas. México, Trillas, 1983, passim. Gui- llermo Calderón Narváez. Salud mental comunita- - ria, México, Trillas, 1981, p. 282. etc.
- 20.- Raúl Rojas Soriano, Capitalismo y enfermedad, p.17.

- 21.- Cfr. Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia (CEMEF), op. cit., p. 9.
- 22.- Dr. Melvin H. Weinswig, op. cit., p. 7.
- 23.- Héctor Sánchez (compilador). La lucha en México - contra las enfermedades mentales. México, F.C.E., Colección Archivo del Fondo # 25, 1974, p. 71.
- 24.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación. 1977, p. 51, cit. pos. Luz María Sánchez - López y Yanga Villagómez Velázquez. Toxicomanía, - capitalismo y desarrollo urbano: el caso de la ciudad de México. (Tesis profesional), México, UNAM, FCPS, 1983, p. 77.
- 25.- Giovanni Jervis. La ideología de la droga y la - cuestión de las drogas ligeras. Barcelona, Cuadernos Anagrama, 1976, p. 89, cit. pos. Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 78.
- 26.- Dr. Salvador Cervera Enguix. Un signo de nuestro tiempo: las drogas. Madrid, Editorial Magisterio Español, Editorial Prensa Española, etc., 1976, - p. 10.
- 27.- Vid. Ibid., p. 11.
- 28.- CEMEF, op. cit., p. 12.
- 29.- William Shakespeare. Enrique IV. cit. pos. CEMEF y Procuraduría General de la República (PGA). Fár- macos de abuso, prevención, información farmacoló- gica y manejo de intoxicaciones. México, 1976, p. 149.

30.- CEMEF, op. cit., p. 12.

31.- Dr. Melvin H. Weinswig, op. cit., pp. 8-9.

Cap. II. Clasificación de las drogas y su contexto social.

Narcóticos.

1.- Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Selecciones del Reader's Digest.

2.- Dr. Weinswig, op. cit., pp. 31-32.

3.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 161-162.

4.- Dr. Weinswig, op. cit., p. 33.

5.- Jerome Jaffe et al., op. cit., p.27.

6.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., pp. 95-96.

7.- Ibid., p. 97.

8.- Idem.

Depresores.

9.- Vid. Dr. Luigi Segatore y Dr. Gianangelo Poli. Diccionario Médico Teide, 5a. edición revisada. Barcelona, Editorial Teide, S.A., 1975, artículo "Alcohol", passim.

- 10.- Dr. Salvador Cervera E., op. cit., pp. 75-80.
- 11.- Ibid., p. 80.
- 12.- Pierre Daco. Tu personalidad. Madrid, Barcelona, México. Editorial Daimon. 1979, p. 443.
- 13.- Arthur P. Noyes y Lawrence C. Kolb. Psiquiatría - clínica moderna. México, La Prensa Médica Mexicana. 1966, p. 197.
- 14.- Ibid., p. 198.
- 15.- "Por el alcohol, cada nueve minutos ocurre un homicidio en el país", en Diario de Irapuato, lo. de diciembre de 1983, sec. B, p. 11.
- 16.- Ramón Torres. El flagelo del alcoholismo. México, Editores Mexicanos Unidos, S.A., 1981, 234 p.
- 17.- Ibid., pp. 157-167.
- 18.- Ibidem, p. 159.
- 19.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 15.
- 20.- Ibid., pp. 15-16.
- 21.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 162-163.
- 22.- CEMEF, op. cit., p. 36.
- 23.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 17.

24.- Ibid., p. 18.

25.- Idem.

Estimulantes.

26.- Jean Louis Brau. Historia de las drogas. Barcelona, Bogotá, etc. Editorial Bruguera, S. A., 1973, p. 321.

27.- Dr. Weinswig, op. cit., p. 74.

28.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 157-158.

29.- Ibid., p. 161.

30.- "El 70% de equipos del fútbol colombiano operan - con dinero obtenido del narcotráfico", en El Centro, 17 de Nov. de 1983, p. 4, sec. deportiva.

Alucinógenos.

31.- CEMEF, op. cit., p. 28.

32.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 158-159.

33.- Jerome Jaffe et al., op. cit., pp. 56-57.

34.- Vid. Dr. Weinswig, op. cit., pp. 98-100.

35.- CEMEF y PGR, op. cit., p. 160.

36.- Jean Louis Brau, op. cit. p. 232.

- 37.- Ibid., p. 212.
- 38.- Fray Bernardino de Sahagún. Historia de las cosas de la Nueva España. L. XI, cap. VII, cit. pos. - Jean Louis Brau, op. cit., p. 20.
- 39.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 159-160.
- 40.- J. Felay et al., cit. pos. Jean Louis Brau, op. cit., pp. 183-184.
- 41.- Fray Toribio de Benavente. Historia de los indios de la Nueva España, cit. pos. Jean Louis Brau, op. cit., p. 190.
- 42.- CEMEF y PGR, op. cit. pp. 153-155.
- 43.- En relación con los experimentos que se describen en los siguientes párrafos, véase: Dr. D. Harvey - Powelson, "La marihuana: más peligrosa de lo que se supone", en Selecciones del Reader's Digest, - marzo de 1975, pp. 42-43, y "Los peligros del carrujo", en Sucesos, No. 2412, abril de 1980, pp. - 24-27.
- 44.- Dr. D. Harvey Powelson, op. cit., p. 14.

Solventes.

- 45.- Dr. Ramiro Gutiérrez Flores. "Solventes industriales", en Cuadernos científicos CEMEF, No. 2, enero de 1975, p. 35.
- 46.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 155-157.

- 47.- Vid. Dr. Antonio Torres Ruiz. "Manifestaciones - clínicas en los usadores y abusadores de volátiles inhalables", en Cuadernos Científicos CEMEF, op. cit., pp. 73-85, passim.

Cap. III Momento histórico y uso de drogas.

- 1.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 79.
- 2.- Michael Harner. Alucinógenos y chamanismo. Madrid, Ediciones Guadarrama, 1976, pp. 8-9, cit. pos. Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 81.
- 3.- Peter F. Furst. Alucinógenos y cultura. México, - F.C.E., 1980, p. 19.
- 4.- Ibid., pp. 22-23.
- 5.- Jean Louis Brau, op. cit., p. 123.
- 6.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 85.
- 7.- Ramón Torres, op. cit., pp. 95-96.
- 8.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 13.
- 9.- Ramón Torres, op. cit., pp. 95-96.
- 10.- Michael Schneider. Neurosis y lucha de clases. -- México, Siglo XXI Editores, 1979, p. 314.
- 11.- Ibid., p. 316.

12.- Ibidem., p. 318.

13.- Ibidem., p. 298.

SEGUNDA PARTE

Cap. IV. La drogadicción en Irapuato, Gto.

Subcultura de la drogadicción.

- 1.- Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Seleccionaciones del Reader's Digest. Madrid, México, etc., Reader's Digest México, 1980.
- 2.- Bruce J. Cohen. Introducción a la Sociología, México, Bogotá, etc., MacGraw-Hill, 1982, p. 24.
- 3.- Ibid., p. 25.
- 4.- Idem.
- 5.- Marcos Zafiropoulos y Patricia Pinel, "Drogues, déclassément 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, cit. pos. Luz María Sánchez y Yanga - Villagómez, op. cit., p. 2.
- 6.- Bruce J. Cohen, op. cit., p. 33.
- 7.- CEMEF y PGR, op. cit., pp. 163-164.
- 8.- Timothy Leary, cit. pos. Jean Louis Brau, op. cit., pp. 238-239.

Drogas y adolescencia.

- 9.- Diccionario de psicología, por Alberto L. Merani. - México, Barcelona, Buenos Aires, Editorial Grijalbo, 1980, vid. artículo "Adolescencia".
- 10.- Vid. Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica. Psicología de la adolescencia, manual de capacitación profesional, México, 1983, pp. 162-164.

Causas o motivos para consumir drogas o fármacos.

- 11.- John Conger. Adolescencia, generación presionada. - México, Bogotá, etc. Harper and Row Latinoamericana, S.A. de C.V., Col. La Psicología y tú. 1980, - pp. 82-83.
- 12.- Ibid., p. 6.
- 13.- Erving Goffman. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 1970, pp. - 11-12.
- 14.- Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p.- 31.
- 15.- Ibid., p. 32.
- 16.- Pierre Daco, op. cit., p. 295.
- 17.- Vid. Karen Horney. La personalidad neurótica de - nuestro tiempo. Buenos Aires, Paidós. Col. Mundo Moderno # 27. 1977, cap. XV, pp. 229-236.
- 18.- Dr. Rafael Velazco, cit. pos. Héctor Sánchez, op. - cit. pág. 64.

Cap. V. La farmacodependencia y los problemas de salud-enfermedad en Irapuato, Gto.

1.- Federico Engels. La situación de la clase obrera en Inglaterra. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1974. p. 149. cit. pos. Luz María Sánchez y Yanga Villagómez, op. cit., p. 43.

* Nos referimos a la drogadicción y al alcoholismo - que se dan abiertamente en las calles de las colonias.

2.- Raúl Rojas Soriano, Sociología Médica, p. 32.

3.- Helen Nowlis. La verdad sobre la droga. Paris, - Editorial de la UNESCO, 1975, p. 80.

Cap. VI. Causas sociales: crisis social y consumo de drogas.

1.- Federico Engels, op. cit. México, Ediciones de Cultura Popular, 1977, p. 133, cit. pos. Raúl Rojas Soriano, op. cit., p. 30.

2.- Vid. Ernest Mandel. "1980-1982: segunda recesión - generalizada de la economía capitalista internacional", en La Batalla, año 1, No. 1, Dic. 1982-enero 1983, pp. 43-55.

3.- Ricardo Pascoe, "Sobre la situación económica y financiera del país", en La Batalla, op. cit., p. 4.

4.- Vid. El Herald de Irapuato, sábado 5 de febrero de 1983, pp. 1 y 5, sec. 2.

- 5.- Vid. Diario de Irapuato, martes 8 de febrero de 1983, p. 2-A.
- 6.- Diario de Irapuato, 22 de agosto de 1983, p. 1-B.
- 7.- Diario de Irapuato, 8 de enero de 1982, p. 1-A.
- 8.- El Centro, 30 de enero de 1983, p. 1-B.
- 9.- "La crisis deja sin empleo a dos millones", en El Centro, 28 de noviembre de 1983 p. 1-A.
- 10.- El Centro, 24 de febrero de 1983, p. 5-B.
- 11.- El Herald de Irapuato, 26 de abril de 1983, p. 1, -
sec. 2.
- 12.- Ramón Torres, op. cit., pp. 147-148.

Cap. VII. Información estadística.

- 1.- Diario de Irapuato, 12 de julio de 1981, p. 1-A.

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

BACH i Bach, Lluís, Dr., y FREIXA i Santfeliu, Francesc, Dr. "Qué es el alcoholismo". Barcelona, Editorial La G_aya Ciencia, 1977. (Colección: Biblioteca Salud y Sociedad # 24), 80 p.

BAENA Paz, Guillermina. "Instrumentos de investigación (manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales)". México, UNAM (FCPS), 1979, 170 p.

BARRIGUETE, Armando, et. al. "Sexo, violencia y drogas". 2a. edición. México, Editorial Samo, S. A., 1974, 190 p.

BASELGA, Eduardo. "Los drogadictos". Madrid, Ediciones Guadarrama, 1972. (Colección Universitaria de Bolsillo - Punto Omega # 142), 270 p.

BRAU, Jean Louis. "Historia de las drogas". 4a. edición, Barcelona, Bogotá, etc., Editorial Bruguera, S. A., 1973, 446 p.

CALDERON Narváez, Guillermo. "Salud mental comunitaria, - un nuevo enfoque de la psiquiatría". México, Editorial - Trillas, 1981, 300 p.

CASTAÑEDA, Carlos. "Una realidad aparte". México, F.C.E., 1971. (Colección Popular # 135), 302 p.

CERVERA Enguix, Salvador, Dr. "Un signo de nuestro tiempo: las drogas". Madrid, Editorial Magisterio Español, Editorial Prensa Española, etc., 1975, 160 p.

COHEN, Bruce J. "Introducción a la Sociología". México, Bogotá, Buenos Aires, etc., McGraw-Hill, 1982. (Serie - de compendios Schaum), 232 p.

CONGER, John. "Adolescencia, generación presionada". - México, Bogotá, etc., Harper and Row Latinoamericana, - S. A. de C. V., 1980. (Colección: La Psicología y tú), - 128 p.

CORONADO, Mariano L. "El conocimiento propio y la salud mental". México, Editorial Orión, 1966, 256 p.

CORONADO, Mariano L. "Introducción a la Higiene Mental". México, Editorial Orión, 1975, 336 p.

CHINDY, Eli. "Introducción a la Sociología". Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966. (Colección: Biblioteca - del hombre contemporáneo # 54), 118 p.

DACO, Pierre. "Tu personalidad". Madrid, Barcelona, - México, Editorial Daimon, 1979, 446 p.

DAMIANI, Pablo. "Salud y enfermedad mental". Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1973. (Colección: Biblioteca fundamental del hombre moderno # 92), 128 p.

ESTADOS UNIDOS: U. S. Department of Health, Education - and Welfare; Public Health Services: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. "La prevención del abuso de drogas". Washington, 1979, 22 p.

FURST, Peter F. "Alucinógenos y cultura". México, F.C.E., 1980, 341 p.

GARZA, Fidel de la, MENDIOLA, Juan y RABAGO, Salvador.- "Adolescencia marginal e inhalantes". México, Editorial Trillas. 237 p.

GARZA, Fidel de la, y VEGA, Amando. "La juventud y las drogas". México, Editorial Trillas, 1983, 203 p.

GOFFMAN, Erving. "Estigma, la identidad deteriorada". - Buenos Aires, Amorrortu editores. 1970, 173 p.

GRINSPOON, Lester, Dr. "Reconsideración de la marihuana", México, Editorial Extemporáneos, 1973. (Colección: El viento cambia), 656 p.

HARNECKER, Marta. "Los conceptos elementales del materialismo histórico". México, Siglo XXI, 1972, 341 p.

HORNEY, Karen. "La personalidad neurótica de nuestro tiempo". Buenos Aires, Editorial Paidós, 1979. (Colección Mundo Moderno # 27) 236 p.

HORTON, Paul B. y HUNT, Chester L. "Sociología". México, Panamá, etc., Libros McGraw-Hill, s. f., 542 p.

JAFFE, Jerome, PETERSEN, Robert y HOGDSON, Ray. "Vicios y drogas, problemas y soluciones". México, Bogotá, etc., Harper and Row Latinoamericana, S. A. de C. V., 1980. - (Colección La Psicología y tú), 128 p.

JAMES, Muriel y JONGEWARD, Dorothy. "Nacidos para triunfar". Bogotá, Caracas, etc., Fondo Educativo Interamericano, S. A., 1977, 272 p.

LUCAS, H. profnr., et al. "El Gran Libro de la Salud, en ciclopedia médica de Selecciones del Reader's Digest", - (Redacción en español por el Doctor José Otte). México, Reader's Digest, México, S.A., de C.V., 1971, 974 p.

MEXICO: Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y Procuraduría General de la República. "Fármacos - de abuso. Prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones". México, 1976, 240 p.

MEXICO: Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. "Cómo identificar las drogas y sus usuarios". México, 1976, 60 p.

MEXICO: Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica. "Psicología de la adolescencia", (manual de capacitación profesional). México, 1983, 300 p.

MEXICO: S.E.P., Comisión Nacional de Orientación y Bien estar Juvenil, Consejo Nacional de Problemas de Farmacodependencia. "Uso y abuso de drogas". México, 52 p.

MEXICO: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. "Las drogas y nuestros hijos". Toluca, 1980, 40 p.

MODELL, Walter, LANSING, Alfred, et al. "Drogas". México, Offset Larios, S. A., 1979. (Colección Científica - de Time-Life), 200 p.

NARRAMORE, Clyde M. "Enciclopedia de problemas psicológicos". Miami, Libros Logoi, 1975, 100 p.

NOWLIS, Helen. "La verdad sobre la droga". París, Editorial de la UNESCO, 1975, 100 p.

NOYES, Arthur P., y KOLB, Lawrence C. "Psiquiatría clínica moderna". México, La Prensa Médica Mexicana, - 1966, 835 p.

OJEDA, Olga Cárdenas de, et al. "Toxicomanía y narcotráfico. Aspectos legales". 2a. edición. México, F.C.E., - 1976, 261 p.

PEREZ Avila, Noé, Lic. "Cómo hacer mi tesis". México, - Editorial Edicol, 1980, 157 p.

RAMACHARAKA, Yogui. "Lecciones de Raja Yoga". México, - Editorial Oriente, 1974, 200 p.

ROJAS Soriano, Raúl. "Capitalismo y enfermedad". México, - Folios Ediciones, 1984, 271 p.

ROJAS Soriano, Raúl. "Guía para realizar investigaciones sociales". México, UNAM, FCPS, 1977. (Serie Estudios # 51), 222 p.

ROJAS Soriano, Raúl. "Sociología Médica". México, Folios Ediciones, 1983, 108 p.

SCHNEIDER, Michael. "Neurosis y lucha de clases". México, España, etc., Siglo XXI Editores, 1979, 380 p.

SANCHEZ, Héctor (compilador). "La lucha en México contra las enfermedades mentales". México, F.C.E., 1974. - (Colección Archivo del Fondo # 25), 136 p.

SANCHEZ López, Luz María, y VILLAGOMEZ Velázquez, Yanga. "Toxicomanía, capitalismo y desarrollo urbano: el caso de la ciudad de México". (Tesis profesional). México. - UNAM, FCPS, 1983. 140 p.

SEGATORE, Luigi, Dr., y POLI, Gianangelo, Dr. "Diccionario Médico Teide", 5a. edición revisada. Barcelona, - Editorial Teide, S. A., 1975, 1281 p.

SOTELO Regil, Luis F. "Drogadicción Juvenil (Cómo prevenirla y cómo remediarla)". 4a. impresión. México, Editorial Diana, 1979, 128 p.

SPIELBERGER, Charles. "Tensión y ansiedad". México, Bogotá, etc., Harper and Row Latinoamericana, S. A. de C. V., 1980. (Colección La Psicología y tú), 128 p.

TORRES, Ramón. "El flagelo del alcoholismo". México, editores Mexicanos Unidos, 1981. (Colección Testimonios), 234 p.

VELASCO Fernández, Rafael. "Esa enfermedad llamada alcoholismo". México, Editorial Trillas, 1981, 95 p.

WEINSWIG, Melvin H., Dr. "Consecuencias del uso y abuso de las drogas". 5a. edición. México, Editorial V Siglos, 1978, 136 p.

WHITTAKER, James O. "Psicología". México, Interamericana, 1970, 680 p.

REVISTAS Y PUBLICACIONES PERIODICAS

"La Batalla", Revista del PRT. Bimestral. México, D.F. Directora: Lucinda Nava Alegría. Año 1, No. 1, Dic. de 1982-enero de 1983.

Artículo: "Sobre la situación económica y financiera del país", por Ricardo Pascoe, pp. 4-6.

"Boletín Informativo de los Centros de Integración Juvenil". México, D. F., Centros de Integración Juvenil - A. C., año 1, No. 02, Diciembre de 1977.

"Cuadernos Científicos CEMEF", # 2. Edición especial: - "Solventes e Inhalantes, Simposio AMEFAR-CEMEF". México, D.F., Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. Enero de 1975.

"El Centro". Diario. Irapuato, Gto. Director: José - Luis Vázquez Camarena.

Artículos: "Inflación del 23% en Enero", 30 de enero de 1983, p. 1-B.

"El 70% de equipos del fútbol colombiano operan con dinero obtenido del narcotráfico". 17 de Nov. de 1983. p. 4-D.

"La crisis deja sin empleo a dos millones", 28 de - Nov. de 1983, p. 1-A.

"Diario de Irapuato". Diario. Irapuato, Gto. Director: Rafael Loret de Mola.

Artículos: "El hambre continuará empujando jornaleros hacia Estados Unidos", 9 de Feb. de 1983, p. - 1-A.

"México entre los 10 países más alcoholizados: el - 20% del pueblo", 23 de Oct. de 1983, p. 1-B.

"Por el alcohol cada 9 minutos ocurre un homicidio en el país", 10 de Dic. de 1983, p. 1-B.

"Crisis financiera por corrupción del sistema: Arzobispo de Hermosillo", 22 de agosto de 1982, p. 1-B.

"Guanajuato se constituye en exportador de braceros", 8 de febrero de 1983, p. 2-A.

"El Herald de Irapuato". Diario. Irapuato, Gto. Director: Mauricio Beroún.

Artículo: "Aumentó 85% la tasa de drogadicción en - Irapuato", 26 de abril de 1983, p. 1 sec. 2a.

"El Sol de Irapuato". Diario. Irapuato, Gto. Director - Alfonso Chico Patiño.

"Selecciones del Reader's Digest". Mensual. México, - D. F. Reader's Digest México, S. A. de C. V.

Artículos: "Las anfetaminas, peligrosa tentación", - enero de 1971, pp. 87-91.

"La marihuana: más peligrosa de lo que se supone", - marzo de 1975, pp. 41-46.

"Cocaína: lo que debemos conocer", enero de 1981, - pp. 130-134.

"La marihuana destruye el organismo", junio de 1981, pp. 97-109.

"Cocaína: la moda fatal", feb. de 1982, pp. 81-85.

"Sucesos". Semanal. México, D.F. Director: Gustavo Alartriste.

Artículo: "Los peligros del carrujo", No. 2412, - abril 28 de 1980, pp. 24-27.

"Visión". Mensual. México, D.F. Director General: Maria no Grandona.

Artículo: "La red de la droga", sept. 8 de 1979, pp. 6-12.

DICCIONARIOS Y ENCICLOPEDIAS

"Diccionario de Psicología", por Alberto L. Merani. Mé- xico, Barcelona, Buenos Aires, Editorial Grijalbo, - 1980. 258 p.

"Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Seleccio- nes del Reader's Digest". 12 tomos. Madrid, México, etc., Selecciones del Reader's Digest, 1980, 4100 pp.