

" Es este un tema que afecta a las almas sensibles ya que de Él depende la suerte de la clase más desgraciada; pero no concierne menos al poderoso y al rico, puesto que la seguridad de sus ventajas y placeres está siempre en razón inversa a los sufrimientos y malas costumbres del pueblo."

CABANIS

Observations sur les Hospitau 1790

" Les ruego me perdonen por cansarles con un relato tan largo y minucioso, pero el gobierno de los miserables, de los criminales y de los locos no exige menor atención que la que se presta a los ricos y a los sabios, tal como he aprendido tras una pesada experiencia. Pero el bien público hará más llevadera esta tarea y será para mí un placer darles cuenta de lo que sucede."

PROCURADOR GENERAL D'AGUESSEAU

Carta del 6 de enero de 1701, Mss, B.N. Tr 8123



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I CONCEPTUALIZACION DE LA FARMACODEPENDENCIA Y MEDIDAS PREVENTIVAS: DEL DISCURSO DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.....	11
a. La Educación como Estrategia.....	26
CAPITULO II PROGRAMAS PREVENTIVOS Y EDUCACION.....	43
PROYECTO GENERICO "ESCUELAS".....	51
CAPITULO III SISTEMA DE EVALUACION.....	60
RESULTADOS Y CONCLUSIONES INMEDIATAS.....	80
CAPITULO IV OTROS ELEMENTOS PARA REPLANTEARSE EL PROBLEMA: UN ABORDAJE HISTORICO-EPIDEMIOLOGICO.....	104
a. Uso en la Antigüedad.....	105
b. Contexto Mundial de la Droga.....	118
c. En el México Contemporaneo.....	134
CONCLUSIONES	152
APENDICE No. I Cuestionarios.....	170

	PAG.
Concentración de Datos.....	173
Instrucciones.....	178
APENDICE No. II Muestra.....	185
APENDICE No. III Resultados.....	189
NOTAS	221
BIBLIOGRAFIA	232
RESUMEN	239

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

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

Hablar de drogas hace unos 20 años, era causar una alarma injustificada o cuando más presentarse como un estrafalario snob. Para entonces todavía en el país, era una problemática circunscrita al mundo del hampa, la prostitución y la cárcel. En la actualidad el problema se ha hecho cotidiano y común en muchos países latinoamericanos, del cual no ha escapado México.

De aquí que se ha hecho necesario la implantación de acuerdos y tratados nacionales e internacionales que han generado un alto presupuesto de gastos en la industria de la represión y el control social y ha dejado consecuencias en un gran número de ciudadanos que requieren atención médico asistencial y médico psiquiátrica que produce inversiones en la llamada industria de la Salud Mental.

En años recientes todas aquellas instituciones que tienen por objeto la atención de la farmacodependencia, han dado un viraje ponderando el esfuerzo y poniendo a disposición la mayor parte de sus recursos para hacer frente a la problemática a través de la prevención. En corto tiempo esta idea ha ganado legitimidad, gozando de un prestigio no por motivos de "moda" sino por profundas reflexiones, experiencias prácticas y la continua confrontación con la dificultad de obtener éxitos terapéuticos. Aún cuando las acciones de tratamiento y rehabilitación han sido conside-

radas como indispensables dentro de una estrategia de acción contra la farmacodependencia, su prevención ha sido considerada como el elemento central de ésta "pues sólo el prevenir desde ahora evitará que este problema tenga alcances más graves"¹. Así, se han diseñado diversas medidas preventivas y se han instrumentado una variedad de técnicas derivadas de ellas. Si bien, se ha llegado incluso hasta diseñar sofisticados sistemas de evaluación para precisar la efectividad de los programas, son pocos los que se han detenido a analizar el marco de fundamentación de su tarea, pues éste aparece siempre como un cuerpo dado de hecho.

El propósito de este trabajo tiene dos vertientes principales, que para su exposición ha sido dividido en dos grandes apartados:

- 1) Organizar y dar coherencia a un programa de prevención de la farmacodependencia, de los supuestos teóricos -- que validan la aproximación a la tarea hasta la creación de un sistema de evaluación en el mismo marco de su abordaje: Educación sobre drogas.
- 2) En un segundo término y como alternativa, hacer una revisión histórico-epidemiológica; que permita determinar el problema de la farmacodependencia en un marco más amplio.

A través de la evaluación de un programa de prevención de farmacodependencia en escuelas, realizado en 32 localidades de la Re

pública Mexicana incluida el área metropolitana, se pretendió no sólo conocer los resultados obtenidos en su aplicación sino generar una serie de reflexiones en torno al problema y su forma de abordarlo, despegarse del nivel de la práctica y tener con ello acceso al conocimiento teórico.

Creo no equivocarme al afirmar que el campo de la farmacodependencia ha estado dominado por enfoques cuya consistencia teórica deja mucho que desear. Constituye un campo poco estructurado y más propicio para el ensayismo que para el análisis teórico riguroso.

Por una parte la propia complejidad del fenómeno hace difícil y riesgosa la tarea de la explicación y la comprensión científica. Por otra, es innegable que los agentes sociales se doten de una serie de representaciones y de nociones que operan a modo de marcos, para rendir cuentas -en forma ordinaria- de las cosas y -de los hechos. Precizando para el caso, Jervis explica, "El problema se complica al menos por cuatro tipos de factores:

- 1) La ausencia y la escasa difusión de información precisa...
- 2) La presencia de problemas políticos...
- 3) La presencia de algunas cuestiones psicológicas cuya importancia y cuyo peso específico no puede ser minusvalorado por parte de aquellos que -con toda justeza- recuerdan que el problema es sobre todo histórico-social...

- 4) El enorme peso de valores, de estereotipos culturales...²

Recordemos que la ciencia además de describir tiene como propósito poder explicar y predecir los fenómenos naturales y sociales -con mayor o menor precisión según las características de los objetos de estudio y la disponibilidad de recursos teóricos, metodológicos y técnicos, a fin de tener un mayor dominio sobre ellos y poder ejercer su práctica transformadora. En general la teoría puede dar cuenta de la realidad, pero a condición de que se le pregunte por ella. Sin embargo, estas preguntas con las que se construye el objeto de estudio, se estructuran como un interrogante a la teoría, a una teoría particular; -lo que implica además que el espectro de las preguntas a plantear están delimitadas por el mismo marco teórico: El punto de vista determina el objeto.

Pues bien, vayamos al abordaje conceptual propuesto para el programa. Este se rige bajo el supuesto de que la farmacodependencia es un fenómeno multicausal y que el individuo es dueño de su devenir. Pero estas nociones o valoraciones, no son ya representaciones inmediatas, que más que ayudar a una adecuada comprensión y explicación, constituyen un verdadero obstáculo a superar. De inicio quizá valga anotar que "...la insuficiencia del modelo monocausal para dar cuenta del por qué de la presentación de la enfermedad, aún de manera tradicional es de sobra conocida. Sin-

embargo, el modelo multicausal tampoco logra dar respuesta satisfactoria a los problemas planteados. Las razones de este fracaso, son de distinto orden. La más profunda quizá, esta dado por su conceptualización declaradamente agnóstica, que plantea una paradoja, proponerse explicar partiendo de la suposición de la imposibilidad de conocer la esencia de las cosas. La limitación más inmediata del modelo multicausal que no es más que una expresión -- del agnosticismo, reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad, esta dado por su distancia de ella. Así, conceptualada la causalidad, lo social y lo biológico (individual) no se plantean como instancias distintas con especificidades propias ya que ambas son reducidas a "factores de riesgo" que actúan de manera igual..."³.

Se observa entonces que el programa adolece ya, desde su perspectiva teórica; en una crítica epistemológica que no deja de tener riesgos, se trata de un modelo conceptual que pertenece a la orden de la descripción y por lo mismo se haya estrechamente vinculado a la observación empírica. Se presenta como una especie de fenomenología a la que no se le puede reconocer validez en el orden de la interpretación y de la explicación, pertenece más bien al orden de la percepción; y en este sentido es incompleta y parcial.

Su análisis parte de inicio, de un sistema social determinado como si fuera un dato incuestionable, dejando de lado o des-

calificando los fenómenos de contradicción y de transformación estructural. Se refiere a la farmacodependencia como fenómeno disfuncional, como un comportamiento desviado (al que es menester educar/educación sobre drogas) y termina por atribuirle a la postre un significado funcional a largo plazo.

Desde las posiciones epistemológicas corresponde a la que Hinkelammert denomina "Estructura de Primer Grado", que se sitúa en el nivel intencional que es también el nivel de las "apariencias ideológicas".⁴

Así, también observamos que el abordaje propuesto por el programa, no hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarlas técnicamente y ocultar con esto su significación socio-política de conjunto. Convertirla en una "pura" cuestión técnica dependiendo de la competencia de un especialista "neutro". Es decir, la medicalización de un problema (enfermedad) desplazándolo más que resolviéndolo; de esta manera en dicha operación sus efectos se moverán en dos niveles:

En el plano "ideológico" es resolver o desactivar verbalmente la contradicción, en una nueva síntesis que garantiza a todos que la fórmula deducida es la mejor posible: Digamos que la calamidad está en la farmacodependencia y no en la medida. "Curar si es posible prevenir peligrosos extravíos es el deber impuesto por las leyes de la humanidad y de la preservación social".⁵

No es ya entonces, una acción de fuerza escabrosa y arbitraria, sino una solución muy meditada que tiene en consideración

todos los intereses en juego. En el plano de las prácticas, es-reducirlas a lo inmediatamente manipulables en un marco técnico-científico, ocultando todo lo que no depende de este "tratamiento técnico" (psicológico u orgánico).

El segundo término de la contraposición queda invalidado-como posición de derecho y se convierte en un "caso" que hay que asumir. Desde ahora el único problema característico es saber - si el caso esta bien o mal tratado según criterios técnico-científicos autónomos.

Es pues el desplazamiento a una problemática totalmente - médica de un problema de poder -que puede plantearse en otra forma y desde otra parte. Si se acepta la premisa de que la sociedad es mucho más que la suma o reunión de individuos y que estos últimos son producto de la sociedad a la que pertenece, entonces la enfermedad mental y la enfermedad en general son reflejo del-desequilibrio de la sociedad en su conjunto.

Lo anterior me llevó a reconocer la inminente necesidad - de un replanteamiento que aporte una mayor coherencia epistemio-lógica. Estar enfermo puede ser un hecho que afecte seriamente-a la individualidad, pero la salud y la forma de conservarla, son asuntos que trascienden los límites de la persona y afectan los-intereses colectivos. Sin caer en un exclusivismo opuesto, en el segundo apartado se insiste en la sociogénesis de estos fenómenos, su valoración histórica del origen y su evolución. De esta mane-ra sugiero entender en lo social el elemento de "determinación" -

sin soslayar la importancia que tienen las dimensiones individual y familiar, pues estas se apuntalan en lo social, pero a la vez también lo apuntalan. Es preciso no olvidar que al ser inagotable la veracidad y multiplicidad de los hechos individuales, la separación entre lo esencial y lo accidental solamente puede realizarse en la integración de los elementos al conjunto, de las partes al todo y dando cuenta de la totalidad en su proceso histórico.

A manera de síntesis se explica:

- 1) La situación de la Salud-Enfermedad de los individuos se determina por las condiciones de vida en que se desenvuelven, condiciones que dependen del grado de dominio humano sobre la naturaleza y del grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ellos se deriva.
- 2) Las características culturales de nuestra sociedad anteponen el placer, el consumo, la comodidad y la riqueza, dejando de lado la salud física y mental. En América Latina la mayor parte de la población no alcanza a cubrir sus necesidades básicas, y ésta situación se confronta día a día con la búsqueda de comodidad y placer inmediato.
- 3) El consumo de drogas aparece entonces, como resultado de un complejo mecanismo por medio del cual los individuos intentan compensar carencias, incapacidad o necesidad, al mismo tiempo, la farmacodependencia ha de

ser vista como un indicador de las incongruencias, deficiencias o limitaciones de las estructuras de un país.

- 4) En este sentido la prevención de la farmacodependencia implicará una estrategia donde la población no solo intervenga como objeto, en la medida en que los fenómenos -como el consumo de drogas- se le presenten in dependientes a su voluntad y "participación".

Una estrategia que incluya a la participación comunitaria en forma integral: Por un lado a través de medidas sociales y ambientales dirigidas a crear mejores condiciones de vida y por otro, participando en diversas me didas particulares donde las acciones de carácter técnico apunten a la sensibilización de la población en torno a los problemas de salud que enfrentan y en torno a las medidas específicas que pueden ser instrumentadas -aprender a aprehender- a generar mejores condicio nes de vida y por lo tanto de salud⁵.

Desde una perspectiva epistemológica me adhiero al esfuerzo por captar la lógica del error para construir la lógica del -- descubrimiento de la verdad como polémica contra el error. Finalme nte es preciso considerar que "no existen puntos de partida cier tos ni problemas resueltos definitivamente; el pensamiento no avan za nunca en línea recta puesto que toda verdad parcial solo adquie re su verdadera significación por relación al conjunto, de manera que este último solo puede ser conocido mediante el progreso en el

conocimiento de las verdades parciales, la marcha del saber, aparece así, como una oscilación perpetua entre las partes y el todo, - que deben iluminarse recíprocamente. Así el conocimiento de los hechos continuará siendo parcial y superficial, mientras no se haya concretado por su integración al conjunto, única cosa que permite superar el fenómeno parcial y abstracto para llegar a su -- esencia concreta e implícitamente a su significación..."⁶.

C A P I T U L O I

**CONCEPTUALIZACION DE LA FARMACODEPENDENCIA Y
MEDIDAS PREVENTIVAS: DEL DISCURSO DE LA OMS**

C A P I T U L O I
CONCEPTUALIZACION DE LA FARMACODEPENDENCIA Y
MEDIDAS PREVENTIVAS: DEL DISCURSO DE LA OMS

La farmacodependencia desde este enfoque se ha considerado como un fenómeno complejo y multicausal en cuya génesis y manifestación intervienen diferentes factores tanto de índole social como individual. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ la ha definido como el "estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia -- puede ir acompañada o no de tolerancia, una misma persona puede ser dependiente a uno o más fármacos".

Esta, es descrita a través del esquema conocido como "Historia Natural de la Enfermedad" adoptado por Leavell y Clark², mediante el cual el proceso de la farmacodependencia se observa como la interacción de tres grupos de factores: los del agente, los del hués--ped y los del ambiente. Entonces, el uso con fines no médicos de -- drogas causantes de dependencia y los problemas consiguientes estarían entre: a) Las propiedades de las drogas y la cantidad, la forma, la frecuencia y la duración de su uso; b) Las características y experiencias de los usuarios, y c) El medio socio-cultural-económico, y las circunstancias del uso.

La disponibilidad de drogas es una condición necesaria, pero no suficientes para su uso. Se ha sugerido una amplia gama de variables para explicar porqué unas personas inician el consumo de drogas y otras no, pero los estudiosos del fenómeno no han podido explicar cuales son las condiciones suficientes para que aparezca el consumo de drogas. No se está, pues, en condiciones de demostrar la existencia de una variable causal en la generación de la farmacod~~en~~dependencia. Cuestión que es importante considerar no solo cuando se habla de las posibilidades y dificultades de su evaluación.

Si bien se plantea que no hay una variable causal, se dice -- que hay una serie de motivos que con frecuencia aparecen aislados o en combinación, asociados al inicio y/o continuación del consumo de fármacos. Es necesario aclarar que aunque éstos motivos aparecen - asociados, resultaría infructuoso proyectarlos como causales. Estos son:

1. Curiosidad.
2. Búsqueda de aceptación o pertenencia a un grupo.
3. Expresar independencia u hostilidad.
4. Búsqueda de experiencia placentera.
5. Adquisición de un estado superior de "conocimiento" o capacidad creadora.
6. Provocar sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar de "algo".

Motivos, que reforzados con los efectos farmacológicos hacen

de las drogas algo más atractivo; los efectos farmacodinámicos de los distintos tipos de drogas son: alivio al dolor, el hambre, la ansiedad, el miedo, las inhibiciones y la pasividad exagerada; sensación de alivio de la fatiga y mayor capacidad de percepción de estímulos externos o internos sensoriales o de otros tipos, a veces con gran intensidad; sensaciones de mayor inteligencia, perspicacia o capacidad creadora y producción de estados oníricos o eufóricos⁵.

En resumen la OMS propone nueve hipótesis que me permito reproducir:

1. La farmacodependencia es una manifestación de algún trastorno caracteriológico subyacente que impulsa al sujeto a buscar alguna satisfacción inmediata, aún a costa de sufrir posibles consecuencias adversas a largo plazo y en lo inmediato, de abdicar sus responsabilidades de adulto.
2. La farmacodependencia es la expresión de una conducta -- desviada en la que el sujeto busca su propio bien sin tener en cuenta para nada las convicciones sociales. Según esta tesis, el problema sería primordialmente moral.
3. La farmacodependencia es la consecuencia de una tentativa de automedicación por parte de personas:
 - a) que padecen conflictos psíquicos tales como se observan normalmente en la adolescencia o los resultados

de dificultades sociales o económicas, o bien trastornos más persistentes como los provocados por la depresión, la angustia crónica u otros procesos psiquiátricos;

- b) que padecen males físicos, por ejemplo: hambre, fatiga crónica o alguna enfermedad;
- c) que creen que la droga posee virtudes especiales para evitar enfermedades o para aumentar la potencia sexual.

4. La farmacodependencia es el medio por el que un sujeto, - particularmente un inadaptado social, logra ser aceptado en su medio cultural marginal.
5. La farmacodependencia es la manifestación de una lesión - metabólica reversible o permanente, causado por el consumo repetido de dosis elevadas de una droga.
6. La farmacodependencia expresa una oposición contra los valores establecidos en relación al éxito y la posición social.
7. Incluso en ausencia de un estado psicopatológico preexistente, la farmacodependencia podría ser el resultado de - la adquisición de un complejo conjunto de respuestas operativas y clásicamente condicionadas. Según esta hipóte-

sis, no sería más que una forma de condicionamiento adquirido por aprendizaje.

8. Incluso en ausencia de un estado psicopatológico subyacente, la farmacodependencia podría ser el resultado de presiones socio-culturales conducentes al abuso de ciertas sustancias, por ejemplo el alcohol.
9. Cualquiera de estos factores o incluidos todos ellos pueden formar parte de los mecanismos etiológicos de la farmacodependencia en un sujeto determinado.⁴.

Este enfoque también permite distinguir a los diferentes tipos de usuarios que corresponden a los diversos grados de avance de la enfermedad, en términos de características y patrones de consumo⁵.

Así se han distinguido por lo menos cuatro niveles, a saber:

1. Consumo Inicial o Experimental:

En general y actualmente, el uso extramédico de drogas - se inicia con más frecuencia durante la adolescencia o - al comienzo de la edad adulta, aunque es cierto que bien puede darse este inicio en grupos de menor edad.

Antiguamente, el sexo era otro factor, pero cada día tiende a jugar un papel menos importante, sobre todo entre - los jóvenes norteamericanos y europeos.

Por otro lado, la situación social y económica baja ha -

guardado una estrecha relación con la iniciación del uso extramédico de las drogas distintas del alcohol. Pero - sin duda, algunos factores etiológicos pueden atribuirse al azar: el vivir en una sociedad determinada, en una de terminada zona de la ciudad; o el caso más claro, el tener un compañero ya adicto.

2. Consumo Ocasional o Social:

Las bebidas alcohólicas, el tabaco y las preparaciones - de cannabis son las drogas causantes de dependencia que se usan más a menudo de manera ocasional, o en las reunio nes sociales.

El que una persona siga utilizando una sustancia, una vez probada, viene determinado por el grado en que:

- a) la droga refuerza alguna función importante desde el punto de vista personal o social,
- b) el uso produce algún cambio ffsico, psicológico o so cial deseado, sea real o imaginario, que es percibido como más agradable que desagradable, mas deseable que indeseable o disfuncional.

En algunos casos, las drogas pueden usarse de forma casual como automedicación, con fines religiosos o para aliviar la fatiga y conseguir un aumento de la sensación de resistencia.

3. Consumo-Dependencia Funcional:

En este nivel, los usuarios de drogas aún pueden participar en la vida social, aunque con deficiencias e irregularidades, y generalmente bajo los efectos de alguna droga.

4. Consumo-Dependencia Disfuncional:

El consumo de drogas de manera continuada genera dependencia física o emocional, y este nivel se caracteriza por ser el grado más avanzado de deterioro del individuo, -- quien ha dejado toda otra actividad y relación que no tenga que ver con drogas.

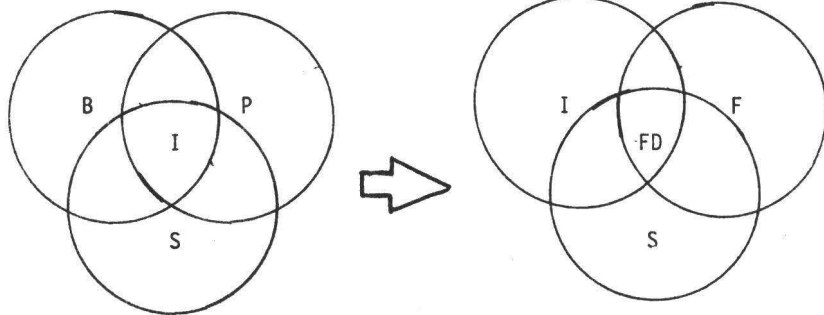
Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que la consume; sin embargo, existen características similares que se presentan en las personas adictas⁶. A continuación se mencionan algunas de éstas:

1. El farmacodependiente tiene una conducta inestable, cambia constantemente su estado de ánimo.
2. Presenta pupilas contraídas, vómitos en ocasiones y sufre irritación de nariz y ojos.
3. Lenguaje desarticulado y distorsionado.

4. Trastorna sus actividades normales (por ejemplo, tiene cambios en la disciplina o en el rendimiento escolar, inasistencia al trabajo).
5. Dificultad para asumir responsabilidades y rechazo de éstas.
6. Pérdida del sentido de realidad.
7. Cambio de la forma de hablar, de vestir, de amistades, o aislamiento.
8. Descuido de su propia persona; olor característico en la ropa y/o cuerpo.
9. Exigencia extranormal para gastos.

Es importante reiterar que la farmacodependencia no sólo requiere del objeto droga para existir hace falta también el sujeto - que la utilizará. Es necesario entonces ubicar al sujeto en la interrelación de su contexto personal, familiar y en el de la sociedad en la que transcurre su existencia.

Esta interrelación se comprende más claramente en la figura del nudo borromeo:⁷



I: Individuo

B: Elementos Biológicos

P: Elementos Psíquicos

S: Elementos Sociales

FD: Sujeto Farmacodependiente

I: Factores Individuales

F: Factores Familiares

S: Factores Sociales

En la figura, cada vuelta del nudo representa a los componentes que constituyen al individuo, es decir, elementos biológicos, - psíquicos y sociales; éstos a su vez van formando pares que se tocan entre sí, por lo que tendremos componentes biopsíquicos, psicossociales. Existe además, un punto en que los tres se tocan e interactúan y es ahí donde se situa al individuo: en el lugar de la conjunción - de los tres tipos de componentes o sea, el ser humano como ente biopsicosocial.

De acuerdo al esquema topológico del nudo, si éste se rompe en cualquiera de sus tres vueltas, automáticamente las restantes se desanudan y se pierde el sentido del mismo. Con esta figura se pretende mostrar la unidad de los componentes que constituyen al ser humano así como la imposibilidad de ubicarlos como una mera suma de

ellos o actuando aisladamente uno de otros. Es en el primer nudo - donde puede situarse al individuo en el aspecto de la salud, entendiendo a ésta como la ausencia de enfermedad y, sobre todo, como el estado de bienestar en los tres campos constitutivos del sujeto.

La segunda figura representa los factores que inciden en la farmacodependencia⁸. Para ello se hace necesaria la intersección unívoca de diferentes tipos de elementos que, al interactuar, ejercen su acción patógena. En forma genérica se agrupa a estos factores en tres órdenes distintos, que contemplados en forma aislada no producirán ningún efecto, mientras que simultáneos, en el tiempo y espacio sí lo harán; estos se presentan en tres grupos: individuales, familiares y sociales que es imposible pensarlos por separado, dado que al hacerlo el nudo se deshace automáticamente.

Ahora bien, estos sujetos, potenciales farmacodependientes, lo serán cuando además de la presencia simultánea de los factores mencionados, se encuentren ante la posibilidad de obtener la droga, rompiendo entonces el equilibrios que idealmente se alcanza en la salud.

La concepción sobre el fenómeno de la farmacodependencia, así como la visualización de ésta como un problema cada día más difícil de remediar ha llevado a las Instituciones orientadas a resolverla a dar un viraje ponderando su prevención.

En corto tiempo la prevención ha ganado legitimidad gozando de un prestigio "no por motivos de moda sino por profundas reflexiones, experiencias prácticas y la continua confrontación para obtener éxitos terapéuticos. Aún cuando las acciones de tratamiento y rehabilitación son vistas como indispensables dentro de una estrategia de acción contra la farmacodependencia, su prevención ha sido considerada como el elemento central de ésta, pues solo el prevenir desde ahora evitará que éste problema tenga alcances más graves".¹⁰

La prevención de la farmacodependencia se ha hecho posible -- fundamentando la consideración de entenderla como una enfermedad y que, como tal, tiene una fase inicial, un desarrollo y una crisis. Permite, en consecuencia, describir su sintomatología, abordar y aplicar métodos de prevención a fin de incurrir en aquéllo que pueda provocarla. Por lo tanto es necesario conocer las causas de una enfermedad para poder prevenirlas, sin embargo, es importante no soslayar que en el caso particular de la farmacodependencia estas no son fáciles de identificar, y además no admiten generalizaciones. Algunas se conocen en forma exhaustiva y otras, aunque no menos conocidas, si resultan más difícilmente aprehensibles. Así tomando en cuenta la multicausalidad de dicho fenómeno, y pensando que para poder actuar de una manera integral en su prevención, se hace necesario referir qué es y cuáles son las medidas preventivas.

El 20° Informe de la OMS dice así: "La finalidad general de la prevención es evitar la aparición de la farmacodependencia y reducir la incidencia y gravedad de los problemas asociados a este fenómeno". Este objetivo general ha sido dividido en los siguientes sub-objetivos:

1. Limitar la disponibilidad de determinadas drogas.
2. Reducir el interés por determinadas drogas, así como la demanda y aceptación social.
3. Reducir la incidencia y la gravedad de las aplicaciones.
4. Mejorar el conocimiento de las causas de los problemas - relacionados con la farmacodependencia.

Respecto a las medidas adoptadas para prevenir el uso y abuso de drogas se han clasificado tres categorías:

1. Primarias: que tienen por objeto evitar la aparición del fenómeno, es decir, se refieren básicamente a la promoción de la salud.
2. Secundarias: tienen por objeto descubrir y acabar con el fenómeno lo antes posible, o remediarlo parcialmente.

3. Terciarias: tienen por objeto detener o retardar la evolución del fenómeno, aún cuando persista éste.

Dentro de la primera categoría existe otra clasificación dividida en dos grupos: las medidas indirectas y las directas.

Las primeras se refieren a esfuerzos que influyen en gran escala sobre las condiciones políticas y económicas de la sociedad y que transforman la calidad de vida, los valores y las normas de los individuos que viven en ella. Las segundas pueden ser específicas, entre las que se comprende la información y la educación, las cuales deben apuntar a diversos públicos, bien definidos como padres de familia, maestros, alumnos de diversos grados, grupos considerados de alto riesgo, etc., con objetivos, medios y técnicas de abordaje adecuados a las necesidades de cada grupo.

Otras medidas específicas se inscriben en el campo de la salud pública, aplicando reglamentos para las drogas, tratando y rehabilitando a usuarios a fin de reforzar la prevención primaria en -- grupos todavía no afectados; entre estas medidas se encuentra también el control legal.

Otras medidas no específicas pretenden ofrecer alternativas al consumo de drogas, basadas en el principio de que, al encontrar un elemento o conducta que resuelva la misma necesidad de manera -- más satisfactoria que la droga, los individuos que usan ésta la dejarían. Medidas que pretenden proporcionar un modo más congruente de vivir las experiencias que se buscan en las drogas y resolver -- las necesidades y conflictos que proporcionan su consumo.

Refieren asimismo los expertos de la OMS, que estas medidas suelen tener esencialmente por objeto:

1. Individuos y grupos pequeños.
2. Su medio.
3. La disponibilidad de drogas.

Y que al evaluar su utilidad es preciso reconocer que cualquiera de ellas que se oriente, ante todo, al logro de uno de estos tres objetivos principales, influirá normalmente sobre los demás a causa de la interacción dinámica entre el hombre, su medio y la droga. De cualquier modo, una medida encaminada al logro de un objetivo puede facilitar o impedir el logro de otro, produciéndose involuntariamente efectos secundarios negativos con métodos que por lo demás son útiles.

Fundamentándose en el planteamiento de la interacción dinámica entre el hombre, su medio y la droga, los expertos de la OMS han diseñado cuatro modelos sobre los que deben apoyarse las medidas -- preventivas. Tales modelos son:¹¹

1. MODELO ETICO-JURIDICO: quien enfoca su atención a la droga, que en sí misma puede ser inofensiva o peligrosa. El interés principal se centra en alejar la droga del individuo, protegiéndose por la vía legal. Las formas de protección al individuo consisten fundamentalmente en la penalización de las actividades relacionadas a la produc-

ción, distribución y consumo de drogas con fines extramédicos. Por otro lado, se pretende disuadir al individuo de los prejuicios físicos, psicológicos y sociales que acarrea el consumo de drogas.

Existe una categorización según la cual la utilización de drogas puede ser "lícita o ilícita". Evaluándose factores tales como patrones de uso y abuso, en relación a sus efectos. Así, por ejemplo, el consumo de café o bebidas alcohólicas puede considerarse lícito en un cierto rango de consumo. Al mismo tiempo, a partir de dicha división, se ha podido establecer la fiscalización del narcotráfico, así como medidas represivas de diverso género.

2. **MODELO MEDICO-SANITARIO:** Para este esquema, la farmacodependencia es considerada como una enfermedad, encuadre que permite ubicarla en la historia natural de la misma. Así, tres grupos de factores explican su aparición: el agente, el huésped y el ambiente, modelo en el que no redundará, pues ha sido descrito anteriormente. Para esto, lo que hace posible establecer las diversas formas de prevención es según sea la interrelación: por ejemplo, primaria cuando el individuo se encuentra en el nivel prepatogénico o estado de salud; o bien, secundario y/o terciario para el nivel patológico (desequilibrio). - En este modelo la droga es el agente activo a controlar; las medidas a implantar dependerían del grado en que la

substancia resulta perjudicial, así como de las dificultades para obtenerla.

3. **MODELO PSICO-SOCIAL:** A diferencia de los modelos anteriores, éste centra su atención en el individuo. La farmacodependencia es atendida como una forma, entre otras muchas, de comportamiento desviado; de esta manera, las medidas de prevención no abarcan únicamente a la farmacodependencia, sino a la generalidad de conductas destructivas. El modelo se interesa también en el contexto, en la medida que reconoce la importante influencia del comportamiento observable en otras personas y la trascendencia de las situaciones y comportamientos en la familia.

4. **MODELO SOCIO-CULTURAL:** Este modelo privilegia la importancia del ambiente; la droga es vista en función de la representación que de ella hace la sociedad. Por lo tanto, la prevención se desarrolla más que en el individuo, en la sociedad modificando sus instituciones y estructuras sociales.

Educación.

Ahora bien, dentro de los niveles de atención he mencionado la prevención primaria que incluye principalmente aquellas medidas relacionadas con la educación, estrategia que quisiera referir más

detalladamente.

En el campo de la salud, la educación ha jugado un papel muy importante; la OMS define la educación para la salud como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, - el grupo o la comunidad, que influyen en la creencia, actitudes, y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para conducir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella".¹²

La educación se basa en la relación que existe entre la conducta humana y la salud. Por tanto, las metas de la educación son la comprensión de las características de la conducta en relación -- con los problemas de salud, y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar las salud.¹³

"La educación intenta llenar el vacío entre lo que se conoce científicamente acerca de la conducta necesaria para obtener un nivel óptimo de salud, o lo que realmente practica la población. Los esfuerzos en educación para la salud deben ser enfocados, en primer lugar, el individuo que carece de los conocimientos adecuados para mantenerla, y en segundo término, al individuo que, teniendo tales conocimientos no los practica por diversas razones. Al tratar de llenar este vacío, la educación no sólo concierne al individuo y a su familia sino que debe extenderse a las instituciones sociales y a las condiciones económicas que facilitan o impiden al individuo el obtener el máximo de salud posible", cita Griffiths.¹⁴

Pues se parte del concepto de que la educación es el proceso de perfeccionamiento de la persona, y aunque se hable de ella como un fenómeno de índole personal, no se deja de pensar en su lugar en

la sociedad, ya sea como determinante de esta última o viceversa.¹⁵ Estando la educación en función de la vida misma, está, por lo tanto, íntimamente ligada a los fenómenos sociales, ya que el individuo, objeto y sujeto de la educación, forma parte de la sociedad, como miembro de su familia, de su grupo de pares o de su comunidad. La educación es un agente de estabilidad social, ya que al difundir en las nuevas generaciones las mismas ideas y actitudes que aceptaron las generaciones anteriores, contribuyen a formar grupos homogéneos en sus deseos y aficiones, lo que es tanto como afianzar la permanencia de ciertas características sociales;¹⁶ más por otra parte, la educación es en ocasiones un vehículo de nuevas ideas, susceptibles de transformar la fisonomía social de un pueblo, y en este sentido se presenta como agente de cambio.

El hombre tiene que vivir formando parte necesariamente de determinados grupos sociales, quedaría incompleta entonces, la educación si entre sus fines no se encuentra el de la preparación del hombre para su vida social; estos fines sociales no implican simplemente una modificación superficial del hombre, que se puede traducir en determinadas normas de conducta externa. El impacto es más profundo, hasta poder hablarse de una determinación social de las facultades.

Por otro lado, en la sociedad se puede comprobar la existencia de un conjunto de estímulos que incitarán y orientarán la educación de un determinado sentido.

En la sociedad actual, donde las relaciones entre los hombres aparecen con carácter cada vez más exigente, nos encontramos con que además de los estímulos que surgen de las relaciones personales y di

rectas entre las personas que participan en la vida de una misma comunidad, los actuales medios de comunicación, sobre todo los llama-dos de comunicación de masas, ejercen una influencia patente, que - puede considerarse diversificada en tres tipos. El primero es un - amplio influjo, difícil de delimitar, que se manifiesta en la acep-tación de las actitudes, ideas (especialmente morales) y modelos de conducta. El segundo es una influencia más específica, en virtud - de la cual los individuos realizan determinados actos a los que han sido empujados por los medios de información y propaganda. El ter-cero se realiza mediante la enseñanza en su sentido formal y siste-mático a través de los medios de comunicación masiva.¹⁷

Es en la interacción entre educación-sociedad, en la que el individuo constituye el factor principal, y donde se muestra como - la vida humana es un proceso continuo de aprendizaje, sin embargo, lo que se aprende no es siempre ventajoso y deseable para el indivi-duo y los demás. Hay muchos aprendizajes que, en lugar de reflejar-se en mejores ajustes, aumentan la problemática del individuo con - la correspondiente repercusión en los diferentes niveles y formas - de organización social.

Las presiones económicas, culturales y tecnológicas se refle-jan poderosamente en la estabilidad emocional del individuo; dicho de otra manera, el desasosiego y la incertidumbre en el hombre mo-derno parten esencialmente de su cada vez más compleja situación -- cultural y de su desorientación frente a ella.¹⁸

Ahora bien, el individuo inmerso en una sociedad que cuenta con abundantes medios de mensajes educativos, pero también de mensaja

jes que propician desajustes, se ve sujeto a aprender conductas - que se alejan de ese estado no sólo exento de enfermedad, sino de bienestar bio-psico-social deseado. Una de esas conductas es la del consumo de drogas, conducta que fácilmente se transforma en - un síntoma de la situación desintegrante del individuo; consumo - que lo lleva a una caída en forma de espiral, pasando por las diferentes etapas del uso y abuso de drogas, a abismos cada vez más profundos, y de los que cada vez resulta más difícil salir.

La educación tiene como objetivo ayudar al individuo a lograr una vida más efectiva, feliz, armoniosa y plena, a través -- del perfeccionamiento intencional de sus facultades específicas.¹⁹ Es, por tanto, una estrategia tendiente al logro de la salud integral del individuo; si se ve desde esta perspectiva, implica una serie de planes, técnicas, actitudes, etc.

De aquí que se determinen las valiosas aportaciones de la educación, para ayudar a crear relaciones más adecuadas y mejorar las condiciones generales de vida.

En el caso de la Farmacodependencia; la educación sobre -- drogas, es considerada como una de las estrategias preventivas específicas del uso y abuso; y por consecuencia, está enfocada el - área de la influencia social y el cambio de actitud con respecto a ellas; siguiendo este enfoque, para prevenir el uso y abuso de drogas se tienen que provocar cambios en la conducta y actitudes en aquella población que las consume o es susceptible de usar, esto es población de "alto riesgo", entendiéndolo por ello, a aquel -

grupo de población que bajo ciertas situaciones o circunstancias - especiales es más susceptible de ser afectada que el resto de la - población; por ejemplo, los adolescentes.

La educación sobre abuso de drogas se ha definido como "in- formación precisa sobre drogas ilegales o de abuso, trnsmitida -- por la vía de un principio o fuerza psicológica y diseñada para mo dificar el conocimiento, actitud, y conducta hacia una dirección - deseada".²⁰

Wepner²¹, reseñando los programas preventivos conducidos bajo el principio de la educación sobre las drogas, señala que his tóricamente ésta, ha pasado por varios períodos que se traducen en abordajes específicos. La OMS²² los ha clasificado en ocho dife- rentes enfoques, a saber:

1. Táctica de "escarmiento" o de temor a las consecuencias.

Este enfoque se basa en principios tradicionales que pre senta los peligros del consumo de drogas y se espera que el individuo recuerde un reforzamiento negativo que le - lleve a evitar el uso. Este enfoque ha sido ampliamente criticado como ineficaz, y como falta de credibilidad, - ya que asume que porque han ocurrido malos resultados en ocasiones, siempre ocurrirán: o porque un evento (por -- ejemplo, fumar marihuana) precede a otro (por ejemplo, in yectarse heroína).

Sin embargo, pueden existir condiciones bajo las cuales esta táctica funciona. El enfoque del temor debe basarse

en información válida y el material debe adaptarse a -- las circunstancias que en público reconozca como fami-- liares. Tiene su lugar si es utilizado honesta e inteli-- gentemente.

2. Argumento lógico: se presentan hechos reales que el público pueda armar para tomar decisiones sobre el consumo - de drogas, se diseñan métodos y material de exhortación bajo el principio de que el público desea evidencias pa-- ra tomar decisiones.

No se condiderán efectivas las presentaciones de mayo-- res en un solo sentido, actualmente se utilizan pán-- eles con modelos multilaterales.

Existe alguna evidencia que examinan los pro y contra - de un tema que puede templar una posición externa. Sin embargo, los argumentos multi-laterales son inapropia-- dos para niños que aún no han desarrollado el juicio; - pueden ser tomados como invitación a experimentar. Son efectivos para adultos, particularmente para aquellos - que aún no se comprometen firmemente con una posición!

3. Fuente autorizada, es cuando un experto presenta infor-- mación objetiva así como su opinión sobre el tópic.

El uso de un profesional o autoridad experimentada es - un método antiguo. Se usan como "expertos" a doctores, abogados, psicólogos, policías, exadictos; pero a las - autoridades no se les acepta como de igual utilidad.

Pueden aparecer diferencias entre los maestros y los exadictos que llevan a una desconfianza, y ciertos estudiantes admirén a los exadictos, pero los estudiantes pueden verse claramente motivados a aprender de ellos, dar una credibilidad que los maestros no pueden.

Los exadictos pueden no ser valiosos como fuente de información real, pero su uso puede ser una de las pocas formas exitosas de cambiar actitudes.

4. El uso de pares, estudiantes o adolescentes presentan - (o son ayudados a) una discusión con otros de sus pares. Frecuentemente instructores estudiantes reciben entrenamiento especial y pueden tomar el papel del maestro, pero todo el grupo puede actuar como equipo en buscar los hechos sobre el consumo de drogas. Se asume en este caso que los estudiantes se sentirán más cómodos discutiendo y aprendiendo acerca de este tópico sensitivo -- dentro de su propio grupo de pares. Este método también realiza la responsabilidad dada a los estudiantes y de esta manera puede aumentar su motivación para aprender acerca de las drogas.
5. Modelo Cognitivo o conceptual. Método tradicional de -- transmitir la información. Este enfoque no es obviamente persuasivo, pero los materiales conceptuales recientes, contienen ejemplares selectos de los efectos de -- drogas, con la esperanza de que los estudiantes logren

un concepto que puedan aplicar conductualmente. Mucho de este material enfatiza la información farmacológica, con la esperanza de que un incremento en la comprensión resulte en respeto por los peligros de su uso.

Este enfoque, mientras que informativo, no es directamente efectivo en cambiar actitudes o comportamientos.

6. Métodos de encuentro, se utilizan para prevención y tratamiento. El principio subyacente es que las actitudes hacia las drogas están relacionados cercanamente a sentimientos de identidad y actitud hacia otros y a la sociedad.

Incluyen confrontación de actitudes, entrenamiento de sensibilización, y discusión sobre actitudes hacia las drogas, hacia otros, hacia la sociedad y hacia su uso masivo.

7. Método de drama y diversión, el humor y sátira pueden utilizarse para orientar a la gente sobre el problema. Puede haber poca información substantiva pero sobresalen para comunicar ideas sobre el papel de las drogas en el comportamiento, y capturar el interés del público, afectándolo de manera inusuales.

8. Modelo de "el problema de la vida", que incluye tales temas como sexo, relación adolescente-padre o adolescente-pares, como también el consumo de drogas no es tratado separadamente de otros problemas que el adolescente

puede enfrentar.

Como se observa existe gran variedad de módulos. Sin embargo, se plantea que es necesario tener un análisis comprensivo del campo para encontrar soluciones a los problemas y métodos para seleccionar ya sea un módulo u otro.

Básicamente, la educación sobre drogas está constituida por comunicación diseñada para modificar ciertas actitudes o reforzar aquellas existentes si son compatibles con el ideal de la prevención.

En este proceso de comunicación-persuasión, existen los que se ha llamado variables dependientes e independientes. Dentro de las primeras se puede hablar de seis pasos interpuestos:²³

1. Se debe presentar un mensaje persuasivo y apropiado a la persona o grupo objetivo.
2. La persona o grupo objetivo debe escuchar el mensaje (variable de atención.)
3. El mensaje debe ser comprendido (variable de comprensión).
4. La persona debe acceder a las conclusiones del mensaje, y cambiar su actitud (variable de admisión).
5. La persona debe entonces mantener este cambio (variable de retención) producido por el mensaje.
6. La persona debe cambiar su conducta (variable de acción).

El principal problema es asegurarse que cada uno de estos -

pasos ocurran. Aún haciendo que el grupo escuche el mensaje puede resultar difícil cuando el tópicó está relacionado con valores, - de los que se tienen opiniones fuertemente arraigadas. Los últimos tres pasos son de los que existe menos información, ya que desafortunadamente existen muy pocos estudios al respecto.

Existen cinco componentes de la comunicación, que a la vez son clases de variables independientes: fuente, mensaje, canales, receptor y destino. El mensaje experimentado de estas variables -- nos ha mostrado que el proceso de comunicación primaria puede ser lograda eficazmente si se analiza cuidadosamente cada uno de ellas en cuanto a su intervención en el proceso.

a) Variables de la fuente. Aquí se incluyen las características de la persona o grupo que presenta la comunicación tales como edad, presencia, experiencia en el tema, veracidad de su opinión, credibilidad, atractivo, confiabilidad, etc. Todas ellas interdependientes y relacionadas a todas las características de la fuente.

En el campo de la Educación sobre Drogas, el comunicador debe ser visto como un experto en el tema, profesionales de las ciencias sociales o de la salud con entrenamiento; u otros que con una preparación adecuada puedan convertirse en expertos, maestros, estudiantes, líderes de la comunidad u otros.

Además del conocimiento en la materia, otras características pueden afectar la respuesta del auditorio, una de

ellas, es la posible similitud del consumidor con el au
ditorio en sus valores, intereses o necesidades; aún en -
la edad, por ejemplo, se ha encontrado que los adolescen
tes son mayormente influenciados por aquellos moderada--
mente mayores, más que por aquellos de su misma edad o -
mucho mayores.

- b) Variable del mensaje. Uno de los puntos principales del
mensaje y su impacto es el componente emocional de su -
contenido; el consumo de drogas es un tópico que por sí
mismo provoca ansiedad, de ahí que resulta importante --
tener en mente ésto cuando se desea o no manejar el mode
lo de escarmiento o temor.

Existen diferencias entre los estudios realizados para -
evaluar la eficacia de mensajes que provocan temor y el
cambio de actitud y conducta; algunos demuestran que son
más efectivos los mensajes con bajo montante de temor: -
otros por el contrario, muestran una relación positiva -
entre temor y persuasión. De cualquier manera no se de-
ben condenar uno ni otro enfoque, sin analizar cuidadosa
mente su utilidad.

Otra de las variables del mensaje es la de ser uni o bi-
lateral; en el campo de la educación sobre drogas se ha
sugerido un modelo equilibrado en este sentido, es decir
se pueden presentar diferentes posiciones en un mismo --

programa. Las variables más importantes de considerar - cuando se selecciona, son el nivel de inteligencia del - auditorio, edad y la posición del lado propugnado antes del programa.

Se ha encontrado por ejemplo, que si el auditorio no conoce mucho sobre el tema y es relativamente inteligente, es mejor presentar ambos lados. Si el auditorio está en contra de la posición propuesta, pero es razonablemente inteligente, si el auditorio está en favor de la posi--- ción propuesta, y no es muy inteligente, puede ser más - eficaz un mensaje unilateral.

Con auditorios jóvenes, como estudiantes de escuelas pri_{ma}rias que pueden tener dificultad en comprender conceptos de educación sobre drogas, quizá deban usarse presen_{ta}ciones unilaterales; sin embargo, dependiendo de la ac_{ti}tud del auditorio, las presentaciones bilaterales pueden ser efectivas entre estudiantes de secundaria y adul_{to}s.

- c) Variables del canal, Básicamente se incluyen los concer_nientes al medio o modalidad de la comunicación; en el - campo de la educación sobre drogas han sido utilizados - programas de comunicación cara a cara por medio de maes_{tro}s, conferencias o grupos de discusión, así como pelí_{cul}as, programas de televisión y radio, artículos en periódicos, revistas y libros.

En general, la literatura²⁴ indica que un contacto cara a cara tiene una mayor influencia en cierto tipo de conducta que otros medios. Otros autores sugieren que los canales que permiten al auditorio avanzar a su propio paso, como en la lectura, hacer preguntas y obtener aclaraciones, y encuentros cara a cara, son más probables para maximizar la comprensión.

Sin embargo, hay otras variables del canal a considerar además del impacto relativo de un medio; una de ellas es la exposición.

Mientras más pequeño sea un grupo al que se dirige el emisor en una comunicación cara a cara más efectivo ésta será.

En grupos pequeños, los temas pueden ser aclarados y más fáciles son de responder la pregunta.

- d) Variable del Receptor. Las características de un auditorio, incluyen la edad, sexo, inteligencia, nivel escolar, ansiedad y participación pasiva versus activa influirán en la aceptación o no del mensaje. Además, las características de personalidad y sociales de un auditorio determinará en gran parte la modificación de conducta buscada.

En general, parece ser que no existe una relación bien definida entre la sugestibilidad y la inteligencia, aunque sí puede interactuar con el estilo o presentación --

del mensaje. La relación dependerá grandemente en la complejidad del mensaje, el tiempo de presentación y -- otras variables de la personalidad del receptor.²⁵

Una variable del receptor importante de considerar en la educación sobre drogas es el nivel de ansiedad del - auditorio que, como ya se mencionó, es un tópico causante de ésta, especialmente si existe la sospecha que una parte del auditorio puede ser usuario de drogas.

- e) Variable del Destino. Las variables que más interesan en este inciso son aquellas relacionadas con las metas de la comunicación, como son el cambio de actitud, el índice de permanencia y deslineación del cambio, tipo - de impacto y su longevidad.

Se ha reportado que un cambio de actitud producida por una comunicación persuasiva "típica", tiene una vida media de aproximadamente seis meses; aunque otros estu---dios indican una declinación más rápida. Esta declina--ción en el cambio de actitud inducida es el resultado - de la interacción entre variables de fuente, mensaje canal, receptos y el tiempo.²⁶

Los estudios revelan que los mensajes complejos produ--cen una declinación más lenta que el cambio de actitud producida por una comunicación explícita y clara, y que el cambio de actitud es más persistente cuando el receptor participa activamente en el proceso de comunicación.

Por último, los objetivos del programa deben de estar -- claramente definidos y los esfuerzos deben medirse en -- términos de ellos. Parece ser claro que cambiando solamente las actitudes hacia las drogas, aunque sea socialmente útil, no asegura que la conducta usuaria de drogas cambie. Así se plantea que deben utilizar diferentes métodos para inmunizar a la gente contra argumentos pro-drogas futuros, y así, estos podrán ser particularmente útiles ya que la gente está siendo constantemente bombardeada con nuevas y contradictorias fuentes de información.²⁷

Principios Educativos en el Campo del Consumo de las Drogas.

- La educación para ser efectiva debe ser positiva, no negativa, y orientada a promover felicidad y un sentido de propósito individual y social, no solamente a la prohibición.
- La educación debe enfatizar que el ser humano no puede ser feliz a menos que sea miembro de la sociedad, que incluye una cierta rendición de su parte a las necesidades de otros. El deber así mismo en el estilo de vida individual es, por lo tanto, inseparable del deber a la comunidad.
- La meta a largo plazo de un programa de educación para la salud es desarrollar personalidades bien equilibradas que no tengan la necesidad de recurrir a las drogas.
- La educación sobre drogas no debe ser una área aislada en la educación del individuo.

- La meta inmediata es proporcionar información suficiente para que los jóvenes tomen decisiones no dañinas para sí mismos ni para la comunidad. La presentación de una base para una vida feliz es más efectiva que la presentación de penalidades y miserias, a pesar de que su peligro no debe ser desatendido.
- Ciertos individuos están en riesgo especial cuando enfrentan un campo de actividades antisociales, incluyendo el abuso de drogas. Un programa de educación para la salud completa debe, por lo tanto, identificar a estos grupos y proporcionarles educación y orientación al respecto.

C A P I T U L O I I

PROGRAMAS PREVENTIVOS Y EVALUACION

C A P I T U L O II

PROGRAMAS PREVENTIVOS Y EVALUACION

La dependencia a las drogas fue reconocida como un gran problema mundial incluso antes de que la Organización Mundial de la Salus realizara estudios sobre algunas formas de dependencia a las -- drogas en 1971¹ y 1973², si bien esta se manifestaba con naturaleza y magnitud considerablemente diferente, en poco tiempo y en muchos países el problema mostró su gravedad, lo que condujo a que - países tanto en desarrollo como desarrollados crearan programas preventivos al abuso de drogas, también con naturaleza y magnitud diferente. Una revisión extensiva de estos programas puede ser encontrada en: Blum y Cols, 1973; Smart y Fejer, 1974; Goodstadt, 1974; Blum y Cols, 1975; Knoi, 1977; Wepner, 1979; Iyer, 1980; y más recientemente Smart, 1981 y Schiøler 1981². Estos autores reseñan y marcan los múltiples enfoques, posiciones, modelos y perspectivas generales de los programas y sus alcances.

Si bien, como ya se señaló existen desde la prevenición primaria varias alternativas a realizar, la educación, parece ser la estrategia más usual y en general siempre está dirigida a aquellos grupos considerados de alto riesgo. Sin embargo, algunos programas en Birmania y Tailandia bajo el principio de la Educación se ha orientado hacia los productores con el objeto de disuadirlos a reemplazar las cosechas, o en los Estados Unidos y el Canadá donde se han realizado programas a través de la Educación a la Población en general, con el objeto de crear la necesidad de identificar y denunciar a

Los inductores del consumo de drogas. No obstante tales programas parecen ser la excepción del principio general de la estrategia.

La gran mayoría de los programas están dirigidos a padres de familia pero usualmente son informales y poco sistematizados. Se han realizado algunas otras campañas de educación para las drogas a través de los medios de comunicación o en la comunidad en general, sin embargo, parece ser que los programas escolares son los que cuentan con un grado más alto de planeación y formalidad, aunque pocos de ellos se han realizado de forma integral tomando en cuenta los tres sectores (alumnos, padres y maestros), como es el caso del programa aquí presentado.

En años anteriores se incrementó el interés en la Educación sobre las drogas, aunque actualmente se ha puesto más énfasis sobre la educación social y para la salud donde el conocimiento de las drogas solo es una parte. Pero una de las dificultades más grandes - hasta no hace mucho tiempo, es justo la ausencia de programas efectivamente evaluados.

La evaluación de programas preventivos varía en la calidad y en los alcances. Algunas son evaluaciones impresionistas otras son un mero reporte de casos; en general, señala Smart³ que los estudios de programas preventivos son débiles en diseño, muchos carecen de grupos de comparación y seguimiento y tienen internamente críticas severas. Esto sobre todo, en los estudios de cambios en la legislación, sin embargo, también aparece en los estudios experimentales de Educación sobre las Drogas.

Tres han sido las modalidades más utilizadas en los diseños

de evaluación de la prevención primaria:

- 1) La comparación en el tiempo, antes y después de un cambio en la legislación o en la instrumentación de un programa.
- 2) Un grupo control o un área de comparación donde no se ha instrumentado un cambio.
- 3) Una vez incluido un cambio o realizado un programa, se implementa un seguimiento en un periodo de tiempo determinado.

Programas Escolares:

En la mayoría de los países los programas escolares de educación para las drogas aparece como los esfuerzos de prevención primario más comunmente usados, los programas escolares típicamente son orientados a muchachos de entre 10 ó 12 años y son continuados hasta los 16 ó 18 años. Usualmente, son mas comunes en escuelas secundarias que en universidades u otras instituciones post-secundarias.

Aunque en los programas escolares se ha obtenido una gran cantidad de experiencias, también han indicado que tienen un gran número de problemas, pues muchos de ellos han tenido inesperadamente efectos negativos; éstos y otras consideraciones condujeron hace algún tiempo a un delineamiento en el desarrollo de programas en algu

nos países, como los Estados Unidos y el Canadá.

Las bases subyacentes de los programas en general no son explicitadas, en general se parte del razonamiento que la Educación para las drogas es necesaria entre los 10 y 18 años, porque es a esa edad cuando los jóvenes están en contacto con las drogas y deciden consumirlas o no, además de representar un auditorio cautivo en el que su asistencia a la escuela usualmente no es opcional y es solo durante los años escolares cuando es posible tener la atención de jóvenes de varios grupos de edad, y se plantea que si éstos son exitosos, tales programas entonces tendrán un impacto en la sociedad entera.

Uno de los supuestos teóricos que parecen subyacer a la mayoría de ellos, es el descrito anteriormente como "conocimiento-actitudes-conductas": que en forma simple significa el supuesto de que si el individuo tiene conocimiento acerca de las drogas esto influirá en su conducta y en sus actitudes en la dirección que se espera.⁴ Si una persona adquiere el conocimiento de ciertas consecuencias dañinas de las drogas, entonces no las usará y se desarrollará una actitud negativa con respecto a su uso.

Las posturas a favor o en contra de esta teoría han sido investigadas y resumidas por Goodstadt,⁵ en su trabajo en "El Impacto y Papel de la Información sobre Drogas en la Educación para las Drogas", quisiera dejar asentado solo algunas de sus afirmaciones. "Varios estudios muestran que quienes consumen drogas tienen más conocimiento acerca de las consecuencias dañinas de ellas que quienes

no las usan. También se ha encontrado un relación pobre entre actitudes y conducta, además de no ser usualmente real el que en un cambio de actitud sobrevenga un cambio en el comportamiento, en general es más frecuente que un cambio de actitud siga aun cambio en la conducta, además señala que es necesario en la Educación para las Drogas se amplíe la perspectiva e incluya influencias ambientales no - sociales y factores de personalidad; por ejemplo, la relación entre la auto-estima de los estudiantes y el uso de droga.

Los resultados de los programas de Educación para las Drogas en realidad no han sido sorprendentes y tampoco llevan a conclusiones definitivas, ⁶ además de que una gran mayoría de ellos no han sido evaluados. Muchas evaluaciones son poco elaboradas, no hay -- grupos de comparación desde diferentes aproximaciones. Algunas han encontrado efectos sobre las actitudes o la conducta cuando han sido comparadas con grupos control y otros casi con igual número encontraron efecto positivo en algunos sub-grupos que fueron incluidos en - los programas. Desafortunadamente, ⁷ al menos en cuatro estudios - realizados en los Estados Unidos han encontrado efectos negativos, - pues se reportó un incremento en el número de estudiantes que usaban drogas de aquellas que habían sido incluidos en los programas. Esto también fue observado en Singapur ⁸ donde se instrumentó un programa de información pues concluyeron que era contraproducente ya que - desarrollaba un interés y curiosidad, alrededor de las drogas. Estos resultados negativos han originado el que este tipo de intervenciones se tomen con recelo y se cuestione el grado de utilidad, pues incluso los resultados positivos son observados como inconsistentes o

poco efectivos. En resumen, dice Smart,⁹ varios estudios excelentes han mostrado resultados negativos y conclusiones importantes tales como que, algunos programas de educación sobre drogas pueden ser actualmente dañinos, ya que están basados en supuestos de dudosa validez y requieren de mayor investigación, y sugiere que es importante la elaboración de un proyecto donde a través de un cuidadosa y cercana vigilancia se llegue a identificar tanto los efectos negativos como positivos posibles.

Programas de Educación para Padres.

Casi en todas las sociedades los padres son los primeros "educadores" de los niños, entonces se considera que son ellos los primeros responsables de la "prevención primaria" en toda suerte de salud, de los problemas sociales y conductales. No obstante, muy pocos reciben un entrenamiento específico o tiene experiencia directa con --ello, sobre todo en lo que se refiere a las drogas. Señalan que una gran variedad de uso de drogas ocurre solo en la población joven y -que esús se encuentran fuera de la experiencia de lo padres.

Es frecuente hayar en los programas que se llame a los padres se les dé información, algunas consideraciones alrededor de las drogas, induciendolos a que sean ello los primeros en reconocer el uso de ellas por parte de sus hijos.

En estudios realizados por Smart y Fejer¹⁰, con personas -jóvenes indican que, en general, los padres son escasamente la fuente de información acerca de las drogas y a éstos se les otorga poca

confiabilidad. Sin embargo, parece ser que son una fuente más confiable para los muchachos jóvenes (por debajo de los 14 años) que cuando son adolescentes mayores. Los padres por lo tanto, pueden tener una influencia mayor en la adolescencia temprana, cuando tienen el conocimiento y las habilidades requeridas en lo que a las drogas se refiere.

Se han encontrado pocos programas evaluados en Educación sobre Drogas orientados a padres de familia. Una excepción ha sido el "proyecto de comunicación para padres" descrito por Shain y colaboradores¹¹, proyecto que se llevó a cabo en una pequeña ciudad de Canadá, 220 padres de familia, la gran mayoría mujeres, acudió a las sesiones diseñadas para promover la comunicación en la familia y de éste modo propiciar un decremento en el uso de drogas. Los programas incluyeron films, videotapes, lecturas comentadas, discusiones, role-playing y ejercicios de comunicación, así como "reporte de las sesiones en casa". En general, el curso promovió la comunicación de la forma esperada, aunque no de la misma manera para todos los padres. No hay un estudio directo de los efectos sobre el uso de drogas en sus hijos, pero se esperó que se lograría un efecto positivo en el correr del tiempo. Para este tipo de programas Smart¹² aduce: "y éstos pueden ser más benéficos cuando se trabaja con padres que tienen hijos pequeños quienes aún no han comenzado a usar drogas y además que sean lo suficientemente jóvenes como para que estén totalmente bajo el control de los padres.

Programas para el Entrenamiento de Profesionales.

Frecuentemente, profesionistas de varias disciplinas son entrenados para realizar cursos de información o educación sobre drogas. Estos pueden ser maestros quienes instrumentan un extenso programa escolar hasta lecturas ocasionales de profesores universitarios, a veces médicos, abogados, trabajadores sociales o psicólogos. En general a excepción de farmacólogos y psiquiatras, los profesionistas reciben muy poca orientación en lo que respecta a los problemas ocasionados por el uso de drogas. No obstante, los médicos y científicos ¹³ son reconocidos entre los estudiantes como la fuente más confiable en los que se refiere a la información sobre droga, esto también se ha observado cuando los maestros están especialmente entrenados; teniendo además un importante impacto sobre la calidad de la educación.

Se han descrito una gran variedad de programas de entrenamiento para maestros ¹⁴, generalmente se realizan con presentaciones didácticas, grupos de discusión, y materiales de apoyo tales como -- films, videotapes, libros básicos. Uno de los programas más amplios con maestros fue el realizado por Fieldstone ¹⁵ en los Estados Unidos en siete Estados. El curso se llevó a cabo utilizando material de apoyo tales como lecturas, grupos de discusión, charlas con alumnos y un entrenamiento de sensibilización. La evolución indicó que los maestros tenían un mayor conocimiento pero en realidad no se encontró un cambio en las actitudes o en su habilidad para facilitar la comunicación. Resultados similares fueron reportados por Freund

y colaboradores ¹⁶ en un estudio utilizando un grupo control, hubo los cambios esperados en información pero no así en las actitudes, o aún más, en los estudios de Fiman¹⁷ donde los resultados mostraron que contrario a lo esperado, los maestros llegaron a ser más conservadores en sus actitudes de acuerdo a la concepción que les era familiar después de haber sido incluidas en un curso.

Smart sugiere, que probablemente el principal grupo de profesionales que requieren entrenamiento, son por supuesto los maestros, aunque no siempre es fácil incluirlos en los cursos, pues frecuentemente la Educación para las Drogas no es una prioridad en los planes educativos, además de ser los maestros responsables en muchas otras áreas de aprendizaje y educación para la salud, y solo unos cuantos en la mayoría de las escuelas tendrán el tiempo y el deseo de llegar a ser unos expertos sobre drogas.

La disponibilidad de investigaciones en prevención sugiere - la siguiente conclusión:

Para tener un mayor impacto en el fenómeno del abuso de drogas es necesario la implantación de programas integrados de prevención, con un cuidadoso y vigilado marco teórico, y una planeación - que tome en cuenta las entidades políticas, económicas y sociales - en particular del país donde se pretende realizar.

Proyecto Genérico "Escuelas".

Tomando en cuenta la consideración de la farmacodependencia - como un problema multifactorial, toda estrategia o línea de acción -

permanente de prevención ha sido adaptada a los cuatro modelos anteriormente explicitados (Cfr. cap. N°I), y es a partir de dicha adecuación que surge un programa integral de abordaje que incluye cuatro proyectos genéricos normatizados, a saber:

Proyecto "Escuelas"

Proyecto "Comunidad"

Proyecto "Grupos Organizados"

Proyecto "Interinstitucional"

Las acciones preventivas de estos proyectos están encaminadas a la población "sana" y a los dos primeros niveles de usuarios (experimentadores y ocasionales) que no constituyen población "enferma" pero forman grupos de alto riesgo, Como prioridad estos proyectos también están dirigidos a grupos que puedan ser multiplicadores de las tareas preventivas-educadores, líderes formales e informales, -- grupos de servicio y otros.

El proyecto "Escuelas" fue implantado a partir de 1981, la experiencia de trabajo se consideró fundamental, y condujo a algunas modificaciones tanto en los objetivos como en la metodología de trabajo, alcanzando para el año 1982 la normatización e instrumentación de un proceso de evaluación cualitativa, evaluación que se presenta en este trabajo, es importante subrayar que a pesar de estos cambios no se altera substancialmente el objetivo general, permitiendo una continuidad con respecto al año anterior.

Para su justificación se argumentó:

"Somos un país de niños y jóvenes; la mayor parte de su población no ha cumplido aún los 18 años. Dada esta realidad, se considera necesario establecer un Proyecto dirigido a prevenir la farmacodependencia en este amplio sector.

Ahora bien, la familia y la escuela son las principales instituciones que se encargan del proceso de socialización y desarrollo del individuo, desde que nace hasta que prácticamente ingresa al mercado de trabajo. Ninguna otra institución dispone de tanto tiempo, ni puede ejercer tanta influencia en la formación de los individuos, como la familia y la escuela; de aquí que, analizando las posibilidades de éxito en la tarea preventiva y correlacionándola con la distribución de la población por edades, se evidencia la necesidad de asignar recursos a un Proyecto dirigido conjuntamente a los miembros de la familia y de la escuela, es decir, padres de familia, alumnos y maestros".

I. OBJETIVOS.

El objetivo general quedó definido como sigue:

- Prevenir la farmacodependencia en la familia y la escuela.

Objetivos específicos:

- Informar a los alumnos sobre el fenómeno de la farmacodependencia y su prevención.

- Orientar a los padres de familia sobre el fenómeno de la farmacodependencia y su prevención.
- Orientar y Capacitar a los maestros de las escuelas sobre el fenómeno de la farmacodependencia y su prevención.

II METAS.

Cada Centro Local atenderá un mínimo de 32 escuelas durante 1982 (una cada semana hábil del calendario escolar). A lo largo del año, se habrán atendido 1,024 escuelas.

Se informarán por escuelas, un promedio de:

- 150 alumnos
- 50 padres de familia
- 15 maestros

En el año se habrá informado un promedio de:

- 153,600 alumnos
- 51,200 padres de familia
- 15,360 maestros

III RECURSOS.

Humanos:

- Un responsable (puede ser psiquiatra, psicólogo o traba

- jador social de base), que dedicará 36 horas al mes.
- Un equipo de trabajo formado por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social de base, voluntarios o pasantes que dedicarán 92 horas al mes. Horas que serán dis
tribuidas según sus recursos.
 - En total este Proyecto requiere de: 128 horas mensuales para cubrir las metas planteadas.

Materiales.

- Videocassettera, audiovisuales,
- folletos, carteles, calcomanías,
- cuestionarios y formatos para evaluación,
- cartulinas, marcadores,
- pizarrón o rotafolio.
- material bibliográfico.

IV METODOLOGIA.

Un equipo formado por personal del equipo técnico y en servicio social o voluntarios, asistirá por lo menos a una escuela prima
ria o secundaria por semana, según el calendario escolar.

La forma concreta de trabajo será definida considerando los valores, ideas, necesidades y características de la escuela, así co
mo los recursos del Centro Local asignados al Proyecto.

Para el diseño del Proyecto Escuelas, los modelos fueron adap
tados de la siguiente manera:

MODELOS PREVENTIVOS

MODELO	CONCEPTOS	ATENCION A:	ENFOQUE PREVENTIVO	SUPUESTO BASICO	ESTRATEGIAS DE
M E D I C O S A N I T A R I O	<p>El farmacodependiente se comporta como un sujeto infeccioso.</p> <p>La farmacodependencia es un problema de Salud Pública.</p> <p>Los propósitos son: <u>ale</u>jar al individuo de la <u>dro</u>ga y a usuarios de no usuarios.</p>	<p>La droga se comporta como un agente infeccioso (tóxico-nocivo), al cual hay que controlar.</p> <p>Grado en el que el fármaco resulta nocivo y la posibilidad de obtenerlo.</p> <p>Se toman en cuenta:</p> <p>Drogas lícitas e ilícitas.</p>	<p>El equivalente de "Vacunación" es mediante la información al público, del riesgo que representa para la salud, el uso y abuso de drogas.</p>	<p>El ser humano desea conservar la salud.</p> <p>La información y la educación inciden sobre la conducta.</p>	<p>Información específica y continua para cada segmento socio-cultural sobre el efecto que las drogas ilícitas producen en el organismo.</p> <p>La información específica y continua para cada segmento socio-cultural sobre el efecto indirecto que las drogas lícitas tienen en la farmacodependencia.</p>
<p>OBSERVACIONES: Si la información es indiscriminada suscita la curiosidad de usuarios potenciales y un incremento en la farmacodependencia.</p>					

M O D E L O S P R E V E N T I V O S

MODELO	CONCEPTOS	ATENCION A:	ENFOQUE PREVENTIVO	SUPUESTO BASICO	ENTRATEGIAS DE
P S I C O S O C I A L	<p>Es un problema psicológico.</p> <p>Es una conducta desviada - que satisface alguna necesidad del individuo.</p> <p>Propósitos:</p> <p>Alejar al individuo de la droga y acercarlo a la sociedad.</p>	<p>El individuo y el ambiente (escenario donde se verifican - influencias de otras personas y grupos).</p>	<p>Las acciones se centran en el consumo de drogas.</p> <p>Las medidas no son específicas para la farmacoddependencia, sino similares a las que se aplican a todo comportamiento desviado o destructivo.</p>	<p>El consumo de drogas es un comportamiento complejo.</p> <p>La farmacoddependencia es la manifestación de ciertas necesidades del individuo.</p>	<p>Información en forma específica para este modelo, debe relacionarse con valores del grupo al que está dirigida.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estructura familiar (integración - desintegración). -Desarrollo infantil (normal y patológico). -Adolescencia (crisis de identidad) -Sexualidad. -Orientación vocacional y demás temas que angustian al joven y que lo pueden predisponer al uso de tóxicos.
OBSERVACIONES: Participación en la educación de temas que orienten a la familia y al individuo.					

MODELOS PREVENTIVOS

MODELO	CONCEPTOS	ATENCION A:	ENFOQUE PREVENTIVO	SUPUESTO BASICO	ESTRATEGIAS DE
E T I C O J U R I D I C O	<p>La farmacodependencia es un problema legal.</p> <p>El propósito de este modelo es: Alejar al individuo de la droga.</p>	<p>La droga.</p> <p>Esta es el agente activo.</p> <p>Las drogas se dividen en <u>l</u>ícitas e <u>il</u>ícitas.</p>	<p>Como las drogas afectan al individuo, hay que mantenerlas lejos de él.</p> <p>Se controlan las drogas ilícitas.</p> <p>a) Represión al narcotráfico.</p> <p>b) Fiscalización y distribución de productos causantes de dependencia.</p>	<p>El castigo y la <u>ame</u>naza de castigo, <u>dis</u>minuyen la adopción de conductas puni--bles, lo que lleva a la promulgación de leyes.</p>	<p>Información continua, sobre el efecto de las drogas ilícitas.</p> <p>Información continua sobre las penas en que se incurre por:</p> <p>- Venta, uso, posesión y producción de drogas ilícitas.</p>
<p>OBSERVACIONES: Riesgo de que usuarios reales o potenciales, incrementen el uso de drogas por rebeldía u oposición a las medidas; por lo que las acciones aisladas de este modelo pueden resultar negativas.</p>					

MODELOS PREVENTIVOS

MODELO	CONCEPTOS	ATENCIÓN A:	ENFOQUE PREVENTIVO	SUPUESTO BÁSICO	ESTRATEGIAS DE
S O C I O - C U L T U R A L	<p>Es un problema social.</p> <p>Propósitos:</p> <p>Transformar - el ambiente y acercar a - la sociedad - al individuo.</p>	<p>El ambiente.</p> <p>Reacción social ante el consumo de drogas.</p>	<p>Adaptar a la sociedad al individuo y a sus necesidades.</p>	<p>La farmacodependencia es debida a <u>condiciones</u> sociales - generadoras de conflictos.</p> <p>*Desintegración familiar.</p> <p>*Urbanización.</p> <p>*Industrialización.</p> <p>*Migración.</p> <p>*Desempleo.</p> <p>*Pobreza.</p> <p>*Hacinamiento.</p> <p>*Desnutrición.</p> <p>*Abuso de drogas <u>lícitas</u> - alcohol.</p>	<p>Encamidas a:</p> <p>Influir en la modificación de las Instituciones, principalmente las educativas. Hacer del trabajo una actividad más estimulante y menos enajenante.</p> <p>Reducir la aceptabilidad social de las drogas lícitas.</p> <p>Informar a través de los medios de comunicación masiva, sobre el efecto directo de las drogas lícitas e ilícitas e indirecto en la farmacodependencia.</p> <p>Apoyar proyectos que ofrecen otras alternativas al consumo de drogas:</p> <p>-Deporte -Música</p> <p>-Danza -Capacitación</p> <p>-Teatro -Artesanías</p>
OBSERVACIONES:					

C A P I T U L O I I I

SISTEMA DE EVALUACION

C A P I T U L O I I I

SISTEMA DE EVALUACION

Existen una gran variedad de puntos de vista acerca de las razones y los métodos de evaluación. Algunos piensan que para hacer una "buena evaluación" se requiere de procedimientos de una investigación formal, mientras otros sugieren que las opiniones personales y juicios subjetivos pueden ser suficientes. Si bien es cierto que es posible plantear diferencias en los objetivos de la evaluación y la investigación, y que la evaluación no está destinada a desarrollar nuevas herramientas de investigación, ni a probar hipótesis teóricas, en el presente trabajo consideré que era necesario utilizar técnicas de investigación para la recolección de los datos y para su análisis, así como un cuidadoso diseño, controles y medidas precisas; con el fin no sólo de obtener información confiable para evaluar la efectividad del programa, sino también que pudiera aportar elementos válidos que explicaran el por qué de los resultados. Lo anterior en virtud de desconfiar del sentido común o apreciaciones subjetivas, dada su capacidad para ocultar y proporcionar una imagen parcial de la realidad.

Uno de los problemas que se ha presentado en el campo de la prevención de la farmacodependencia consiste en la ausencia de proyectos evaluados integralmente; en el mejor de los casos, únicamente se

han presentado tomando parámetros cuantitativos, lo que en una primera aproximación ha permitido la evaluación de las metas cubiertas. Sin embargo, es necesario cuestionarse si ésto que se ha hecho puede considerarse como "evaluación", pues a veces, se da por supuesto que la tarea -en tanto que se realiza- cubre aquello para lo que fue destinada. Es importante considerar que ésto no sucede necesariamente, lo que remite a pensar en la conveniencia de que la evaluación también considere la consecución de los objetivos, es decir, el aspecto cualitativo.

Los objetivos del programa presentado se definen en términos de informar, orientar y capacitar, que serían estrategias comprendidas bajo el modelo de la Educación sobre Drogas. Información, orientación y capacitación son estrategias que se estructuran progresivamente y que a menudo se suponen. La información, cuando cumple ciertos requisitos es el proceso básico sobre el que pueden desarrollarse tanto la orientación como la capacitación. De aquí que se determine como objeto de la evaluación a la información.

Como menciono anteriormente (capítulo I) el modelo de la -- Educación sobre Drogas supone que la información, es un agente preventivo en la medida en que está presente, por lo que el objeto de la evaluación puede plantearse más exactamente como el análisis de la presencia y permanencia de dicha información a lo largo del tiempo en los grupos que fueron incluidos en las actividades del proyecto. Para lograrlo, se diseñó una metodología y un instrumento que fueron coherentes con el objetivo de la evaluación.

Así, en este estudio concreto el interés residió en identificar el cambio de información y su permanencia a lo largo del tiempo; además, se intentó analizar las diferentes variables susceptibles de control, para conocer si alguna de ellas está relacionada directa o inversamente con los resultados inmediatos.

POBLACION

De acuerdo a la finalidad del estudio y los objetivos del proyecto a evaluar, se determinó trabajar con los tres sectores abordados en el evento. Alumnos de 5o. y 6o. año de primaria, y 1o., 2o. y 3o. año de secundaria, con los maestros y los padres de familia. - Dada la enorme cantidad de cuestionarios que serían aplicados en caso de evaluar el trabajo en todas las escuelas y el gasto excesivo - que representaba para hacer la evaluación, se tomó una muestra de -- las escuelas visitadas por los 32 centros operativos durante el primer semestre de 1982; dicha muestra consistió en tomar de manera sistemática una de cada tres escuelas.

El problema y las hipótesis fueron definidas operacionalmente como sigue:

PROBLEMA

¿Es posible afirmar que con la realización de los eventos, - ocurre un cambio significativo en la información de los alumnos, los padres de familia y los maestros?

¿Dado el cambio de información, ésta permanece a lo largo del tiempo?

¿Existe una relación significativa entre los resultados del evento, la técnica grupal y las características específicas de cada sector?

HIPOTESIS

La realización de los eventos bajo los lineamientos establecidos conducen a un cambio significativo en la información de los alumnos, los padres de familia y los maestros.

Una vez que ha ocurrido un cambio en la información que poseen los alumnos, los padres y los maestros, éste permanece después de los tres y los seis meses de que se realizó el evento,

La técnica grupal y las características específicas de cada sector (edad, sexo, escolaridad, ocupación y número de asistentes) determinaron los resultados del evento en una relación significativa.

DEFINICIONES

- Información: un alumno, un padre de familia o un maestro habrá sido informado, si considera que la farmacodependencia no es un vicio sino una enfermedad, un fenómeno social patológico y un delito, todo a la vez. Que la curiosidad,

la soledad y la falta de cariño pueden ser motivo que acerquen al individuo a la droga, sin importar su edad. Todos debemos participar en su prevención, buscando mejores alternativas que las que pueda brindar su consumo. Sin embargo, cuando el problema se presenta puede acudir a una institución de salud y es necesario pedir ayuda a la familia y al maestro.

- Cambio Significativo: Ocurre cuando al comparar la información se puede probar estadísticamente que hay un cambio favorable en el sentido de la definición que antecede.
- Evento: Suceso en el que deliberadamente se transmite información a un grupo de alumnos, padres de familia o maestros a través de cierta técnica.
- Resultado del evento: Número de preguntas en las que se presentó un cambio significativo.
- Técnica Grupal: Conferencia. Transmisión de la información en sentido único. Conferencia con preguntas y respuestas. Conferencia a la que se añade un espacio con participación activa del público. Conferencia con Audiovisual. Conferencia en lo que se añade material de apoyo audiovisual, cuyo contenido apunta en el sentido de la definición de información. Sociodrama. Representación de una breve escena de relaciones humanas en una situación hipotética, desempeñando papeles que pretenden transmitir los motivos que subyacen en el uso y abuso de drogas.

- Características específicas de cada sector.

Tamaño del grupo:	Número de asistentes al evento.
Tipo de escuela:	Primaria Oficial Primaria Privada Secundaria Oficial Secundaria Privada
Grado escolar:	Alumnos del 5o. y 6o. años de primaria y 1o., 2o. y 3o. años de secundaria.
Escolaridad:	En el caso de los padres de familia, categorizándose en la siguiente forma, de 0-6, 7-9, 10-15, 16 ó más --- años de estudio.
Ocupación:	En los grupos de padres de familia, categorizándose de la siguiente forma: Amas de casa, obrero, técnico, - empleado público, profesionista.
Edades:	En el caso de alumnos 10-11, 12-13, 14-15, 16-17, 18-19, 20 ó más. En el caso de padres de familia, --- 20-25, 26-30, 31-35, 36-49, 41-45, - 46 ó más. En el caso de maestros, 20-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46 ó más años.
Normal de Procedencia:	Normal rural

Escuela Nacional de Maestros
Normal Oficial del Estado
Normal Privada del Estado
Otras

- Centro Local: 32 unidades operativas que realizan el programa preventivo denominado con los siguientes nombres: Aragón, Azcapotzalco, Caracol, Cuauthémoc, Nápoles, Naucalpan, Nezahualcoyotl, Norte, Miguel Hidalgo, Sur, Tlatelolco, Acapulco, Ciudad Juárez, Culiacán, Cuernavaca, Guadalajara, -- Chihuahua, Hermosillo, Jalapa, La Paz, León, Mazatlán, Mérida, Monterrey, Nogales, Pachuca, Piedras Negras, Puebla, -- Querétaro, San Luis Potosí, Tijuana y Tuxtla Gutiérrez.

INSTRUMENTO

Como la evaluación de los objetivos del proyecto se realizó mediante la comparación de los conocimientos del grupo antes y después de la ejecución de las actividades, se utilizó el cuestionario como instrumento en la modalidad test-retest, ahora, como los mensajes informativos eran diferentes para cada sector de la población (alumnos, padres de familia y maestros), entonces el instrumento fue diferente para cada uno (Cfr. apéndice No. 1).

La utilización de los cuestionarios como instrumento de evaluación, respondió a las siguientes ventajas.

- 1) Es un medio adecuado para describir objetivamente, lo que se producen en una situación constante al introducir una variable, y sólo una, que hasta el momento permanecía ausente.
- 2) Es un instrumento cuya aplicación es de relativa sencillez y bajo costo, así como su procesamiento.
- 3) En la medida en que es anónimo garantiza la respuesta sincera del encuestado, omitiendo la influencia que podría ejercer un entrevistador, es decir, menos riesgo de distorsión.
- 4) Su aplicación puede realizarse a un conjunto de personas, simultáneamente.
- 5) En la medida en que el vocabulario es estandarizado, las preguntas son formuladas al sujeto en el mismo orden, etc. asegura cierta uniformidad entre una medición y otra.
- 6) En la medida en que las preguntas presentan alternativas fijas, su codificación resulta más sencilla.
- 7) En la medida en que las preguntas presentan alternativas fijas, pueden asegurar que las respuestas dadas se ubica-

rán en un marco de referencia significativa para la encuesta y por lo tanto expresará la opinión del sujeto en una forma más válida. (1)

- 8) Su aplicación trasciende los objetivos de evaluación, al cuestionar y reforzar los conocimientos del público. (2)

Para la construcción del cuestionario se atendió aquellos factores importantes para su elaboración, (3) y se siguió el proceso que a continuación se describe: (4)

En primer lugar se revisaron los objetivos del proyecto para cada uno de los sectores de la población que serían atendidos. Posteriormente un grupo de especialistas (jueces) en prevención de farmacodependencia, determinó los contenidos mínimos que deberían cubrir las actividades de manera que fueran suficientes para alcanzar los objetivos propuestos, se construyó, entonces una serie de preguntas que al finalizar las actividades cada participante debería ser capaz de responder adecuadamente.

Se revisaron las respuestas que generalmente ofrecía un auditorio, seleccionando siempre una respuesta que se consideraba correcta y cuatro alternativas incorrectas, ya fuera por parciales, ya por equivocaciones.

Sin embargo, no se estableció ningún ordenamiento entre las cinco opciones, por lo que para el análisis de los resultados ha de considerarse que su escala es nominal.

Se incluyó en los cuestionarios para alumnos y padres de familia, una pregunta que pretendía medir el grado de conocimiento de -- los materiales de apoyo y campañas publicitarias, sin embargo, el -- análisis dicha pregunta quedó excluida por no ser parte del objetivo de esta evaluación.

Cuando el diseño de este cuestionario estuvo completo, se sometió a la opinión de otros especialistas, de quienes también se obtuvo su aprobación (Cfr apéndice 1). Si bien el cuestionario tuvo ventajas al ser anónimo, por otro lado obligó a realizar las comparaciones grupales y limitó la variedad de pruebas estadísticas que podrían emplearse.

La aplicación de cuestionarios previa a la realización del --- evento, cumplió la función de medir la información que tenía el grupo, tanto en cantidad, como en orientación y calidad. Es decir, como punto de referencia con los que se compararán los resultados de las - aplicaciones posteriores al concluir la actividad, se aplicó un cuestionario idéntico al primero con el propósito de determinar si la información emitida era captada por el auditorio.

Con el fin de realizar un seguimiento en el tiempo, y evaluar no sólo el cambio, sino la permanencia del mensaje se incluyó la aplicación de los mismos cuestionarios, transcurrido 3 y 6 meses, a partir de la realización de los eventos del proyecto. Vale la pena mencionar que ésto fue posible, dado que el calendario escolar está organizado en períodos de un año, lo que permitió el seguimiento de maestros, alumnos y el correspondiente a padres de familia.

Un segundo instrumento que fue considerado, es el reporte mensual de Evolución de Proyecto Específico, si bien éste informe, no entra en el orden de total objetividad, sí aporta otros parámetros o datos que observar de la actividad realizada, que no son susceptibles de captar a través del cuestionario.

Este reporte lo formula mensualmente, el responsable del proyecto en cada centro local. En él se anotan las actividades, eventos y/o temas realizados durante el mes. Así como las técnicas empleadas y el tiempo utilizado en la actividad.

También incluye un espacio en el que se anotan observaciones y comentarios, tales como:

- Tipo de población asistente a los eventos.
- Temas y preguntas solicitadas con mayor frecuencia.
- Facilidades y dificultades para llevar a cabo la actividad, y posibles alternativas de acción.
- Descripción del ambiente psicológico donde realiza el evento o actividad.
- Respuesta que dicho ambiente provocó en quien dirigió la actividad.
- Sugerencias.

Los datos que se pedían y las instrucciones que se daban eran las mismas para todos.

Para la tabulación y el vaciado de datos se dió un instructivo y un formato específico. (Cfr datos e instrucciones, apéndice -- 1).

MUESTRA

El tamaño de la muestra de la población se determinó utilizando el siguiente procedimiento:

El cuestionario pre-evento se aplicó a todos los asistentes; por su parte, los cuestionarios post-evento, al concluir la actividad y en lo que se refiere a los tres y a los seis meses de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Alumnos y padres de familia;
 - Grupos hasta de 20 personas; aplicación de cuestionarios a dos de cada tres asistentes (aproximadamente 66%).
 - Grupos de 21 a 30 personas; aplicación de 3 de cada 5 -- (aproximadamente 60%).
 - Grupos mayores a 30 personas; aplicación de 1 de cada 3 (aproximadamente 33%).

- b) Maestros; a todos los presentes.

Se aprecia que el tamaño de las muestras es superior al mínimo que sería necesario aplicar, pero en atención a las posibles diferencias individuales no consideradas en el sistema, o bien atendien-

do a las limitaciones e inconvenientes del cuestionario (5), y a que el exceso no representaba un incremento considerable en los costos, y si en la confiabilidad, (se decidió conservar estos criterios, cuando menos durante la fase inicial, que es el momento en que podrían presentarse más errores por parte de los encuestadores, en la medida en que éstos alcanzaran a familiarizarse con el manejo del instrumento).

A continuación se presentan las tablas donde se encuentran especificados, el número de sujetos por sexo para cada sector y para cada evaluación.

TABLA I. ALUMNOS
NUMERO DE PERSONAS EN CADA EVALUACION

	PRECUESTIONARIOS		POSTCUESTIONARIOS		PRIMERA EVALUACION		SEGUNDA EVALUACION	
	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.
Hombres	4808	50.11	2161	50.23	977	48.88	551	51.86
Mujeres	4786	49.89	2141	49.77	1022	51.12	478	48.14
Totales	9594	100%	4302	100%	1999	100%	993	100%

TABLA II. PADRES DE FAMILIA
NUMERO DE PERSONAS EN CADA EVALUACION

	PRECUESTIONARIOS		POSTCUESTIONARIOS		PRIMERA EVALUACION		SEGUNDA EVALUACION	
	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.
Hombres	544	22.9	257	77.0	194	34.6	152	37.4
Mujeres	1829	77.1	860	33.0	366	65.4	254	62.6
Totales	2373	100%	1117	100%	560	100%	406	100%

TABLA III, MAESTROS
NUMERO DE PERSONAS EN CADA EVALUACION

	PRECUESTIONARIOS		POSTCUESTIONARIOS		PRIMERA EVALUACION		SEGUNDA EVALUACION	
	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.	Fr.	Fr.Rel.
Hombres	304	29.43	464	28.09	116	29.67	81	25.71
Mujeres	729	70.57	676	71.91	275	70.33	234	74.29
Totales	1033	100%	940	100%	391	100%	315	100%

En el apéndice número 2, se ofrecen las frecuencias y - proporciones finales. Contiene el tamaño de la muestra en cuanto al número de escuelas por centro, grupos y asistentes al evento, así como la concentración en los datos que se tomaron en consideración.

ANALISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos, se procedió a realizar un análisis de frecuencias simples y relativos para cada uno de los sectores; con el fin de conocer la distribución de frecuencias de cada pregunta. Este análisis se aplicó con el pre-cuestionario, con el post-cuestionario, la evaluación a 3 y a 6 meses (ver tabla No. apéndice 3).

De este modo se intentaba conocer la magnitud de los cambios a nivel general y realizar un análisis global. Asimismo, se concentraron los datos de los asistentes a los eventos informativos (Cfr. tablas 1, 2, 3; apéndice 2).

Para realizar el análisis de los datos, en el intento de dar respuesta al problema de la relación entre los resultados obtenidos y las variables independientes, se diseñó el siguiente - procedimiento:

El primer paso consistió en la elaboración de un sistema de calificación de los cambios que presumiblemente se presentarían:

- a) Se analizó el cuestionario a fin de determinar los ítems

que serían incluidos. De esta revisión se excluyeron tres grupos de preguntas.

- i) Aquellas cuyos contenidos apuntaban a información meramente técnica, como por ejemplo, clasificación de drogas.
- ii) Las que apuntaban a medir el impacto promocional de la institución en el evento.
- iii) Las que por definiciones de construcción disminuirían la validez del estudio.

De este modo las preguntas seleccionadas para el caso de - alumnos fueron 1, 3, 4, 6, 7. Para maestros 1, 2, 4, 7 y 9, y para padres de familia 1, 2, 4, 7 y 9.

b) Se definió la manera como serían calificados los resultados:

- i) Al considerar que la escala de medición en que está construido el cuestionario es nominal y que al ser anónimos sólo se puede hacer una comparación a nivel grupal, se determinó aplicar una prueba de "diferencias de proporciones" para establecer si la magnitud de los cambios sería o no significativa; analizando ésto por pregunta y grupo, y sólo en la opción en -- que se esperaba un cambio, a saber:

Alumnos, pregunta 1, opción 5 (*)

*Para esta única opción se consideró que la disminución de las frecuencias era el resultado esperado.

pregunta 3, opción 4
pregunta 4, opción 5
pregunta 6, opción 4
pregunta 7, opción 5

Maestros, pregunta 1, opción 5 (*)
pregunta 2, opción 5
pregunta 4, opción 5
pregunta 7, opción 5
pregunta 9, opción 1

Padres de familia, pregunta 1, opción 5 (*)
pregunta 2, opción 5
pregunta 4, opción 5
pregunta 7, opción 2
pregunta 9, opción 1

Los cálculos en términos de proporciones fue la siguiente, -
llamaríamos:

1.- Ps_1 : Proporción de respuestas acertadas a la pregunta, en
el cuestionario pre-conferencia.

- Ps_2 : Proporción de respuestas acertadas a la pregunta, en
el cuestionario post-conferencia.

* Para esta única opción se consideró que la disminución de las frecuencias era el
resultado esperado.

2.- Las hipótesis establecidas

$$H_0: P_{s_1} = P_{s_2} \text{ que implica } \sqrt{1} = \sqrt{2}$$

$$H_1: P_{s_1} \neq P_{s_2}$$

3.- En virtud de que interesaba establecer significativamente las diferencias, se utilizó un nivel de significación del 0.05% para todas las pruebas que corresponde a un valor tipificado de "Z en tablas" de - 1.64 (el signo negativo indica la dirección de las diferencias). Como la hipótesis alternativa establece la dirección de las diferencias la prueba tendría sólo una cola.

Toda vez que se obtuviera una "Z calculada" igual o menor que el valor crítico de "Z en tablas", se rechazaría la hipótesis de nulidad, aceptando la hipótesis alterna.

Los cálculos de la estadística de la prueba:

Como H_0 establece que $P_{s_1} = P_{s_2}$ y de donde se sigue que

$$\sqrt{1} = \sqrt{2}$$

Entonces se empleó la fórmula:

$$P_{s_1} - P_{s_2} = \sqrt{\frac{N_1 + N_2}{N_1 \cdot N_2}}$$

Pero como no se conocía (1), se calculó una estimación -- combinada (\hat{P}_u) de P_u con la fórmula:

$$\hat{P}_u = \frac{N_1 P_{s1} + N_2 P_{s2}}{N_1 + N_2}$$

De lo que se obtuvo: $\hat{Q}_u = 1 - \hat{P}_u$

y como: $\hat{G} = \sqrt{\hat{P}_u \cdot \hat{Q}_u}$

pero: $\hat{G} = \sqrt{\hat{P}_u \cdot \hat{Q}_u}$

Así estábamos en condiciones de obtener $\sqrt{P_{s1} - P_{s2}}$ en --
calidad de estimación de \hat{G} mediante

$$\sqrt{\hat{P}_{s1} - P_{s2}} = \sqrt{\hat{P}_u \hat{Q}_u} \cdot \sqrt{\frac{N_1 + N_2}{N_1 \cdot N_2}}$$

y con ésto llegar a "Z calculada"

$$Z = \frac{P_{s1} - P_{s2}}{\sqrt{\hat{P}_{s1} - P_{s2}}}$$

- Una vez obtenida "Z calculada" se procedió a comparar -
con "Z establecida" y a decidir sobre la importancia del
cambio en función del nivel de significancia.

ii) Se tomaría el número de preguntas en los que hubo cam--

bio significativo y favorable; sumándose, con el objeto de obtener una calificación total del cuestionario (C). Se determinó que para sostener que el evento informativo fue exitoso, debería presentarse el cambio significativo en por lo menos tres preguntas de cada grupo. Este se consideraría como un buen resultado del evento, mientras que cuando sólo alcanza el cambio en dos de las preguntas se consideraría deficiente, aunque aceptable. En el caso de una resultado inferior, se consideraría intrascendente el evento.

En segundo lugar se estructuró el modelo de análisis de las calificaciones, en relación a las variables independientes, considerando las frecuencias en cada una de ellas controladas por los tres grupos de calificación $C \geq 3$; $C = 2$, $C < 2$.

Para lo que se ordenarían los datos, obteniendo un cuadro que relaciona la calificación de los eventos con las variables independientes de cada grupo. En función de los datos se estudiaría la utilidad de aplicar una prueba de regresión múltiple para variables categóricas y así poder explicar la varianza de la información y predecir los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES INMEDIATAS

Alumnos:

En este apartado presentaré y analizaré los resultados obtenidos para la evaluación del Programa Preventivo. Para el análisis de los resultados no se controló por sexo, al contrario de los casos de maestros y padres de familia, pues la distribución de frecuencias del sector alumnos no presenta diferencias según el sexo. Además, - la población de alumnos atendidos se integró en aproximadamente 50% de hombres y 50% de mujeres.

En una revisión *grosso modo*, lo primero que llama la atención es encontrar un alto grado de información en los alumnos con -- respecto a la farmacodependencia.

En la aplicación del cuestionario previo al evento *informativo*, se encontró que alrededor de un 25% de ellos entendían la farmacodependencia como una enfermedad, mientras que un 20% acentuaba la dimensión social del problema. Sin embargo, también un elevado porcentaje ubica a la farmacodependencia en categoría de vicio (46%).

También se encontró que, desde el principio, un gran número asociado el consumo de drogas con carencias afectivas y la vivencia de soledad (20%), aunque al mencionar el qué hacer para evitar el -- consumir drogas, se encontraron respuestas que colocan a la farmacodependencia como tabú: no hablar del tema (20%) no tener amigos (6%), resolver los problemas sólo (20%) portarse como adulto (10%), que sumados representan el 56%. Con respecto a qué hacer con algún amigo,

hermano o compañero farmacodependiente se encuentran respuestas que bien pueden apuntar a una actitud de apoyo y cercanía (87%), más que de rechazo.

Como se puede observar, la opinión de la población antes del evento presenta elementos contradictorios; por ejemplo, que se considere a la farmacodependencia como un vicio, pero que ésta es susceptible de "curación", ya sea por la asistencia a una institución de salud o bien, si la familia lo apoya.

Con respecto a los cuestionarios post-evento, aún cuando se registraron cambios favorables en cuanto a la información, éstos no alcanzan el nivel o la magnitud esperada, pues se registra una distribución de frecuencias más o menos similar a la del pre-cuestionario. Si se calculan las diferencias entre las distribuciones del pre y el post-cuestionario, se observa que, en promedio, hay un cambio favorable de únicamente el 6%. Aunque se ven cambios, los objetivos del programa suponen que la distribución de frecuencias en el post-cuestionario se concentraría en torno a aquellas opciones que se vinculan con la temática abordada en el evento. Considerando lo anterior, el cambio promedio (6%) viene a significar la conservación de los elementos incongruentes que ya fueron señalados.

Con respecto a la aplicación del instrumento transcurridos tres meses del evento, se encontró que hay una ligerísima pérdida de información, que en promedio es de -1%. Esto implica que se conserva la información o la información ganada con el evento, aunque repetido, no hay un cambio importante con respecto al pre-cuestionario.

En lo que se refiere a la evaluación a seis meses, se encontró que no hay diferencia significativa con respecto a la evaluación realizada a los tres meses; donde sí se observó un cambio de alrededor del 18%, es en lo que se refiere a atender a la farmacodependencia como una enfermedad y se podría suponer que esta apreciación fue el eje central de los mensajes de los eventos. Es curioso observar que en este mismo ítem, el impacto del evento alcanzó su mayor índice en relación directa al tiempo; ésto es, en la evaluación realizada a los seis meses es en la que se presentó el mayor porcentaje, disminuyendo la percepción de la farmacodependencia como un problema social. En síntesis, ésto hablaría de que se observa a la farmacodependencia como un problema individual.

Maestros:

A continuación se presentan los resultados obtenidos con --- maestros. Si se toma como indicadores de la información inicial con que cuentan los maestros a las siguientes áreas: Concepto de farmacodependencia, motivos por los que una persona consume drogas, depositario de la responsabilidad de su resolución, así como la forma en que se debe asumir el problema, se observa en los maestros un alto grado de información. La farmacodependencia es reconocida por más del 80% como una enfermedad o un fenómeno social o ambos, en contraposición a un 15% que más bien la ubica en categoría de vicio; en el caso de las maestras, estos porcentajes son similares aunque con una pequeña diferencia, pues en éstas 75% la entienden como enfermedad,

fenómeno social o ambos, mientras que 20% hablan de ella como un vicio.

Por otro lado, casi 80% de los hombres encuentran como motivo del consumo de drogas las carencias afectivas y como una manera de enfrentar una problemática, porcentaje que se eleva hasta el 86% en el caso de la mujeres; cabe destacar que en lo que se refiere a la curiosidad y la presión de grupo de pares, el porcentaje fue de 15% y el 10% respectivamente por sexo. La solución de la farmacodependencia "recae en todos" en un 47% según hombres y 54% según mujeres; el porcentaje de quienes opinaron que la responsiva corresponde a sectores específicos de la población (jóvenes o adultos o gobierno) alcanza -- el 48% y 38% respectivamente. Casi el 12% de los maestros opinó que en un caso de farmacodependencia la estrategia a seguir sería el avisar a su padres; por su parte 24% de este sector indicó que más bien se trataría de referirlo a una institución, en tanto el 15% acudiría en busca de orientación. El porcentaje que opinó que sería adecuado el combinar estas alternativas fue de un 39%, porcentajes similares -- en el caso de las maestras, pero con índices mayores en cuanto al pedir orientación y avisar a los padres. En lo que se refiere a las -- condiciones en las que el farmacodependiente puede curarse, el 43% -- opinó que el apoyo de los maestros era primordial; por otro lado, casi un 20% lo condicionó a la presentación de cambios sociales y finalmente 19% señaló que era necesario separarlo del grupo de amigos.

Sintetizando: los grupos atendidos poseen bastante información previamente al evento; la información no aparece del todo cohe--

rente; por ejemplo, no se da una mayor importancia a la presión ejercida por el grupo de pares para el consumo de drogas, pero en cambio, un alto porcentaje encuentra que para un farmacodependiente pueda curarse es necesaria la separación de su grupo. Por otro lado, es importante hacer resaltar la frecuencia con que se registra la connotación moralista: si bien se observa un alto porcentaje que refiere a la farmacodependencia como una enfermedad, plantean que la responsabilidad de apoyo que el maestro tiene es muy importante para la recuperación de un alumno farmacodependiente.

Veamos qué datos arrojó la aplicación del cuestionario post-evento informativo. Lo primero que destaca son los cambios en relación al concepto de la farmacodependencia; en efecto: aparecen movimientos en los que se incrementa la acepción de aquélla como enfermedad, mostrando una frecuencia relativa de 41.98% en hombres y 45.24% en mujeres, lo que representa un cambio positivo de 10.42% y 13.63% respectivamente, en comparación al cuestionario previo al evento. - Correlativamente disminuyen las frecuencias de los items que la categorizan como vicio a un 4.58% en hombres y 7.59% en mujeres, cambio que significa una diferencia de -10.03 y -12.63% respectivamente; -- también se reportan cambios de las frecuencias en cuanto a la farmacodependencia como fenómeno social, reduciéndose a 31.68% y 24.55%, cifras que indican cambios de -6.53% para hombres y de -7.06% en mujeres. En cuanto a la concepción de la farmacodependencia como una enfermedad y un fenómeno social asociado a conductas ilícitas, se --

incremento del 10.26% en hombres y 9.94% en mujeres con respecto al cuestionario pre-evento, con lo que las frecuencias relativas en el post-evento ascienden a 20.23% y 18.90% respectivamente. De este modo, el porcentaje de asistentes al evento que atienden a la farmacodependencia como una enfermedad o como un fenómeno social o ambos, representa el 93.89% del total; los movimientos que aparecen sugieren el que de acuerdo a los modelos planteados por H. Nowlis, se hayan privilegiado el médico-sanitario y el psico-social.

Con relación a los motivos asociados al consumo de drogas, aparece un incremento del 20.28% en hombres y del 15.12% en mujeres, en cuanto a reconocer el efecto sumatorio de una serie de factores como la curiosidad, la presión grupal, las carencias afectivas y el deseo de abandono del mundo real problemático, alcanzando frecuencias relativas de 61.40% y 59.49% en el cuestionario post-evento.

Por otro lado, en cuanto a la responsabilidad del maestro en relación a sus alumnos farmacodependientes, ésta se vé acentuada. Un análisis del significado de cada categoría demuestra la aseveración anterior. Por ejemplo, si el maestro señala que su deber frente a un caso de farmacodependencia consiste en avisar a los padres, podemos considerar que deposita en ellos la responsiva; las frecuencias que aparecieron en el pre-cuestionario son relativamente bajas, disminuyendo en pequeña escala en el post-cuestionario a 10.61% en hombres y 7.81% en mujeres. El mismo caso de depositación aparece cuando el maestro señala que su deber consiste en referirlo a una institución. En donde se expresa más claramente la tendencia altruista del maes---

tro, es cuando asume la responsabilidad de participar activamente en auxilio del alumno.

Si bien el pedir orientación como alternativa única disminuye en términos de las frecuencias del post-cuestionario, se observa que el maestro acepta mayormente esta depositación de la responsabilidad, cuando es compartida por los padres de familia y por una institución de salud, lo que se muestra en que se alcanza una frecuencia relativa del 54.92% en hombres y 53.45% en mujeres, 15.70% y 12.68% más que en el pre-cuestionario. Por otro lado, congruente a lo anterior, un 55.57% de los maestros y 57.19% de las maestras opinaron -en la aplicación post-evento- que el farmacodependiente puede curarse si encuentra apoyo en sus maestros, cifras que son superiores a las del pre-evento en 12.85% y 12.90% respectivamente. El incremento en las cifras se deriva presuntamente del contenido que se dió a los eventos informativos, lo mismo que la persistencia de la actitud moralista. Sin embargo, más allá de esto es importante anotar que persiste la situación de incongruencia en ciertos postulados que hicieron los maestros en la aplicación del cuestionario previo al evento.

El promedio general del cambio en la información solo alcanza el 15.03% en hombres y 14.09% en mujeres.

Los objetivos del programa parten de llevar información a la población. Nótese que implícitamente se está considerando que la población carece de ella, lo cual queda bien contradicho con los hallazgos de la aplicación del pre-cuestionario. Este desatino en el planteamiento del programa conduce a que el evento resulte únicamente co-

mo reforzador de la información que es precisa y adecuada que se tiene de antemano, pero no alcanza a influir en los elementos incongruentes que desde un inicio se presentan.

Valga apuntar otros dos fenómenos que se derivan de éstos; -- Primero: en el contexto del programa que se realizó era común encontrar reportes que consignaban al aburrimiento y poco interés en los auditorios, lo que podría ser explicado si consideramos que el mensaje transmitido aportaba pocos elementos novedosos. En segundo lugar, en algunos grupos hasta se presentaban actitudes de rechazo al programa. Quizá ésto pueda comprenderse mejor si se considera que inicialmente se descalificaba la información de la gente, oponiéndoles un -- "supuesto saber científico" que finalmente resultaba ser lo que ya conocido; dicho sea de paso, éste "saber científico" está cargado de -- connotaciones moralistas y culpígenas en su afán de involucrar a la población. En los maestros, el rechazo es más observable en la medida en que ellos cristalizan la figura social del saber y del alto compromiso en el desarrollo de sus pupilos, que conlleva una elevada exigencia.

En lo que se refiere a la aplicación del instrumento tres meses después de realizado el evento, en líneas generales se observó -- una pequeña pérdida de información con respecto a los resultados --- post-evento, retornando a las posiciones iniciales. La diferencia de información alcanzó un -2.21% en el caso de los maestros y -2.64% en las maestras.

Por lo que toca a la evaluación a seis meses, se encontró que

tampoco hay diferencia significativa con respecto a lo anterior.

Padres de Familia:

Los resultados de la aplicación del cuestionario a padres de familia pre-evento, muestran que en general la farmacodependencia es atendida como un problema familiar en un 30% de los hombres, mientras que en un 22% por las mujeres; como una enfermedad en un 11% de los padres y en un 12% en las madres, como un fenómeno social en 14% de los hombres y en 12% de las mujeres e integrando los ítems anteriores como conjunto, en 7% de los hombres y 11% de las mujeres. También muestran que 23% de los padres, en tanto 30% de las madres, la consideran como un vicio. Es necesario anotar que se observa un porcentaje elevado en el reglón "sin respuesta", que alcanza el 15% en hombres y 13% en mujeres. Se observa, pues, una tendencia a acentuar la injerencia de la familia; que al mismo tiempo encuentra su contrapartida en la concepción de la farmacodependencia como vicio; por otro lado, el porcentaje de los asistentes que no responden puede estar expresando un "sensación de no-saber". Más adelante volveremos sobre este último punto.

En cuanto al por qué las personas toman drogas, 30% de los hombres opinó que es por soledad y angustia o rebeldía, cifra que alcanzó el 28% en las mujeres; un 12% de los padres y 10% de las madres indicaron "porque los invitan", en tanto un 14% de los hombres y 16% de las mujeres refieren la curiosidad. Quizá relacionado con las personas que opinaron que la farmacodependencia es un vicio, un 10%

de los asistentes mencionaron que las personas toman drogas por gusto. Quienes toman en consideración la suma de los motivos antes expresados, representan el 20% de los hombres y el 24% de las mujeres.

Un 61% de los hombres señaló que quien consume drogas puede ser cualquier persona y un 18% de estos mismos lo restringió a los jóvenes; en cuanto a las mujeres los porcentajes fueron de 59 y 20% respectivamente. Con respecto a qué se debe hacer con un hijo farmacodependiente, 8% de los hombres y 10% de las mujeres respondieron que "vigilarlo todo el día"; 37% y 40% "pedir ayuda"; el 20% y el 19% "enterarse sobre el tema". Por otro lado, cabe destacar que el 32% y 27% refirieron que una forma de identificar a un farmacodependiente es el que se "va alejando de la familia". En cuanto a las condiciones para que un farmacodependiente pueda "curarse", un 58% y un 61% opinaron que el apoyo de la familia es fundamental, mientras que alrededor del 16% mencionaron que es necesario separarlo de sus amigos y alrededor del 3% lo condicionó a cambios sociales.

Del conjunto compuesto de datos se puede apreciar que se da una gran importancia a la familia, su problemática y su responsabilidad; al mismo tiempo algunas respuestas indican que ésta también atribuyen responsabilidades al sujeto farmacodependiente y a su grupo de amigos.

Los resultados en el post-cuestionario mostraron que los hombres y las mujeres asumieron de manera diferente el contenido informativo. Así, mientras en los hombres disminuyó en 1.87% la concepción de la farmacodependencia como un problema familiar, en las mujeres se

alcanzó un incremento de 11.34%. Por otro lado, los hombres que la conciben como una enfermedad aumentaron al 19%, lo que significa un cambio de 8,66% más, con respecto al porcentaje del cuestionario --- pre-evento, dicho cambio en las mujeres solo alcanzó el 0.88%. La concepción de la farmacodependencia como un fenómeno social disminuyó en 2.51% en los hombres y aumentó casi en 3% en las mujeres. En cuanto a la visión que integra las opiniones anteriores se presenta un incremento de 10.09% en hombres y 6.71% en mujeres. Por otro lado en cuanto a la farmacodependencia como vicio hay una reducción de 5% y 14% respectivamente.

En lo que toca a los motivos por los que las personas toman droga, hay un incremento de alrededor del 8% en las personas que consideran la soledad, la angustia o la rebeldía. El mismo porcentaje de cambio se presenta en la concentración de la soledad, angustia o rebeldía, la invitación al consumo, al gusto y la curiosidad. La -- opinión con respecto a que quien se droga puede ser cualquier persona, aumentó en 4% en hombres en tanto que el aumento en mujeres fue de 12%.

El porcentaje de cambio en cuanto a qué hacer con un hijo -- farmacodependiente en la opción de pedir ayuda fue de 9% en hombres y del 4% en mujeres; ahora bien, en cómo se puede identificar a un - farmacodependiente se presentó un cambio del 18% en hombres y del -- 14% en mujeres en la opción que considera como indicadores al siguien te conjunto, cambio de amigos, olor en la ropa, llegar tarde por las noches y se aleja de la familia, pero cabe destacar que en cuanto a

opciones particulares hay una disminución en los hombres de 15% en lo referente a que "se aleja de la familia" mientras que la disminución en las mujeres solo es de 3%. Para que el farmacodependiente pueda curarse aparecen incrementos del 13 y 15% en lo que toca a la necesidad del apoyo de la familia, y una disminución del 2 y 5% en la necesidad de separarlo de los amigos.

Una vez presentados los datos de manera descriptiva, intentaremos reflexionar sobre ellos.

Es importante destacar, que si bien se presentaran algunos -- cambios de la información en la dirección esperada, la magnitud promedio de dichos cambios sólo alcanzó el 10%, por lo que se hace patente la relativa efectividad del programa también en este sector.

El evento informativo no logró modificar radicalmente la situación de los grupos previos a éste, pues se observa una distribución de frecuencias muy similar entre el pre y el post-cuestionario. Como ya se sugirió anteriormente, el evento actúa como reforzador debido a que la población ya tiene información, y entonces no aporta -- nuevos elementos. Lo que sí se considera un logro, es la disminución del porcentaje de las preguntas que no fueron respondidas, pues al parecer se alcanzan a dar información a quienes se sienten confusos o -- sin conocimientos. Inferimos lo anterior dados los índices en el --- pre-cuestionario de las preguntas que fueron respondidas, mismas que se reducen una vez realizado el evento; en efecto, las preguntas que suponen un conocimiento técnico son aquéllas en las que se muestran -- los índices más elevados (Cfr. Apéndice Tabla No. 3).

Observando el movimiento de las frecuencias entre el pre y el post-cuestionario se puede inferir que quienes desarrollaron los eventos destacaron en su abordaje el modelo psicosocial, haciendo especial énfasis en los tópicos familiares. Ahora bien, es importante -- mencionar que el impacto fue diferencial entre hombres y mujeres. Así, los padres quienes inicialmente visualizan a la farmacodependencia como un problema familiar, pasan más fácilmente a considerarla como enfermedad (que subraya la dimensión individual), disminuyendo incluso el porcentaje que privilegia la dimensión familiar. Las amas de casa, en múltiples ocasiones señaladas como responsables del hogar, parecen volver a culparse por la posible aparición del consumo de drogas en su familia.

Pasemos a analizar los resultados a 3 meses: tomaremos sólo -- los resultados de la encuesta aplicada a mujeres, pues se sospecha -- que los de hombres no son confiables, ya que aparecen movimientos en la distribución de las frecuencias que son ilógicos; probablemente ésto se debe a un error en el diseño del sistema de evaluación, en la -- medida que no se tomó en cuenta el hecho de que los padres asistan -- escasamente a los eventos y menos aún a la aplicación del cuestiona-- rrio a 3 meses.

Los resultados obtenidos en esta aplicación a mujeres muestran una pérdida promedio del 2% en la información con respecto al cambio -- entre pre y post-evento.

En la aplicación a 6 meses se encontró el mismo resultado con respecto al pre-postcuestionario.

Una vez que han sido presentados los datos de las aplicaciones de los cuestionarios para la evaluación del programa en cada sector, es posible continuar con un análisis de las similitudes y diferencias que fueron encontradas:

- 1) En primer lugar, resaltar el bajo índice de cambio que se obtuvo en todos los sectores, lo cual -según vimos está de terminado por el conjunto que hace el que la población --- cuenta con información, y que ésta sea la misma que se o-- frezca por un desatino del programa.

- 2) Así observamos que el promedio de cambio favorable en alum nos, padres y maestros fué de 6%, 10% y 15%, respectivamente. Llama la atención el que si bien estos cambios son ba jos, se encuentran diferencias entre ellos, y que justo el índice para maestros sea el más alto. Se comentaron las - dificultades de trabajo con este sector, lo que haría sup ner una menor efectividad en el programa. La diferencia - entre lo esperado y los resultados obtenidos podría expli- carse, si consideramos que los maestros tienden a mostrar una actitud altruista que deriva del rol social adjudica-- do y que es ahí donde engarza el mensaje del evento con su contenido altamente moralizante y de igual forma respon-- sabilizante.

- 3) Otro elemento común está constituido por la escasa medida

en que se alcanza a dar congruencia a las opiniones divergentes. Aparece, como si quienes tienen una opinión fuertemente arraigada no la cambiaron a través de estos eventos informativos (Goodstadt 1974 y especialmente capítulo II de este trabajo).

- 4) Se observa, también que los mayores índices de preguntas que no fueron respondidas se presentaron en los grupos de padres de familia, disminuyendo en los de alumnos y siendo aún menores en los de maestros.

- 5) Por las características de los resultados obtenidos, se infiere que con alumnos se instrumentaron los modelos médico-sanitario y ético jurídico, utilizando en su intento disuasivo el enfoque del temor o miedo. Por otro lado, con los padres de familia el médico sanitario y el psico-social y finalmente, con los maestros aparecen elementos de todos los modelos a diferencias del acercamiento a los alumnos a través del enfoque del temor, en los casos de padres y maestros se les intentó involucrar mediante la reiteración de sus responsabilidades frente a la farmacodependencia como problema juvenil, pero dejando de lado a ellos como posibles sujetos farmacodependientes.

Una vez analizadas las frecuencias simples y relativas para

cada uno de los sectores, se procedió al análisis de las calificaciones por grupos. Es preciso recordar que las escalas de las variables independientes son diversas, variando desde las nominales hasta las de razón, hecho que sumado a las mismas características que presentaban los resultados obtenidos condujo a la decisión de no realizar la regresión múltiple propuesta sino sustituirla por la aplicación de pruebas T_1 en la modalidad de dos colas, puesto que lo que integraba era probar si había diferencias en las \bar{x} sin haberse definido previamente ante el sentido de éstas.

Con respecto a los datos de alumnos se observó:

- 1) Que en 52 grupos de hombres y en 59 de mujeres la calificación obtenida corresponde a la que se denominó como resultado exitoso del evento ($C \geq 3$); en 83 grupos de hombres y 75 de mujeres, la calificación obtenida se considera deficiente aunque aceptable ($C = 2$); y en 86 grupos de hombres y 87 de mujeres el resultado indica la intrascendencia del evento ($C < 2$).

En términos relativos esto significa que se obtuvo un buen resultado en el 25.1% de los grupos, en 35.7% fué deficiente y en 39.2%, intrascendente.

- 2) La distribución de los resultados por Centro, mostró que no es posible atribuir las diferencias a esta variable -- por aparecer caprichosamente distribuidos los datos: se esperaba que si la variable "Centro" fuera determinante

se encontrarían altas concentraciones de acuerdo a la calificación (ver tabla No. 15 Anexo No. 3).

- 3) En cuanto al tamaño de los grupos, así como la composición se encontró que variaban significativamente la calificación según estas dos condiciones. De tal manera que en la mejor calificación se obtuvo un promedio de asistentes de 51.9 en los grupos de hombres donde $C \geq 3$ y de 50.4 en los de mujeres, mientras que el promedio descendió a 43.7 en los grupos de hombres y 43.8 en los de mujeres en los que $C = 2$ y, por último dicho promedio fué menos aún, 38.1 y 38.5 respectivamente, en donde $C < 2$. En cuanto a la Composición de los grupos se observó que la calificación fue mejor para los grupos en los que claramente se encontraba una mayoría.
- a) En los grupos de hombres en los que $C \geq 3$ el grupo predominante por sexo, es precisamente, el de hombres. De 51 asistentes 28 eran hombres y 23 mujeres, en promedio.
- b) En los grupos de mujeres donde $C \geq 3$ de 50 asistentes 27 eran mujeres y 22 hombres en promedio.
- c) En los grupos de hombres donde $C = 2$ de 44 asistentes, 24 eran hombres y 20 mujeres.
- d) En los grupos de mujeres en los que $C = 2$ de 44 asisten

tes 23 eran mujeres y 21 hombres.

e) En los grupos de hombres en los que $C < 2$, había menos hombres que mujeres. De 38 asistentes 16 eran hombres y 21 mujeres.

f) En los grupos de mujeres en los que $C < 2$ había menos mujeres que hombres. De 38 asistentes 16 eran mujeres y 22 eran hombres.

4) En lo que se refiere a la técnica en 73% de los grupos de hombres en los que se obtuvo $C \geq 3$ se empleó la conferencia con preguntas y respuestas y en 27% se añadió la presentación de material audiovisual. En los grupos de mujeres con la misma calificación los porcentajes fueron de 75% y 25% respectivamente. En los grupos de hombres en los que $C = 2$ se empleó la conferencia con preguntas y respuestas en 55% de los casos y la anterior con audiovisual en 41%. En los grupos de mujeres con la misma calificación los porcentajes fueron de 64% y 33%, respectivamente.

En los grupos en los que $C < 2$ se observó que el empleo de conferencia con preguntas y respuestas ascendía a 80% y de esta técnica con presentación de audiovisual disminuyendo el 20%.

En los grupos de mujeres con la misma calificación los porcentajes fueron de 70 y 29% respectivamente.

Si bien se esperaba que los resultados se concentrarían de manera diferente según las técnicas utilizadas. Esta hipótesis no pudo ser comprobada.

- 5) Tampoco se encontró que el tipo de escuela fuera una variable determinante para la calificación, pues se observan porcentajes similares de escuelas oficiales y privadas y calificaciones extremas (ver anexo No. 3 Tabla No. 14).

De todo lo anterior se puede concluir que el tamaño de los grupos en relación a su composición por sexos, aparece como la variable independiente que explica la diferencia en calificación.

La evaluación por grupos de maestros mostró que sólo en 4% de los grupos de hombres y que en 12% de los de mujeres se obtuvo -- que $C \geq 3$ en ningún grupo de hombres $C = 2$ y en el 8% de los grupos de mujeres se obtuvo esta calificación. Quedando el 96% de los grupos de hombres y el 80% de los de mujeres con $C < 2$. Como se puede apreciar el margen de efectividad del programa ala luz de éste parámetro es muy reducido. Sin embargo, considerese que en este sector encontramos el porcentaje más elevado de cambio al analizar las frecuencias globales.

Esta disparidad puede justificarse bajo la hipótesis de que

los cambios positivos se concentraron densamente en los grupos en -- los que $C \geq 3$.

En la evaluación por grupos de padres de familia se observó que los grupos de hombres que alcanzaron $C \geq 3$ representaron el 7% de los mismos, mientras que en los de mujeres fue del 16%; en los que $C = 2$ fueron 3 y 26% respectivamente y para los de $C < 2$ fueron 90 y 58%. Como puede apreciarse los resultados en los grupos de mujeres fueron mejores desde el punto de vista de los grupos.

Comparando los medios de las diferentes variables entre los grupos en que $C \geq 3$ y $C = 2$ la única diferencia significativa que -- se encontró fue en lo que se refiere a los años de escolaridad, observándose que en los grupos con la calificación inferior tenías menos personas cuya escolaridad estaba entre 7 y 9 años de estudio. La conclusión que se puede obtener es que los grupos en promedio eran -- casi idénticos salvo en que la mejor calificación correspondió a los grupos con escolaridad mayor.

El análisis de las medias de las diferentes variables donde $C = 2$ y $C < 2$ mostró lo siguiente:

- a) Con respecto a la edad promedio se encontró que la composición de los grupos en los que $C < 2$ presentaba diferencias significativas en cuanto al número de asistentes que oscilaban entre 20-25 años y entre 26 y 30. Es decir, se comprobó estadísticamente que las edades en los grupos de calificación inferior eran menores a la de los grupos en que $C = 2$, al presentarse medias mayores en los interva--

los señalados.

- b) Asimismo, se encontró que la ocupación en promedio era diferente, pues estadísticamente las medias de asistentes - cuya ocupación era ser amas de casa fué mayor, en los grupos con calificación inferior. Característica similar -- en lo que se refiere al promedio de quienes son empleados públicos.
- c) En cuanto a la escolaridad se encontró que los grupos con calificación inferior tenían medias de asistentes mayores en lo que respecta a las escolaridades de 0-6 años, 7-9 y 16 o más años de estudio.

Podrían plantearse, aunque estadísticamente no apareció así, que la escolaridad es una variable trascendente.

Por otro lado al comparar las medias entre los grupos en los que $C \geq 3$ y $C < 2$ es decir, en los casos extremos, se encontró que -- las únicas variables con medias significativamente diferentes fueron el tamaño del grupo y asistentes de sexo masculino en los grupos. En ambos casos la media fue superior en los grupos en los que $C < 2$ y -- únicamente en los grupos de mujeres cuya calificación fué $C \geq 3$ o -- $C < 2$. De ésto, se podría concluir que a mayor número de asistentes en las mujeres obtendrían menor beneficio. En los hombres no se encontraron diferencias significativas.

Ahora bien, ¿qué explicación podemos ofrecer acerca de los -

hallazgos concretos de esta investigación?

Recordemos que una de las conclusiones con alumnos apuntan en el sentido de que el tamaño y la comparación de los grupos fue fundamental. Mientras que en los padres de familia no se encontró que esta variable fuera tan importante. A partir de ésto, tenemos dos consideraciones al respecto: en el caso de alumnos es necesario tomar en cuenta el proceso psíquico en el que se encuentran, y por otro lado - el impacto que esta misma composición puede tener en quienes estuvieron a cargo de la realización de los eventos.

En cuanto a la primera consideración existe amplia bibliografía en torno a los procesos psíquicos que se manifiestan en estos momentos de la vida; uno de ellos, es justo el proceso por el que se va construyendo una nueva identidad, proceso en el que los grupos de referencia (grupos de pares), ocupan un lugar destacado, fundamentalmente porque: se integran con individuos con procesos similares; y directamente ligado a lo anterior, porque el mundo de los adultos aún no puede ser compartido por ellos y el de los pequeños ya no puede ser más su mundo.

El hecho de que una persona en tales circunstancias participe en un grupo mixto; si bien puede facilitar la confrontación entre la identidad sexual de hombres y mujeres; también, al mismo tiempo, parece determinar una dinámica grupal, en el sentido de que los miembros del grupo mayoritario pueden sentirse más seguros y así participar más activamente. Dinámica que de alguna forma se revierte en quienes realizan el evento, pudiendo promover la solución específica

de los mensajes de acuerdo a ese grupo. En los padres de familia, esto no sucede así porque de alguna forma los roles, la identidad aparecen, ya mas estructuradas.

Por otro lado, retomando los resultados obtenidos recuerdese que mientras mayores eran los grupos de alumnos mejores eran los resultados, característica opuesta al caso de padres de familia en los que cuando el grupo era más pequeño los resultados eran más favorables. Si bien en el caso de alumnos encontramos que la técnica por sí misma no era determinante podemos suponer que al interactuar con el tamaño de los grupos pudo jugar un papel importante.

La hipótesis que proponemos para el caso de alumnos es que, dadas sus características ya apuntadas, mientras la técnica reclamara menos su intervención podría crear un ambiente menos angustiante y facilitar entonces el aprendizaje. Esto pudo suceder en la medida en que, desde quienes efectuaron los eventos informativos no se pudo establecer un rapport adecuado. Observese que el promedio fue de 51 asistentes en los grupos con mayores calificaciones y de 38 en los que obtuvieron calificación más baja.

En los padres de familia encontramos que los grupos que obtuvieron mayores calificaciones fueron de mujeres, con la mayor escolaridad promedio, con ocupación distinta a la de ser ama de casa, y de edad mayor e incluidos en grupos donde el promedio de asistentes era menor. Pensamos que los resultados pueden ser entendidos de acuerdo a lo siguiente:

- a) Ya se señaló que el contenido de los eventos informati--

vos hacía énfasis en los elementos moralizantes y que otorgaban gran importancia a la dinámica familiar, lo que coincidía con la estructura de referencia de las mujeres, quienes por lo general asumen la problemática familiar en mayor medida que los hombres; desde este punto de vista los eventos informativos reforzaron la tendencia que existía en las (mujeres de casa).

- b) El que éstas tuvieran una ocupación distinta a la de -- ser amas de casa, favorece que se puedan manejar otros elementos que van más allá de lo que se juega intrafamiliarmente.
- c) Una escolaridad, más elevada nos habla de que las personas están más habituadas al manejo formal de la educación; observese que la técnica utilizada con mayor frecuencia -conferencia- tiene más elementos formales que otro tipo de técnicas, aunado a ésto el proceso de escolarización procura más facilidad para la reflexión.

C A P I T U L O I V

**OTROS ELEMENTOS PARA REPLANTEAR EL PROBLEMA :
UN ABORDAJE HISTORICO - EPIDEMIOLOGICO**

C A P I T U L O I V

OTROS ELEMENTOS PARA REPLANTEAR EL PROBLEMA : UN ABORDAJE HISTORICO - EPIDEMIOLOGICO.

El lugar histórico de la farmacodependencia es la llamada sociedad de consumo, que tiene por epicentro los países desarrollados del mundo, principalmente de Occidente e incluye ahora - también algunos países de Oriente como Japón. Este fenómeno social ocurre en la segunda mitad del siglo XX. "Cuando los acontecimientos internacionales llevan a la conclusión de que está próxima la implantación de un nuevo orden mundial. La farmacodependencia surge en la frontera entre dos épocas¹.

La farmacodependencia irrumpe en la historia cuando deja de ser una problemática exclusiva de los iniciados en las llamadas "drogas malditas", para transformarse en un asunto de orden nacional que requiere de la intervención del Estado junto a la magnitud social del fenómeno.

Un elemento histórico de indudable valor es que en la antigüedad tribus indígenas, hombres medievales han hecho uso de ellas. Sin embargo, es sólo con el advenimiento del modo capitalista de producción que la droga se convierte en un problema para la sociedad ya que su rol en la misma se modifica sustancialmente.

a) USOS EN LA ANTIGUEDAD

En las sociedades precapitalistas, las drogas y más exactamente las plantas sagradas, eran un producto de la gracia de los dioses y un medio para establecer contacto con ellos; éstas, eran reservadas para ciertos privilegiados que tenían funciones particulares - dentro de su sociedad. Su uso estaba circunscripto a ciertas prácticas mágico-religiosas, y el común denominador en ellas era su sentido sagrado, que además, tenía para los practicantes poderes curativos sobrenaturales.

Esta utilización subsiste aún en la actualidad, pese al predominio de las relaciones capitalistas de producción y de la ideología dominante burguesa; es observable en prácticamente todas las comunidades indígenas. Ejemplos de ello son las tribus indígenas siberianas, que utilizaban un hongo de la especie de la *Amanita Muscaria*,² los chamanes de la selva del Perú Oriental, noroeste de Colombia, -- sur de Bolivia, Ecuador Y Brasil, que ingieren una infusión de una planta llamada *Banisteriopsis Caapi*;³ los indígenas mezcaleros de - Nuevo México, EEUU., que también utilizan infusiones de plantas alucinógenas;⁴ en México, lo mismo puede decirse de los indígenas mazatecas, que consumen hongos alucinógenos,⁵ así como los huicholes, los tarahumaras y otras comunidades indígenas. En todos estos casos, no cualquier miembro de la tribu puede consumir dichas sustancias, - sino únicamente personas que tienen asignada esta función. Ellos -- son, en primer lugar, los llamados chamanes. El término chamán proviene de la lengua de la tribu tungus de Siberia, y se define como -

"el hombre o la mujer que se pone en contacto directo en el mundo de los espíritus que llevan a cabo sus súplicas de que se haga el bien o el mal".⁶ En su tribu el chamán es un personaje que goza de --- gran respeto y actualmente se le considera un practicante de la psicoterapia;⁷ obtienen sus poderes por medio del contacto directo -- con los espíritus.⁸

EL chamán, a diferencia del farmacodependiente occidental, - cumple con una función social, reconocida por los demás miembros de la tribu. En primer lugar, es quien tiene el poder de llegar a lo - más recóndito de la enfermedad, para descubrir su causa; en segundo, puede acceder a la visión del pasado y del futuro de su tribu. La - finalidad del chamán al consumir sustancias alucinógenas es "perci-- bir el mundo sobrenatural y contactar e influir sobre la conducta de determinadas entidades sobrenaturales para, por ejemplo, localizar y sacar un objeto sobrenatural de un enfermo embrujado".⁹ El chamán - es el equivalente del científico en las culturas ágrafas; es el que trata de conocer, y al mismo tiempo es el médico curandero que trata de aliviar los males. "El chamán es como un puntero en busca de -- significado; empeñado en sacar lo escondido, lo oscuro a la luz del día".¹⁰

La droga y el chamán ejercen una autoridad sobre el resto de los miembros de la tribu, pues ambos constituyen para éstos la fuente de la sabiduría y de la solución de los problemas. Al contrario

de los toxicómanos occidentales, estas tribus consideran terroríficas las experiencias alucinógenas, pero recurren a ellas por la importancia que les atribuyen para llevar a cabo sus acciones.

Entre los indígenas Peruanos, la ayahuasca es considerada como:

" Una sustancia que pone en movimiento un medio poderoso para llegar a un objetivo propuesto; le dá al curandero entrada a la importante zona, desde el punto de vista cultural, de la causalidad de las enfermedades, permitiéndole identificar el carácter de la enfermedad que la persona está sufriendo para luego alejar o neutralizar el mal mágico que se juzga ser el que ha producido la enfermedad".¹¹

Los indígenas mazatecas atribuyen esta misma función a los hongos, que son comidos por las curanderas, mediante lo cual éstas se transforman en seres trascendentales para esta tribu, "la experiencia psicodélica... está asociada inseparablemente con la cura de las enfermedades"¹². Mientras la cultura occidental habla de despersonalización, esquizofrenia y perturbación mental, el chamán mazateca se siente inspirado... y se considera dotado con el poder de unir lo que está separado; es capaz de curar la personalidad dividida, liberando de la represión los resortes vitales para revelar la estática vida del ego integrado...¹³

Además del chamán hay otras personas que lo acompañan en los rituales, y que consumen a su vez sustancias alucinógenas. Así pues, dependiendo de las costumbres y el objetivo de la tribu, la inges---

tión de dichas sustancias puede ser colectiva o individual.¹⁴

La cuna de lo que se ha dado en llamar "chamanismo clásico", se encuentra en el noroeste de Asia, y en ella el hongo psicodélico (Amanita Muscaria) se encuentra en estrecha relación con la práctica chamanística. Es verdaderamente interesante descubrir que tanto en Asia como en la cultura precolombinas mesoamericanas existe el mismo tipo de rito mágico-religioso en el que intervienen el chamán y el consumo de plantas alucinógenas.

Entre la sociedad Mexica el pulque era el brebaje sagrado por excelencia, los aztecas lo ofrecían a los dioses, y su preparación ritual era el objeto de una minuciosa reglamentación. Era también medicamento y un tónico para quienes realizaban los trabajos pesados. Sin embargo, el pulque estaba cargado de una ambivalencia -- que aún no ha sido lo suficientemente interpretada,¹⁵ ya que según los mexicas había sido creado para que el hombre tuviera placer en vivir en esta tierra, loara a los dioses, cantara y danzara; pero al mismo tiempo que sagrado era nefasto, al tiempo que preciosos, detractor.

Tal vez debido a esta ambivalencia de que estaba investido el pulque, el uso del mismo estaba restringido de acuerdo a ciertas reglas que la sociedad mexica aceptaba; ésta reconocía, al igual que el consumo sexual, el consumo alcohólico siempre y cuando se desarro

llara en un cuadro ritual y comunitario y se plegará a sus imperativos. Para tal efecto, los mexicas aparentemente distiguían tres tipos de embriaguez: la ritual, o tlauana; la fatal, ometochui, reservada a los nacidos bajo el signo de Omerochtli, o de los "dos conejos"; a una embriaguez reprobada ligada a la idea de exceso o transgresión (macuilloctli) o de desorden (tochyauh, tochtilia) que llamaban "el quinto pulque".

Aceptaban la embriaguez colectiva y ritual en contextos preestablecidos, ya fueran ritos familiares, banquetes ceremoniales o fiestas religiosas como las de los dioses del pulque. Especificaban las categorías sociales y de edades que podían beber libremente: adultos de más de 50 años, hombres y mujeres, a veces los adultos casados, guerreros, notables mercaderes; excepcionalmente los niños en las fiestas pillauano. El individuo ebrio, dentro de estas categorías, perdía la responsabilidad de sus actos, y era concebido por otros, como poseído por el dios del pulque, suscitando un miedo reverencial como si se hubiera convertido temporalmente en un tabú.

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

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

De esta manera, la sociedad mexicana mantenía el uso del pulque dentro de límites bastantes rígidos, sustentada en el consenso con que contaba su jerarquía de poder, en gran parte originada por el sistema de creencia religiosa de la población.

Este equilibrio, por llamarlo de alguna manera, fue roto a consecuencia de la transformación de las relaciones sociales que produjo la Conquista. Desde los años cincuenta, después de la misma, los españoles y los mestizos empujaron a los indígenas al consumo intensivo de bebidas alcohólicas, las que se convirtieron en una fuente considerable de ganancias. Al tradicional pulque se -- agregaron bebidas más fuertes en alcohol (vino y aguardientes), lo que no bastó para que la producción de aquel aumentara. Sin embargo, como ocurre en todos los casos de sincretismo cultural, la embriaguez ritual no desapareció, sino que integró el vino de Castilla. Por razones económicas el alcoholismo se veía estimulado, -- pero al mismo tiempo era condenado por razones morales y por la -- tradición, lo que sumió a la población indígena en un estado de -- confusión profunda.

Un caso similar es el de los chamulas, en Chiapas, que actualmente, además del tradicional posh y la chicha, utilizan la Coca-Cola, la Pepsi-Cola y el aguardiente de los ladinos en sus ceremonias rituales. Otro ejemplo de bebida tradicional es la taberna del --- Coyal, en el sureste y el tesgüino de los tarahumaras, en el norte del país.

Es claro que la elaboración de medicamentos en la actualidad tiene sus raíces en el conocimiento ancestral de las propiedades curativas de las plantas, de ahí la importancia que algunos estudiosos dan a la medicina herbolaria indígena. En Mesoamérica, la que más ha sido estudiada es la azteca, que resume conocimientos acumulados de culturas más antiguas. De acuerdo con las informaciones de los cronistas de la Nueva España, sobre todo Fray Bernardino de Sahagún,

"la planta más utilizada por la cultura mexicana era el ololiuqui, que significa cosa redonda y encorvada, el cual también se conocía como cōatl-xoxouhqui culebra verde, coaxihuitl o yerba de la serpiente, y cuetzpalli, lagarto o cuexpaltzi (el término correcto es cuetzpaltzin). Este último nombre "define el carácter divino de la planta", que "se tenía como símbolo de la abundancia del agua y del placer sin pena," y también significaba fecundidad, representando unas veces el pene y otras el útero femenino, y además tenía que ver con el maíz, principal alimento de los aztecas. Aquí aparece también la tradicional trinidad mítica: ololiuqui, cuetzpaltzin e iztlacoliuhoqui (dios del Maíz Maduro)"¹⁶

Según otras informaciones el ololiuqui también era conocido como xixicamatic.¹⁷

Terapéuticamente hablando,

"la yerba era utilizada en el tratamiento de la fiebre, debido a su asociación con el agua. El payni, un médico tribal, bebía el brebaje sagrado para llevar a los dioses la pregunta deseada por el cliente y volvía con la respuesta adecuada, pero con frecuencia era el propio interesado quien realizaba la consulta. Lo mismo que otras plantas tradicionales, también el ololiuqui fue sintetizado, asimilándose a Nuestro señor los ángeles y María Santísima".¹⁸

En Oaxaca se sigue utilizando y se le conoce con el nombre de piule.¹⁹ El uso medicinal del ololiuqui subsistente sólo en regiones de difícil acceso, debido a la represión de que la herbolaria indígena en general fue objeto durante la Colonia.

Otra planta de uso muy extendido en el país es el peyotl o peyote, que es objeto de un rito muy importante entre los huicholes, quienes al parecer han respetado en gran medida las formas prehispánicas del mismo; según referencias de Sahagún, el peyote muy probablemente era consumido en un marco ritual por toltecas y chichimecas desde unos mil ochocientos noventa años antes de la llegada de los europeos.²⁰ Además de los huicholes, los coras y los tarahumaras celebran el rito del peyote, pero aparentemente éste reviste mayor importancia para los primeros, pues son los únicos que realizan peregrinaciones anuales para la recolección, una parte de cuyo producto venden a otras tribus. Por otra parte, más de cuarenta tribus indígenas norteamericanas también emplean el peyote como sacramento religioso, y al parecer fueron los kiowas y los comanches quienes lo -

conocieron primero en el norte de México y lo extendieron más allá de la frontera.²¹

En la comunidad de los huicholes,

"cada jefe de familia es sacerdote y tiene a su cargo officiar las ceremonias que se celebran en su rancho. Para adquirir la casta sacerdotal, el indígena debe conocer a fondo su religión, dominar las tradiciones y aprender los cantos rituales. Esta preparación la adquiere a lo largo de toda su vida, hasta que llega el momento en que hace las peregrinaciones a las cuevas sagradas y a la tierra del peyote, donde es consagrado por los dioses, quienes se le parecen después de varios días de ayuno."²²

Sin embargo, para las celebraciones masivas, como lo es el sacramento del peyote, quien debe participar en primer término es el chamán, pues él es quien mejor conoce los cantos rituales.

Esta ceremonia anual comienza con la recolección del peyote. A la peregrinación, que llega a más de 400 kilómetros de donde viven lo huicholes en el estado de San Luis Potosí (La Mojonera),

"van exclusivamente hombres, que guardan absoluta castidad hasta el retorno; el chamán va a la cabeza, portando un estandarte con el símbolo del Sol y una cuerda con quince nudos que hace las veces de calendario. "Cada peregrino carga doce calabazas con tabaco, un carcaj con flechas, varios fetiches y sombrero con plumas de un pájaro dedicado al fuego. Sigue a la caravana de los hombres otra de asnos -- con alimentos para el viaje de ida y en los que se cargarán los peyotes en viaje de regreso". En el retorno, tras efectuar todo un ritual de purificación y ofrenda, los peregrinos sólo comen peyotes. A su llegada se realiza una fiesta que dura 24 horas, en la que se muele peyote para beberlo y se escucha la música del chichol, y tras la cual los huicholes se consideran seres nuevos, purificados y --

protegidos por sus dioses durante el año siguiente".²³

Al parecer este rito también contribuye a la eliminación de la represión sexual, pues durante él se debe narrar el acto sexual sin inhibición alguna, contribuyendo así a la salud mental de los miembros de la tribu y, por qué no, a la estricta monogamia que caracteriza a ese grupo étnico.

Las noticias más antiguas que se tienen del uso de sustancias psicotrópicas son las que proporciona Herodoto acerca, de los mesagetes, moradores de las riberas del araxes, entre Azerbaidhán y Persia....

"tienen árboles que dan los frutos más extraños. Cuando se juntan sentados al rededor de una hoguera, arrojan al fuego los granos y se embriagan aspirando el humo que echan, como los griegos bebiendo vino".²⁴

Seguramente se trataba de la semillas del cañamo indio, del cual se extrafa la resina llamada hashish, que probablemente también fue utilizada por los tebanos del siglo de Pericles para elaborar con él un licor.²⁵ El mismo Herodoto cuenta que, por su parte,

"los escitas, cuando lloran a un pariente o un amigo, se reúnen bajo una gran tienda de campaña y arrojan granos de cañamo a las piedras calientes de la lumbre. Aturdidos por el humo, lanzan gritos confusos y dicen que pueden entonces hablar con el ausente e interceder con los dioses".²⁶

Una vez más, en estos casos, es patente el rol social que juega la ingestión en colectividad de estas sustancias y la trascenden-

cia religiosa de las alucinaciones que producen.

La Cannabis también utilizada por los vedas y fué consignada como medicamento en los herbarios chinos de Shen-Nung y Hoa-Glio. Originaria de Asia Central o de China, su cultivo fué llevado a América por Españoles, Ingleses y Franceses. Desde su descubrimiento, simultáneo al de la agricultura, ha sido ampliamente apreciado por ser fuente de una fibra (el cáñamo), de aceite y semillas además - de sus propiedades narcóticas y terapéuticas.²⁷

Triptóléno, protegido de Démeter, "erigió en Eleusis un templo dedicado a ella e instituyó los Pequeños y Grandes Misterios"²⁸ liturgias en las que muy probablemente se recurría al cáñamo. En ellas participaban sacerdotes llamados eumólpidas que significa --- "cantores de melodías bienhechoras", que eran sujetos,

"salidos de la esfera en que se halla el puente tendido entre las dos regiones, por el que las almas bajan y suben. Desde el origen, su función había sido cantar, en aquel abismo de miseria, las delicias de la celeste morada y enseñar los medios de volver a encontrar el camino que a ella lleva"²⁹

Según Herodoto,

"la escena más extraña, y que lindaba con la magia verdadera, se desarrollaba en una cripta en que un sacerdote frigio (oriundo, pues, de una comarca en que crecía en abundancia el cáñamo), vestido con una túnica asiática, rizada, de rayas verticales, encarnadas y negras, estaba de pie ante un brasero de cobre que iluminaba vagamente la sala con su luz intermitente. Con un ademán que no admite réplica, o-

bligaba a los que iban llegando a sentarse a la entrada, mientras echaba en el brasero grandes puñados de perfume narcótico. La sala se llenaba enseguida de torbellinos de espeso humo, y pronto, - se veía una mescolanza de formas cambiantes de animales y humanos.... a veces el sacerdote de Cibe--les extendía su varita corta en medio de los vapores y el efluvio de su voluntad parecía imprimir - al corro multiforme un movimiento arremolinado y - una vitalidad inquietante".³⁰

Otro caso de alucinaciones en Grecia era el de Delfos, donde la pitonisa se sumía en trances extatoccos producidos de manera natural, por "emanaciones de carbono, salidas de una fisura de la -- tierra;"³¹ por otra parte, "los fieles del oráculo de Trofonio - debían untarse el cuerpo con un aceite opiados... que producía las imágenes deseadas. El consultante se tendía entonces en el suelo y sentíase arrastrado "pies por delante" a un hoyo hondo. Cuando volvía en sí, los sacerdotes interpretaban lo que había creído - - ver." ³²

Los griegos veneraban la adormidera, a una prueba de ello es el hecho de que "Deméter, hija de Cronos y de Rea, y quien preside la agricultura mezclada con las espigas." ³³

Pero el uso de alucinógenos no es privativo de las socieda--des antiguas como la griega ni de sociedades indígenas asiáticas o americanas, algunas de cuyas particularidades veremos más adelante; también en Europa fue una costumbre común en los siglos XIV y XV,

e inclusive tal vez antes, por ejemplo en las tribus galas; pero en general se desconoce este hecho debido a que "fue asociado durante - mucho tiempo con actividades que en general se juzgaron heréticas"³⁴ y, por otra parte, a que según historiadores y eruditos de la religión, "la brujería del Medioevo tardío y del Renacimiento fue sobre todo una historia ficticia creada por la iglesia."³⁵

Sin embargo, gracias precisamente a las actividades represivas de la Inquisición, actualmente se tiene conocimiento de la utilización de las plantas alucinógenas en el Medioevo europeo; se sabe que las brujas y brujos de Europa frotaban su cuerpo,

"con un ungüento alucinógeno que contenía plantas como la atropa, la belladona, mandrágora y belafío, cuyo contenido de atropina se absorbía a través de la piel... por lo tanto, la bruja tomaba un "viaje", la representación del imaginado viaje, era que ella cabalga sobre una escoba por el aire hacia una cita (rendez-vous) -- con los espíritus o demonios, que se ha llamado "sabbat" o "aquejarre".³⁶

En aquella época, estas prácticas se extendieron a usos distintos de la hechicería, debido a que,

"las alucinaciones eran con frecuencia dominadas por - instantes de erotismo;... para experimentar esas sensaciones, mujeres jóvenes y ancianas se frotaban el cuerpo con una "pomada de brujas" cuyo ingrediente esencial era la belladona o el extracto de cualquier otra solanácea".³⁴

A diferencia del chamán clásico, el hechicero europeo "entraba en trance y en contacto con el mundo de los espíritus en sesiones --

distintas de cuando manipulaba su mundo sobrenatural" ³⁸ , lo que se debía a que las solanáceas son tan fuertes que el que las consume no puede controlarse lo suficiente para celebrar sus ritos, al mismo tiempo que entra en trance. ³⁹

Una modalidad del uso religioso de alucinógenos fue introducido por la difusión de la religión cristiana y de los cincretismos -- que resultaron de ello: así es como se utilizan los alucinógenos -- tradicionales, pero los personajes invocados pertenecen al panteón cristiano. ⁴⁰ Inclusive aún hoy en la propia religión cristiana -- existen formas de éstas prácticas, que pueden observarse en el consumo de vino durante el acto sacramental.

b) CONTEXTO MUNDIAL DE LA DROGA.

La historia de los que hoy se conoce comúnmente como droga -- los narcóticos o estupefacientes--, es decir, aquellos productos que la sociedad burguesa condena a la ilegalidad, comenzó en los laboratorios legales de las grandes compañías farmacéuticas.

Dentro de esta categoría se incluyen los alcaloides del opio, tales como la morfina y la heroína. La primera en ser descubierta fué la morfina, sintetizada a principios del siglo XIX (1803) por -- Fr. W. Adam Serúrner, aunque al parecer, lo suyo fue más específicamente un redescubrimiento, pues desde 1800 ya había científicos,

en toda Europa, que trabajaban en el estudio del alcaloide. Posteriormente, en mil ochocientos sesenta y cuatro, el farmacéutico --- Charles Gabriel Pravaz, inventó la jeringa,⁴¹ con lo que los opiómanos abandonaron la utilización del láudano para pasar a depender del piquete de morfina, enriqueciendo así a las compañías farmacéuticas y a la de Pravez, montada apresuradamente para fabricar el -- instrumento.

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

Se trataba de Frederic Bayer y Co., y los químicos eran Carl Duisberg y Heinrich Dreser. Al mismo tiempo (1898), Felix Hoffman de la misma empresa, descubría la aspirina.⁴² Ambos productos - fueron ampliamente publicitados por Bayer, y conquistaron un amplio mercado.

El mercado de la morfinomanía se fue reduciendo; la frecuencia de la adicción ya escandalizaba inclusive a los mismo que la habían patrocinado; hacía 1870-1871 la morfina era recetada de manera irre-

flexiva, y de 142 casos observados de adicción a esa droga en Alemania, 66 eran por prescripción médica.⁴³ De manera que la llegada de la heroína abrió al capital nuevas posibilidades de acumulación; la droga se anunciaba como remedio para la adicción a la morfina, y se decía de ella que no causaba adicción. Efectivamente, gran número de morfinómanos abandonó la morfina para convertirse, como después se confirmó, en adictos a la heroína.

Al observarse que la heroína también causaba adicción, ésta fué reconocida por la Sociedad de Naciones como un derivado del opio, en la conferencia de La Haya de 1912.

Sin embargo los grandes intereses involucrados en su producción no permitieron que se prohibiera su uso en EEUU., sino hasta 1924, y en Alemania hasta 1921.⁴⁴ Fué administrada a los soldados alemanes durante la primera guerra mundial,⁴⁵ y solo dejó de ser adquirible como medicamento en las farmacias en 1958.

Al parecer son los momentos de crisis profunda del capitalismo los que marcan los períodos de auge de la toxicomanías. El primero de los más importantes de ellos fue el que siguió a la Primera Guerra Mundial, cuando una "ola de toxicomanía se desencadenó sobre Estados Unidos salpicando a Europa. Los que pretendían olvidar las convulsiones de la pos-guerra y las terribles consecuencias de las crisis de los años treinta añadieron la toxicomanía a sus heridas

de guerra, cuidadas con morfina y heroína";⁴⁶ ya en 1926 sólo en Estados Unidos había 200 mil heroínómanos.⁴⁷

A partir de entonces, Estados Unidos ha sido "el principal - centro de consumo de heroína. Aunque la clientela europea se amplía, los traficantes siguen teniendo esta principal preocupación; introducir su mercancía en Estados Unidos",⁴⁸ pues se trata de - un mercado seguro y en aumento, estable para el traficante, ya que la heroína "crea en el consumidor un estado de dependencia física y psíquica que rápidamente lo reduce a la esclavitud."⁴⁹

Este es un capital que no ha podido instalar su infraestructura en el centro de consumo, debido a la relativamente temprana - proscripción de la heroína en los Estados Unidos. A partir de ella, las familias norteamericanas solicitaron el traslado del procesa-- miento a la región parisina, pero como la mitad del opio y la morfina base llegaba de Turquía a Marsella, las actividades se transfirieron a esta ciudad, donde, además, el químico marsellés cuenta con un "medio" que lo cubre.⁵⁰

En este ciclo de reproducción del capital en el ciclo capita lista a nivel mundial, como ocurre en general, son los países de - baja composición orgánica de capital quienes proporcionan la materia prima para la elaboración de la mercancía. En estos países ocurre con frecuencia que la heroínomanía no es un problema grave,

debido a la rigidez de las normas sociales que sus culturas han preservado a lo largo de los siglos, y que evitan la caída de sus po--bladores en el círculo vicioso de la adicción; en todo caso, la O--piomanía que existe en ellos reviste en gran medida las formas ri--tuales de las que ya hemos hablado anteriormente.

Los principales de ellos son los que conforman el llamado ---Triangulo de Oro (Laos, Tailandia y Birmania, que produjeron en ---1979 quinientas toneladas de opio), los del Crecimiento Dorado - --(Irán, doscientos toneladas, Pakistán y Afganistán setecientas toneladas), además de Turquía y México ciento cincuenta toneladas.⁵¹

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

La calidad del producto depende de la calificación de la fuerza de trabajo que interviene en su elaboración; en este caso se trata de un personal que cuenta con conocimientos verdaderamente profundos en la ciencia química. En realidad, el valor de esta mercancía en esta fase, en su mayor parte es creado por el trabajo vivo invertido en ella, ya que la transferencia de valor del trabajo muerto es reducida, pues no se requieren grandes inversiones en capital fijo; cualquier casa aislada, una cava, una lavandería, o un garage pueden servir de laboratorio, y el resto de los instrumentos de trabajo son fácilmente transportables. Pero un laboratorio de heroína es identificable por el consumo anormal de electricidad, la contaminación de las aguas y el olor a vinagre del anhídrido acético.⁵²

La heroína sale de los distintos centros de producción con destino a los Estados Unidos y distintos países de Europa. Es despachada desde Singapur, Hong-Kong, Taiwan, Hamburgo y Marsella y llega a Estados Unidos por distintas rutas camuflada bajo las formas menos imaginables. Sin embargo, América Latina es el lugar de paso más importante; a través de ella llega a los Estados Unidos el 70% de la heroína que se consume en ese país.⁵³

Esto se debe a las facilidades que los gobiernos de Latinoamérica proporcionan a los narcotraficantes, con ingresos de por medio, de particular importancia entre ellos son Paraguay, Panamá y México.⁵⁴

A esto se suma el auspicio de las "zonas libres" bancarias de Shanghai, Panamá, Jamaica y las Bahamas por el sistema bancario in-

ternacional; intereses como los de la Fundación Rockefeller la Comisión Trilateral y Diplomáticos Estadounidenses se encuentran implicados en el narcotráfico.⁵⁵

Las dictaduras militares latinoamericanas, para asegurarse la finalidad de los altos mandos de sus ejércitos, les autorizan a traficar con mercancías de Estados Unidos, a donde hacen llegar --narcóticos, éste es el caso de Paraguay;⁵⁶ y a los ministros de esos mismos ejércitos los mantienen sujetos por su sumisión a la droga, como los soldados de la Guardia Nacional de Anastasio Somoza.⁵⁷

Aprovechando su paso por sudamérica, los narcotraficantes --llevan a Estados Unidos y Europa cocaína producida en Bolivia, Perú, Colombia y Brasil, que se extrae de la hoja de la coca, tradicionalmente mascada por los indios de los dos primeros países para combatir el hambre y la fatiga⁵⁸ que produce en ellos la imposición, desde la Colonia de ritmos de trabajo desconocidos antes por ellos, y que les significaron su sometimiento a un modo de producción que no correspondía a su historia.

Esta droga produce al inversionista altos índices de plusvalor, ya que, como símbolo de status, es también la más cara que se conoce en el mercado. Su proceso de producción comienza en los --países antes mencionados, donde el comprador de la hoja de coca --

paga al indígena o al campesino que la ha sembrado y cosechado, 1200 dólares⁺ por cada 500kgs. Estos, convertidos en 2.5 Kg., de pasta, valen 5 mil dólares; de esta pasta se obtiene 1 kg., de cocaína hidrocloreto, que ya vale 20 mil dólares. El mismo kilogramo, por el sólo hecho de ser introducido a los Estados Unidos, triplica su valor. Doblada a 2 kg.s en cocaína a 50% de pureza, lo duplica, y vendida en la calle al 12%, es decir, transformada en 8kgs., su precio total alcanza los 500mil dólares.⁵⁹ Es decir, que de los Andes a los Estados Unidos, el valor de la coca, al ser transportada y transformada, se multiplica en 416 veces.

En la década de los años veinte la cocaína, utilizada como -- anestésico, fue objeto de una toxicomanía limitada a los medios del espectáculo y del placer,⁶⁰ pero actualmente su uso se ha extendido a las capas medias estadounidenses y, aproximadamente 10 millones de norteamericanos usan regularmente cocaína en la actualidad, y otros 5 millones probablemente han experimentado con ella. Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, (NIDA), alrededor del 20% de adultos jóvenes (entre 18 y 25 años) usaron cocaína en 1979, cifra que representa el doble de la reportada por el NIDA en 1977. En 1980, las ventas de cocaína sumaron 30 billones de dólares en Estados Unidos, mientras las de marihuana, que es la droga más utilizada, sumaron 24.⁶¹

Aparentemente el Brasil sirve actualmente de enlace entre los

países productores y el mercado de Estados Unidos, debido a la facilidad con que se pueden comprar el éter y la acetona.⁶²

Dentro del grupo de drogas consideradas ilegales se incluyen todas las plantas, como hongos, peyote, marihuana, etc., esta última la mayor consumo y uso extendido, que es utilizada por aproximadamente 280 millones de personas en todas partes del mundo.⁶³ Además -- se hallan todos los ácidos de fabricación sintética, como el Dietilamido del Acido Lisérgico (LSD) y la Metadona.

El segundo gran momento toxicomaniaco fué el de la década de los sesenta, cuando se produjo una verdadera revolución en el uso de las drogas. Ya no se trataba del encubrimiento de la adicción bajo el disfráz de la medicación, sino el uso abiertamente evasivo de ácidos, plantas y estupefacientes por una juventud pequeño-burguesa que pretendía rechazar la sociedad industrial proclamando el aislamiento y el retorno a la naturaleza por medio de estas sustancias.

Fué sobre todo a partir de ese momento que las toxicomanías -- se masificaron, y se vulgarizó el conocimiento acerca de los efectos de las drogas. En ese momento,

"el uso de las drogas psicodélicas casi se convirtió en una epidemia, pues su consumo era autoexperimental y no médico. Se sintetizaron sustancias nuevas pero similares y menos conocidas, sustituyendo al LSD, como: la Psilocibina (STP), N,N-Dimetiltriptamina (DMT) y otros. Probablemente como un millón de personas han probado el LSD, o sustancias similares en los Estados Unidos, la mayoría de los cuales los

los han usado una o varias veces".⁶⁴

Antes de dicha década, el uso compulsivo de las drogas era -
practicado sólo en cierto círculo reducido:

"en Europa, algunas decenas de personas, artistas, -
intelectuales, médicos, farmacéuticos, enfermeras, -
antiguos colonizadores, enfermos, gentes del medio,
prostitutas. En los Estados Unidos se hubieran agre-
gado, algunas minorías étnicas muy desfavorecidas, a l-
gunas fracciones de la población de los ghettos ne-
gros."

Por el contrario,

"actualmente en términos generales desde 1966, en los
Estados Unidos y desde 1968 en Francia, la situación
es muy diferente: a) los jóvenes aportan por todas -
partes los contingentes más numerosos: de quinientos
treinta y un fichas consultadas por el INSERM (1971),
81.7% corresponden a sujetos de menos de 24 años. Es
te rejuvenecimiento de la población de los toxicóma-
nos es un fenómeno general.

b) los toxicómanos no son individuos desfavorecidos
más particularmente: no son transplantados, puesto -
que el 8.9% de la muestra precedente corresponde a -
sujetos nacidos en Francia metropolitana; no son to-
dos jóvenes surgidos de pareja disociada; 48.9% tie-
nen padres que viven juntos el factor disociación fa-
miliar aparece menos importante que lo que se supo-
nía; c) no son solamente los estudiantes y los jóve-
nes intelectuales quienes consumen; hay una extensión
a todas la categorías socio profesionales (excepto -
agricultura) a una "Proletarización" del fenómeno co-
mo lo demuestra el cuadro de las infracciones desta-
cadas en Francia (2º semestre de 1971).⁶⁵

El fenómeno eminentemente norteamericano y en menor medida eu-
ropeo, pues fueron jóvenes de estos países quienes tuvieron la posi-
bilidad económica de rechazar sus formas occidentales de vida y los
valores de la sociedad capitalista, que para ellos sólo era la so-

ciudad de la abundancia, buscando el retorno a las formas de vida simples de la sociedad donde el hombre todavía vivía en estrecho contacto con la naturaleza. Por ello volvieron los ojos al oriente, a las colonias, al origen de las minorías raciales que ya estaban luchando en norteamérica por sus derechos civiles, y que entre otras cosas proclamaban con Malcolm por el retorno al Africa, lugar del origen de la humanidad.

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

"blancos, de familias prósperas. Son los herederos del sueño americano, jóvenes con carreras prometedoras, como médicos y abogados, que a los 18 años poseían automoviles Mustang... tras heredar la sociedad post-industrial con toda su riqueza, los beneficiarios rechazan sus frutos y vuelven a las comunidades pequeñas, primitivas...abandonan los barrios residenciales y vuelven a la tierra, glorificando las culturas folk, las cualidades del campesino...y la idiosincracia de las minorías étnicas." 66

El movimiento hippie, con sus comunas, se ubica en la larga tradición de la utopía pequeño burguesa, que siempre ha querido cambiar el status que por medio del aislamiento, la marginación, rechazando el enfrentamiento con las estructuras de poder y la lucha por

el mismo y buscando únicamente crear el ejemplo de una forma ideal de vida y de organización social. Parte de esta ideología estaba - constituida por la búsqueda de la verdad en sí mismo tarea a la que contribuían los enervantes que los hippies ingerían; una clara exposición de ella es "revolution" de John Lennon.

Fuó tal la publicidad que los hippies atrajeron, que desde entonces se ha considerado la toxicomanía como una actitud snob propia de los jóvenes, y la escandalosa revolución verde hippie ha servido para ocultar las otras facetas del fenómeno, aquellas cuyo conocimiento no son de interés para el capital. Porque si en verdad, que el consumo de drogas se manifestó a partir de entonces entre -- los jóvenes, es cierto que éste aumentó entre otros sectores de la sociedad, especialmente entre los trabajadores, coincidentemente sometidos más o menos a partir de los mismos años a duros ritmos de -- trabajos marcados por las cadenas de montaje y las teorías de la -- Organización Científica del Trabajo, basadas en los estudios de Taylor y Ford. Pero ésto no se dá a conocer con tanto bombo porque se trata del consumo de sustancias producidas dentro de la legalidad por empresas que tienen gran parte de sus capitales invertidos en -- el negocio de la toxicomanía avalada por la medicina.

Considerando este otro aspecto, se puede ver que

"el enorme aumento del consumo de psicofármacos no - se debe tanto a las "manías de moda" de una juventud psicodélica como a las agudizadas condiciones de trabajo y explotación existentes 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 gran mayoría de los trabajadores la "píldora de la felicidad" no supone "abandonar la sociedad de rendimiento", sino, más bien, el medio más seguro de someterse a sus condiciones".⁶⁷

Muestra de esta expansión de la dependencia de los fármacos - entre los trabajadores son los resultados de encuestas realizadas - en Alemania en 1961. En ese año el Instituto de Allenbach decía -- que de una muestra de 2,000 adultos el 60% tomaba regularmente psicofármacos; en una fábrica de relojes suiza el 32% de mujeres y el 15% de hombres recurría a analgésicos con regularidad.⁶⁸ Aparente mente, según Michael Scheneider, la toxicomanía es más frecuente en los medios en los que la imposición social y las tensiones son mayores, como las fábricas, las cárceles, reformatorios, centros de - asistencia y sanatorios psiquiátricos.

Además de la extensión de la toxicomanía a todos los rangos - de edad, puede observarse que la misma, "que hasta ahora se considera un mero fenómeno de clase media, como manía de moda de escolares y estudiantes psicodélicos, parece extenderse cada vez más a las capas proletarias de la población."⁶⁹

Este estado de cosas favorecen la acumulación capitalista desde un doble punto de vista: por un lado, como se desprende de las - consideraciones de Scheneider, asegura la productividad de la fuer-

za de trabajo, pues proporciona la ilusión del bienestar el obrero durante la elaboración de la mercancía, y por el otro asegura un vasto mercado para la producción farmacéutica. De esta manera,

"...la creciente demanda de sustancias psicotrópicas fomenta industrias químicas y farmacéuticas enteramente nuevas, cuya tasa de ganancias aumenta en la medida en que lo hace la tasa de enfermedades psicosomáticas y adicciones entre los trabajadores. La prueba de ello la suministra el aumento de las ventas... de los medicamentos Hoffmann-La Roche, debido sobre todo a la coyuntura favorable de las sustancias psicotrópicas, que constituyen el 50% de toda la producción farmacéutica de este monopolio, el mayor de todos los dedicados a la producción de fármacos."⁷⁰

Un indicador de los ingresos que reciben los fabricantes son las cifras relativas a la producción. En 1965 se produjeron 971 -- mil libras de barbitúricos y 1,579.999 libras de meprobamato y es de esperarse que estos montos se hayan multiplicado en los años subsecuentes, ya que los tranquilizantes constituyen el 20% de las -- prescripciones médicas, y son los que más a menudo repiten su uso.⁷¹

Otro gran problema de farmacodependencia es el que representa la excesiva producción y consumo de anfetaminas, que se clasifican por sus efectos entre los estimulantes. Las primeras de ellas fueron descubiertas en 1930,⁷² y se popularizan rápidamente por la medicina, y a pesar de haberse demostrado su escasa efectividad en el tratamiento de las depresiones, muchos médicos las siguen recetando. Además se han utilizado para tratar la obesidad, en el afán de facilitar falsamente la solución de un problema que requiere de

la intervención de otros factores, como es la educación. Para preservar sus intereses por encima de los de la salud,

"algunas de estas compañías han llegado incluso a las argucias de introducir anoréxicos que son presentados como no-afetamínicos. Se ha demostrado por varios investigadores como Favela y Col., que muchos de estos productos son transformados en amfetaminas durante su metabolismo; bástenos recordar el caso del fenproporex." 73

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

Otra droga de consumo muy extendida es el alcohol, cuya utilización tampoco es penada por la ley, y que no por esto deja de cau-

sar perjuicios orgánicos graves y en casos extremos produce cirrosis hepática y lesiones irreversibles en el cerebro, hígado y aparato digestivo. Actualmente hay alrededor de 25 millones de alcohólicos en el mundo, la mayor parte de los cuales se concentra en Francia, donde el 10% de la población es alcohólica. Otros países donde el problema reviste envergaduras importantes son Rusia, Suecia, Dinamarca, Bélgica, Suiza, Canadá, Australia, Chile, Japón y Estados Unidos.⁷⁴

Sólo en Estados Unidos, la industria legal de bebidas alcohólicas tiene ganancias brutas de casi 18 millones de dólares al año. Los norteamericanos consumen al año más o menos 650 millones de -- galones de licores destilados; 100 millones de barriles y 6,000 millones de botellas o latas de cerveza; 200 millones de galones de vino; 100 millones de galones de whiskey destilado ilegalmente, -- además de cantidades incalculables de vinos y cerveza de producción casera.⁷⁵

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

nida en el té y el café.

"Tan sólo los norteamericanos fumaron en 1970, 542 millones de cigarrillos, a pesar del hecho de que la nicotina, aparte de ser estimulante, es uno de los venenos más potentes que se conocen así como a pesar de las sustancias tóxicas del papel del cigarrillo y de la abrumadora evidencia de muerte e invalidez por el alquitrán de hulla."⁷⁶

Una razón por la que no se combate el consumo de tabaco, y por el contrario se le fomenta, además de los grandes intereses que éste representa, es que "los gobiernos reciben grandes ingresos de esta industria: varios miles de millones de dólares al año en varios estados de los Estados Unidos y cantidades proporcionales en la mayoría de los demás países."⁷⁷

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

c) EN EL MEXICO CONTEMPORANEO

Si bien el consumo de las drogas se ha extendido a latinoamérica ésta requiere de un análisis especial y diferente del que se hace en America del norte. Como hemos visto, existen elementos marcadamente diferenciados en su consumo:

1) las drogas de consumo tradicional sobre todo por poblaciones nativas de zonas étnicas, y 2) los productos farmacéuticos y drogas de tráfico Internacional, difundidas en los Centros Urbanos"⁷⁸. Pues para su análisis es necesario destacar dos puntos:

Primero, existe una clara distinción entre las plantas sagradas y lo que hoy se conoce como droga, así como el papel que ambos juegan en las sociedades que lo enmarcan, lo que distingue esencialmente a la planta sagrada es la noción científica de sustancia química, que la desembaraza de su entorno mágico y la explica en tanto que susceptible de provocar reacciones orgánicas en el sujeto que la ingiere. De igual importancia es la distinción de su inserción social, pues mientras en un caso se juega la supervivencia de la tribu y de sus miembros, en el otro, al parecer busca su propia destrucción y el alejamiento de la realidad por un medio que ya no se halla al alcance de la mano, libre en la naturaleza, sino que pasa por la reproducción del capital, una mercancía más. En segundo lugar, para el análisis es importante señalar, la existencia determinable de dependencia, básicamente socio-económico y consecuentemente ideológico-cultural de nuestros países en relación al país capitalista desarrollado del Norte, el que no sólo ha influido en la determinación de nuestro tipo de economía dependiente, sino también en la imposición implícita de sus valores y formas de vida.⁷⁹

El problema del abuso de drogas fue de menor importancia hasta 1968, en que empieza hacer su incursión en México como fenómeno masivo de esos años, tanto en los hospitales, como en la consulta psiquiátrica privada, se observaba un aumento en el número de --

jóvenes que acudían después de " un mal viaje",⁸⁰ aunque los reportes eran muy escasos en la literatura nacional, quizá ya pudiera señalarse ese como el periodo de transición entre el tipo y la forma de consumo tradicional y el moderno.

"Era bastante claro que en los últimos tres años - (1970) sobre todo la marihuana comenzaba a ser utilizada no sólo por los estudiantes universitarios, sino también por los de las secundarias y preparatorias. No parecía haber distinciones entre clases sociales, ni tampoco se excluían a los adultos, sobre todo los profesionales e intelectuales."⁸¹

Para 1970 se consideraba no sólo a la marihuana como problema en nuestro país, sino también los tranquilizantes y las anfetaminas, a pesar de que ya en ese tiempo el Código Sanitario prohibía a el expendio de estos medicamentos sin prescripción médica, y era extraordinariamente fácil adquirirlos en cualquier farmacia, aún en la actualidad. También se observaba un aumento en el mercado negro del LSD y la Psilocibina. Para aquel entonces: la utilización de thineer, lacas, gasolina, líquido para encendedores y cemento para avión utilizado por niños pequeños, era vislumbrado como un "pequeño problema".⁸²

El interés inicial de las autoridades de México, se debió fundamentalmente a presiones en los Estados Unidos de Norteamérica y la Organización Mundial de la Salud, ya que se consideraba a nuestro país, como el proveedor de gran parte de la marihuana que se --

consumía en ese país y como la frontera por donde grandes cantidades de medicamentos pasaban ilícitamente.

La operación Intersept del verano de 1969 trajo consigo un aumento en la utilización de drogas más potentes en los Estados Unidos y Canadá " y en nuestro país una concientización de la magnitud del problema de nuestro vecinos del Norte". Es a partir de entonces que la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Clínica de la Conducta de la Secretaría de Educación Pública comenzaron a realizar sesiones e impartir conferencias, y contribuyeron a subrayar el problema potencial que se estaba conformando a partir de ese año, una de las tareas fundamentales del Consejo de Salubridad General, fue el atacar el problema del uso ilícito de las drogas.

Aspectos Clínicos- Epidemiológicos.

Diversos han sido los estudios científicos realizados en México en torno al tema, Genaro Pérez, pasante de Medicina, formuló su Tesis " La Marihuana" en 1886, lo mismo el Dr. Jorge Segura Millán en 1937, y existe, así mismo, un artículo del Dr. Leopoldo Salazar Viniegra titulado "Estado Actual de los Estudios Médicos sobre la Marihuana". Circunscribiéndose estos últimos a investigaciones de farmacología experimental.

Es a partir de finales de los años 60 que se comienza a rea-

lizar investigaciones más sistemáticas y con diseños metodológicos más rigurosos, desde diferentes abordajes: el clínico, el epidemiológico, de las ciencias sociales y la biomédica. Contando para -- 1974 con alrededor de 30 investigaciones publicadas y algunos en - proceso de investigación.⁸³

Por razones de espacio, interés y actualidad quisiera referir sólo las conclusiones más importantes de algunos estudios que marcan la evolución del fenómeno de la farmacodependencia.

En la Republica Mexicana, una investigación documental que resume y compara los trabajos epidemiológicos realizados por distintos organismos y personas durante el período comprendido entre --- 1970 y 1981,⁸⁴ arrojó las siguientes conclusiones, a los que me he permitido agregar algunas que no fueron consideradas por rebasar el objetivo de dicha investigación:

De los resultados de encuestas nacionales y regionales en diversas ciudades de provincia, muestran que durante la decada pasada se observó un aumento en el número de usuarios de drogas en las ciudades, desconociendose el movimiento del fenómeno en medios rurales.

De acuerdo a una regionalización del país en 13 zonas,⁸⁵ la más afectada resulta ser la región pacífico norte, integrada por -

Los Estados de Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, región reconocida como el lugar más antiguo en la aparición del problema, a excepción de la ciudad de México con quien coincide, pues su inicio parece ser más tardía en la zona sur, donde el aumento en el índice de incidencia y prevalencia ha sido lento y se concentra en los años 1968 - 1970, a diferencia de la zona norte, ---- quien tiene su primer auge entre 1960 y 1965.⁸⁶ Es posible suponer que la vecindad de los Estados Unidos y el ser lugares reconocidos de producción de drogas promueva la circulación de las mismas - y por tanto mayor disponibilidad para su uso.

En relación al consumo de marihuana en los niveles escolares Médico básico, Medio superior y Profesional, la población que más - resultó afectada para 1981 fue la que cursaba el nivel medio básico seguido por el nivel medio superior.

Los ansiolíticos y sedantes barbitúricos, se emplean menos en ciudades de baja y mediana industrialización que en aquellas con alto desarrollo en este aspecto.

En cuanto al grupo de Estimulantes (anfetaminas y cocaína) se tienen los siguientes datos. Al parecer en la década pasada el uso de anfetaminas aumentó. El sexo es un factor relevante en la forma en que se distribuye su aparición. En las investigaciones hechas - en casas habitación las mujeres resultan ser las más afectadas, en

cambio en Escuelas, la mayor frecuencia se da en hombres.

La cocaína es una droga que aumentó su uso durante los años 1970-1980, es una sustancia a la que recurren jóvenes mayores y adultos. Pese a que la cocaína es una sustancia bastante cara y en consecuencia poco accesible a la mayor parte de la población escolar. Su consumo se observa en la mayor parte del país.

Pasando al grupo de Depresores (ansiolíticos, sedantes, barbitúricos sedantes no barbitúricos y tranquilizantes) se ha encontrado que estas drogas son usadas principalmente por adultos. Las personas que con mayor frecuencia reportaron haber consumido Sedantes no barbitúricos son los de más edad.

Con referencia al grupo de narcóticos (analgésicos narcóticos con codeína, otros analgésicos narcóticos, opiáceos y heroína) se tiene que los analgésicos narcóticos con codeína son las drogas de uso médico de mayor frecuencia (junto con los ansiolíticos).

La heroína es una sustancia que en general se utiliza poco; Tijuana es la única ciudad directamente escuestada para conocer la cantidad de adictos que habitan en ella, encontrando un uno por ciento en el año 1970.

Los alucinógenos tienen un consumo mínimo quizá debido a que

no son sustancias ampliamente producidas por industria farmacéutica.

El uso de inhalables sigue una tendencia ascendente de 1976 a 1981 entre la población escolar, donde el índice más alto se da en los niveles inferiores, y su mayor uso se observa en la Ciudad de Monterrey.

De todas estas conclusiones es importante subrayar el hecho de que las drogas más utilizadas son sustancias de uso médico (analgésicos narcóticos con codeína, sedantes y tranquilizantes) y los usuarios son adultos.

En lo que se refiere al área Metropolitana de la Ciudad de México una investigación documental propia para ésta zona del periodo comprendido entre 1970 y 1981, ⁸⁷ ha destacado que:

Considerando la tendencia del uso de drogas en dicho periodo, se advierte un aumento en el índice de personas que usan o han usado drogas.

El establecer la diferencia entre drogas de uso médico y drogas de uso no médico, los índices mayores se dan en aquellas de uso médico, de entre estas, principalmente narcóticos y depresores. Drogas que son menos usadas por adolescentes jóvenes que por ado--

lescentes mayores y adultos.⁸⁸

En relación a las drogas de uso no médico y tomando como variable la escolaridad, al comparar los niveles básicos, medio superior y profesional se encuentra que en tanto más alto es el nivel académico el uso de este tipo de drogas está más difundido. La substancia por excelencia es la mariguana.

Observando la tendencia que el uso de mariguana mantuvo entre 1975 y 1981, se encuentra que el índice promedio fue de 4% entre la población estudiantil de educación media básica a profesional. No obstante existen datos que hacen suponer un índice mayor en el nivel profesional.⁸⁹ Dato contrario al hallado en las ciudades del Interior de la República, donde la población más afectada resultó ser aquella que cursa el nivel Medio básico seguido por el nivel Medio Superior. Es posible que en las ciudades de provincia el uso de mariguana se presente a más temprana edad debido a mayor disponibilidad y menor costo que en la ciudad Capital.

En un estudio de hogares donde se averiguó el uso de mariguana (1975) el porcentaje reportado 1.3%, es muy semejante al de una encuesta escolar realizada en 1976, lo que hace dudar la afirmación de que las personas que usan o han usado mariguana no lo declaren si son localizables.

El uso de inhalables sigue una tendencia ascendente de 1976 a 1981 entre la población escolar, tomando los niveles medio básico, medio superior y profesional, el índice más alto se da en los niveles inferiores, lo cual hace suponer su mayor utilización por adolescentes jóvenes, "quizá por el bajo costo en relación con otras drogas".

Por lo común los inhalables se consideran privativos de estratos socio-económicos bajos, llegan a la conclusión de que su uso se ha extendido a otros niveles, aún cuando los estratos socio-económicos bajos continuen teniendo el predominio.⁹⁰

Es necesario dejar planteado que es posible que el índice de usuarios de inhalables sea superior al encontrado tanto en escuelas como en hogares, ya que los estudios efectuados en el ambiente y la cultura del inhalador lo muestran como un sujeto carente de vivienda estable y poco asiduo a instituciones escolares.⁹¹

El índice más alto de uso de drogas se encontró en analgésicos, narcóticos con codeína(27.2%), lo que hace pensar en la extensa medicación a la que se ve sometida (por otros o por ellos mismos) una parte de la población. En virtud de que este porcentaje está por muestras en hogares, y los índices encontrados en

escuelas resultan muy inferiores, es factible suponer que el uso de esos analgésicos narcóticos corresponde a adultos principalmente. Este dato coincide con el obtenido en ansiolíticos el que también es alto 14.3%.

Los estimulantes, especialmente las anfetaminas presentan un incremento en la población estudiantil de nivel medio básico y medio superior. Sin embargo, se encuentra más difundido en estos últimos niveles. Por otra parte, el uso de cocaína se quintuplicó en un lapso de seis años (1974-1980) en este mismo nivel educativo.

Las investigaciones que estudian el uso de heroína y marihuana en niveles escolares medio básico y medio superior, muestran un aumento en el uso de esas sustancias entre los segundos, no se tiene información de niveles profesionales.

Del uso de alucinógenos solo se pudo obtener el índice del LSD el cual no llega al 1%.

En un estudio comparativo entre jóvenes estudiantes y no estudiantes se encontró que son los no estudiantes los que mayor número utilizan droga siendo las más frecuentes la marihuana (9.5%) los opiáceos (7.1% y los inhalables (4.8%).⁹²

El uso de marihuana fue menos prevalente en las zonas marginadas (2.5%) y más prevalente en la zona de clase media (5.6%), lo mismo sucede con las anfetaminas.

El porcentaje más alto de uso de tranquilizantes se localiza en la zona de clase alta.⁹³

En una zona suburbana de la ciudad de México, se encontró - que los tranquilizantes eran más consumidos por los adultos - - (2.8%) y los opiáceos, los inhalables y la marihuana por el grupo de jóvenes (5.8%).⁹⁴

Entre los universitarios, los usuarios de marihuana reportan tener fácil acceso a los inhalables y a los medicamentos en comparación con los usuarios de otras drogas o los no usuarios.⁹⁵

Los estudiantes que usaron marihuana se encontraron como - menos convencionales y menos preocupados por la aprobación social, en su mayoría mostraron en una actitud del desacuerdo frente a las declaraciones de los tabúes y mitos que existen alrededor de la droga.⁹⁶

De 1978 a 1980 aumentó la proporción de estudiantes que reportaban haber tenido problemas legales debido a su consumo de -

drogas de 14.7% a 29.2%.⁹⁷

Los usuarios de drogas estudiados en una zona suburbana, eran jóvenes que de alguna manera tenían desventajas en cuanto a sus -- condiciones de vida. Estas desventajas originan elementos disfuncionales en su personalidad, tales como la apatía, depresión, habilidades poco desarrolladas en cuanto a educación, una actitud hostil hacia las instituciones sociales y agencias de servicio público, reportan que el uso de drogas no les ha causado problemas graves familiares ni sociales.

En resumen: se puede observar que al igual, que en las ciudades de provincia, las drogas más utilizadas son sustancias de uso médico y los usuarios son adultos, Este hallazgo rompe la falsa -- imagen que en la década de los sesentas se creó en torno a las -- drogas instituyéndolas como pertenecientes al mundo ilegal y de -- uso exclusivo de jóvenes.

En lo que se refiere a los ingresos a los Centros de Tratamiento, éstos se han producido con un desfase de aproximadamente -- dos años con respecto a las fechas en que se marca el inicio del -- consumo de drogas en México, pues a partir de 1970 es cuando los toxicómanos empiezan a acudir a ellos.⁹⁸

De los registros de diferentes Centros de Tratamiento que -- pertenecen a diversas instituciones, se encontraron los siguien-

tes datos, que permiten caracterizar al sector de población que ingiere droga y que asiste a tratamiento, estos sólo se refieren especificamente al Distrito Federal ya que es donde se encuentra la -- información de una manera más sistematizada.

De los anuarios de una institución especializada en el tratamiento de farmacodependientes, a lo largo de cuatro años 1978-1981 se observa una disminución de los pacientes captados, que en 1981 es inferior en un 58% con respecto a 1978, esta disminución puede ser explicada, en parte, por un cambio en la orientación que ha seguido la institución, pues al principio brindaba atención a todo tipo de trastorno mental, entre ello la farmacodependencia, y es - a partir de 1981 que el servicio se restringe a esta última categoría.⁹⁹ Sin embargo, el número de casos de intoxicaciones agudas recibidos en cinco Centros de Urgencia en el Valle de México en el lapso de 1976 a 1980, bajó notablemente de 9118 casos atendidos a 2062 casos para 1980.¹⁰⁰

Tomando en cuenta los datos arrojados por los estudios epidemiológicos parecería más bien que lo que ha disminuido es el número de casos que llegaron a pedir el servicio, a manera de hipótesis quizá ésto también se deba a una disminución del estigma social que implica el consumo, es decir, aceptación, y porque no, un mayor conocimiento en el modo de uso. Valga la información, que los usuarios de drogas estudiados en una zona suburbana, reporta-

ron que el uso de drogas no les ha causado problemas graves familiares ni sociales, "consideran que la comunidad percibe su consumo de drogas como un tanto estilo de vida y no manifiestan deseos de cambiar o de recibir tratamiento.¹⁰¹

En lo que se refiere al tipo de drogas utilizadas conforman el cuadro característico, en orden de importancia, la marihuana - (41.8% en 1978 desciende a 39.2% en 1981), solventes inhalables - (27.8% en 1978, se incrementa a 29% en 1981), alcohol (14% en 1978, 13.4% en 1981), estimulantes del sistema nervioso central (5.7% - en 1978, 7.1% en 1981) y finalmente el opio y sus derivados (1% en 1978 y 1.9% en 1981).

Es notorio el aumento del promedio de drogas utilizadas por paciente, que en 1978 era de 2.4 en 1979 de 2.2, en 1980 de 3.5 y en 1981 de 5.5., lo que indica una clara tendencia al predominio de la polifarmacodependencia.

En base a las estadísticas de los Centros de Tratamiento, -- los pacientes presentan ciertos rasgos fundamentales en términos generales: percibe muy bajos o nulos ingresos; en su mayoría no tienen acceso al sistema nacional de salud, por su carácter no -- asalariado; es integrante de familias numerosas, tiene escolaridad mínima, de primaria o secundaria; consume con mayor frecuencia marihuana, alcohol e inhalables que otras drogas; al lado de su to-

comanía presenta con mucha frecuencia trastornos de tipo neurótico, psicótico y lesiones orgánicas cerebrales y el cuadro clínico de personalidad Borderline,¹⁰² rasgos que permiten ubicar su origen de clase, pertenecen a la población más pauperizada.

Es importante referir la distribución en lo que concierne al grado de desarrollo de la farmacodependencia, según la clasificación técnica de los usuarios de drogas, a través de cuatro categorías: usuario experimentadores, usurarios sociales, usuarios funcionales y usuarios disfuncionales.

Usuario Experimentador: A quien no se le puede considerar propiamente como farmacodependiente, pues solo ha establecido un contacto esporádico con las drogas, en situaciones circunstanciales y motivado por la curiosidad. Esta categoría se ha mantenido en promedio en un porcentaje bajo, mostrando un descenso en 1979 y 1980 (3.1% y 3.2% respectivamente) y un aumento en 1981 (5.3%) con respecto a 1978 (4.6%).

Usuario Social: Individuo que ha adquirido una costumbre en cuanto al consumo, por lo que son sujetos que propician, las condiciones para tenerlas en forma sistemática. Ya sea desde una reunión social hasta la participación en una práctica colectiva para pertenecer a un grupo de pares. En este tipo de usuarios ya es posible hablar de una tolerancia a la droga, que prefigura una dependencia física o psíquica respecto a ellos, aunque aún no existe síndrome

de abstinencia. Aquí aparece un 7.9% en 1978 y pasa bruscamente - a 14.6% en 1979, para disminuir a 12.4% en 1980 y a 11.8% en 1981.

USUARIOS FUNCIONALES: Una vez transcurrido el proceso de experimentación-habitación-tolerancia, correspondiente a los dos grados anteriores, el usuario, se ve inevitablemente involucrado en una dependencia, se distingue por el hecho de que ya no puede llevar a cabo las actividades de su vida cotidiana sin recurrir a las drogas; aparecen los síntomas propios de un síndrome de abstinencia según el tipo de droga consumida. En esta categoría el porcentaje aumentó considerablemente, pasó del 31.3% en 1978 a 42.7% en 1981.

USUARIO DISFUNCIONAL: Aquí el individuo gira en torno a aquellas - actividades tendientes a la obtención y consumo de la droga, obligado en gran medida por la necesidad de no sufrir o de evitar los trastornos orgánicos de la privación, lo que significa un deterioro en la vida social, familiar y personal del adicto y sus posibilidades de recuperación son bastantes reducidos. En esta categoría el porcentaje se ha visto disminuido, pasando de 37.4% en 1978 al 26.6% en 1981.

Considerando las cuatro categorías se observa que la cantidad más importante se localiza en las dos últimas, hacia 1978 no había una diferencia significativa en cuanto al número de pacientes en - ambas. Para 1981 la relación se ha visto transformada, ya que el

usuario III llega a representar el 42.7% del total de adictos atendidos y el usuario II desciende al 26.6%. Quizá aquí haya que atender a la explicación propuesta por Villagómez,¹⁰³ "puede ser que la cotidianidad de la vida urbana y los nuevos ritmos de trabajo provocan en el individuo la necesidad de recurrir a un medio artificial que le ayude a evadirlos, o por lo menos a sobrellevarlos", que puede verse confirmado por los hallazgos de las investigaciones epidemiológicas que justo marcan un aumento en el índice de incidencia y prevalencia del consumo de drogas, en ciudades en proceso de industrialización y consecuentemente urbanización.

Tanto los datos arrojados por las investigaciones epidemiológicas como en lo observado en los registros de ingreso a los Centros tratamiento, muestran que el uso de drogas pueden formar parte de una familia "común" ubicada en medios urbanos cuyos consumidores pueden ser el padre, la madre y otro adulto "normal" de la misma. Lo anterior no disminuye la relevancia del uso de marihuana e inhalables entre los más jóvenes, tan solo enfatiza que este es menor al de las sustancias de uso médico.

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

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

A través de la organización y sistematización de un diseño de evaluación de prevención de farmacodependencia en escuelas, he intentado exponer un conocimiento muy general y hasta rudimentario de la farmacodependencia.

El objetivo en una primera instancia, fue crear los elementos que permitieran conocer la efectividad real de la tarea preventiva tal como estaba planteada en ciertos lineamientos - institucionales. Había que realizar, no solo un ordenamiento, sino dar existencia explícita a un marco teórico en el que el proyecto estaba sostenido, de manera que permitiera diseñar un sistema de evaluación de la práctica, que en un plano epistemológico fuera congruente con la tarea. Por otro lado, así como se preguntó a la realidad por los resultados de manera -- que estos operaran heurísticamente para volver a la teoría, también resulto preciso preguntar a la teoría ex-profeso por la realidad. Valga aquí una aclaración ...que la teoría puede - dar cuenta de la realidad a condición de que se le pregunte por ella y en función de considerar que estas preguntas con las - que se construye el objeto de estudio se estructuran como un - interrogatorio a una teoría particular, lo que implica que el espectro de las preguntas a plantear están delimitados por el mismo marco: el punto de vista determina el objeto. De aquí -

que se haga difícil cuestionar la teoría con la misma teoría, desde sus propios productos, pues cualquiera que fuera la res puesta formaría parte, irremediablemente de lo que es questio nado, la ciencia no puede ser neutral y el científico menos.

En este apartado me propongo referir una serie de re flexiones en torno al problema y su forma de abordarlo, despe garse del nivel de la práctica y tener con ello acceso al co nocimiento teórico.

El tráfico y el consumo de drogas en nuestro país han l llegado a convertirse en parte de la cotidianeidad del h abitante urbano, y como tal ha sido escasamente cuestionado.

Diariamente aparece en la prensa por lo menos una no ticia relacionada con el narcotráfico; en periódicos dirigidos a sectores proletarios -del tipo la Prensa y Alarma- esta c ifra se eleva considerablemente, en otros como el Uno más Uno, el D ía o la Jornada, la frecuencia es menor y el tratamiento de l a información es sustancialmente distinto, mientras que en l as primeras se privilegia el aspecto legaloide del problema, en el segundo caso se trata de inscribirlo en el marco de l a problemática social en que vive el país y particularmente l a ciudad de México. Sin embargo, debido a la mayor difusión del primer tipo de diarios, así como su mayor impacto visual, y a las características del sistema de información nacional en g eneral, es posible inferir que el punto de vista que predomina

en los más amplios sectores de la población es el que expone - estas fuentes informativas.

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

Conciencia común que destierra el problema de su mundo-cotidiano y lo confina al universo de los medios bajos, sub--terreos, de la delincuencia, la prostitución, el contrabando. Pero al asumir esta actitud, en realidad ha terminado por in--corporarlo y, por lo tanto, la farmacodependencia ha pasado a constituir un elemento más de la vida normal del ciudadano me--dio adoptando formas alejadas del narcotráfico.

En esta línea sólo es suficiente voltear la mirada a -- aquellas drogas que no entran en el marco de la ilegalidad como son los inhalables, el alcohol, los fármacos de uso médico- y el tabaco, drogas que han quedado ocultas por la amplia pu-

blicidad que se da al tráfico de drogas ilegales en la frontera del país.

En otro plano, hojeando las investigaciones existentes sobre el tema, hasta ahora los puntos de vista que predominan en el análisis e investigaciones son aquellas que se inscriben en el discurso del médico, el del psicólogo, el del jurista o bien el del sociólogo; que en un extremo solo han reducido la problemática del farmacodependiente a signos en relación al objeto-droga y en el otro, no se han limitado más que a una concepción funcionalista y positivista del fenómeno.

No es sólo el discurso médico el que se ha reducido a la búsqueda de signos; parafraseando a Vera-Ocampo¹ se podrían enumerar una serie de ejemplos:

- El inspector de la brigada de estupefacientes mira fijamente las pupilas en busca de la dilatación que le dará una prueba...
- El asistente social que sigue las huellas...
- El abogado, que defiende los signos que aportaran la prueba de una reinserción social...
- La sociología, para quien la farmacodependencia es la fiebre, el signo que da la temperatura del cuerpo social enfermo.

Pero, ¿qué es esto de reducir la problemática del farmacodependiente a signos?

Para el discurso médico la farmacodependencia es un problema de drogas. Que el uso de drogas precede a la noción de farmacodependiente está sin duda en el orden de las cosas, pero que el "objeto-droga" se haya convertido en la vía real - para la comprensión de la farmacodependencia ¿no es una cosa de un orden distinto? El orden médico.

Por esta vía merece su estatuto de enfermedad, por lo mismo, queda aprisionada en un mundo de signos: el campo de la semiología médica. "El se enferma", "El padece la farmacodependencia", es un mal añadido que hay que curar. En este orden, el signo representa la enfermedad para alguien: el médico, en tanto que sujeto que sujeto que sabe.

Cuestión de drogas, de intoxicación, de habituación o de tolerancia, cuestión de cura, de desintoxicación, pero sobre todo, cuestión de signos a interpretar, a curar, a borrar.

Pretender que la farmacodependencia sea mera cuestión de drogas, puesto que se considera que es la droga la que hace al farmacodependiente, no es ya abandonar la dimensión misma del sujeto.

Tomemos la definición que dan los expertos de la Organización Mundial de la Salud de Farmacodependencia:

"Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco".²

Definición paradójica, dice Vera Ocampo³, que atrapa; - pues por un lado es convincente (elle est parlante- ella misma habla) en función de lo que expone implícitamente, hacer del farmacodependiente un ser mudo, ya que en esta definición el lenguaje no podrá tener de ninguna forma un lugar necesario o esencial en relación a la problemática farmacodependiente.

Una planta, un animal, en tanto que seres vivientes, -- son considerados como pudiendo ser farmacodependientes con el mismo título que un ser hablante.

En la interacción de los dos protagonistas en esta definición -los seres vivientes y los fármacos-, se constituye la problemática farmacodependiente. Ahora bien, se puede adelantar un poco diciendo que los seres vivientes no son más -- que representantes de un orden que los contiene: el orden biológico.

Implícito en esta definición, esta que, la farmacodependencia encuentra sus bases en lo biológico, lo que conduce a que uno se dirija al ser viviente y no al ser hablante, borrando de esta manera la problemática del sujeto; es decir, la -contextura particular del lugar que liga al sujeto a la droga.

Dicha de otra forma, lo que hace al discurso médico recurrir a lo biológico, es considerar como causa (biología) lo -- que de hecho es un resultado. Digamos que lo que el médico no puede captar en el momento en que reduce la farmacodependencia a las bases de la biología es justamente, eso de lo que el farmacodependiente está "enfermo", el del hecho mismo de que "biologiza" el lazo que lo une al objeto: el objeto de placer se ha convertido en objeto de necesidad. A manera de apunte para -- comprender mejor la problemática del farmacodependiente, no habrá que olvidar, que ésta comporta también otro aspecto tan importante como el lazo entre el sujeto y su objeto droga: la -- farmacodependencia en tanto que acto.

En lo que concierne al lazo a la droga, la satisfacción para el sujeto depende del objeto, es decir de su deslizamiento en el registro de la necesidad; por lo que toca al acto, contrariamente la satisfacción no depende de un objeto, ni de un deseo de objeto, sino del acto mismo, esto es de su repetición.

Lo que hace que para el farmacodependiente eso se repita, no está en el hecho de una dependencia regida por el orden biológico, sino más bien aquello que sostiene toda repetición, - una discontinuidad inherente al sujeto.

Si bien, esto no agota una interpretación de la problemática del farmacodependiente, quiero dejarlos consignados como dos ejes que apuntan a despejar la contextura que liga al-

sujeto a la droga por un lado, y por otro, a explicar como se teje la lógica de la problemática del sujeto.

En una segunda instancia, no hay que soslayar que lo que he intentado también exponer a propósito de "biologizar" y de sostener la pérdida del sujeto, es que estas premisas conllevan como corolario inevitablemente ligado, una forma particular de clínica.

Pasemos a otra dimensión, ¿qué sucede cuando se aborda a la farmacodependencia desde una perspectiva social?

Los esquemas utilizados en su gran mayoría, sólo se han limitado a considerarla como un hecho social en los términos de Durkheim, innegable por cuanto tiene principio de identidad, pero da pie a un tratamiento ahistórico del farmacodependiente.

Vayamos al abordaje conceptual propuesto para el programa: Este se rige bajo el supuesto de que la farmacodependencia es un fenómeno multicausal, que expresa una conducta desviada en la que el sujeto busca su propio bien, sin tener en cuenta para nada las convicciones sociales. (cfr. cap. I).

Una crítica de fondo si se quiere evitar cuestionamientos oficiales o debates meramente escolásticos -puede plantearse debidamente desde el punto de vista de su adecuación teórica y de su capacidad explicativa, teniendo en cuenta el nivel

epistemológico en el que se haya situado.

Portamos de que la farmacodependencia es un fenómeno multicausal, "... la insuficiencia del modelo monocausal para dar cuenta del porque de la presentación de la enfermedad, aun de manera tradicional es de sobra conocida, sin embargo, el modelo multicausal tampoco logra dar respuesta satisfactoria a los problemas planteados. Las razones de este fracaso, son de distinto orden. La más profunda quizá, esta dada por su conceptualización declaradamente agnóstica, que plantea una paradoja, proponerse explicar partiendo de la suposición de la imposibilidad de conocer la esencia de las cosas. La limitación más inmediata del modelo multicausal que no es más que una expresión del agnosticismo, reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad, esta dado por su distancia de ella. Así, conceptuada la causalidad, lo social y lo biológico (individual) no se plantea como instancias distintas con especificidades propias ya que ambas son reducidas a "factores de riesgo" que actuan de manera igual..."⁴.

En mi opinión, no se limita más que a plantear un modelo conceptual que pertenece a la orden de la descripción "factores de riesgo" y por lo mismo, se haya estrechamente vinculado a la observación empírica, se presenta como una especie de fenomenología de la realidad social. Pero, qué lo lleva a ser -

un modelo meramente empirista y realista en el intento de dar cuenta de un hecho social? Me parece que la cuestión se encuentra en el momento en que sitúa la estructura "en la misma cosa" o más hacia lado de la "realidad empírica" de modo que se reduce a deducirla mediante el análisis social (de forma contemplativa) y a representarla en un modelo conceptual, dando lugar así a la función pero no a la estructura.

Con respecto a su ubicación, desde el momento en que la estructura que describe, es inmediata y directamente observable en la realidad vivida, y a partir de la cual se trata de reconstruirla de algún modo, no se le puede reconocer validez alguna en el orden de la Interpretación y de la explicación, corresponde a lo que Hinkelamert⁵ denomina "Estructura de primer grado" que se sitúa en el nivel intencional, que es también el nivel de "las apariencias ideológicas".

Ahora bien, en virtud de su postulado de la unidad funcional, privilegia arbitrariamente el aspecto de "integración" y de equilibrio de la realidad social. En este sentido, la pregunta acerca del origen de este hecho no cabe, pues en dicha concepción se parte de inicio, de un sistema social determinado como si fuera un dato incuestionable, dejando en la sombra o descalificando los fenómenos de conflicto y de transformación estructural de la totalidad social. Es un modelo fundamentalmente conservador y supone una ideología implícita.

Desde el momento que se sitúa en el seno de un sistema que -- funciona, automáticamente es inducido a explicar cómo y por qué funciona y por consiguiente a justificarlo. Se refiere a la farmacodependencia, entonces, como fenómeno disfuncional, - como un comportamiento desviado (al que es menester educar/Educación sobre drogas) y termina por atribuirle a la postre un significado funcional a largo plazo.

La presentación del hecho en sus aspectos más aparentes y la negación de su causa, ¿no es una forma de escamotear problemas que los trascienden? no es este el mismo orden donde el discurso médico se inscribe?

No se trata más bien de autonomizar una de sus dimensiones trabajarlos técnicamente y ocultar con ello su significación socio-política de conjunto. Convertirla en una "pura" - cuestión técnica dependiendo de la competencia de un especialista "neutro". Es decir, la medicalización de un problema - (enfermedad) desplazándolo más que resolviéndolo?

Veamos que sucede con esta operación, pues sus efectos - se moverán en dos niveles:

En el plano "ideológico" es resolver o desactivar verbalmente la contradicción, en una nueva síntesis que garantiza a todos que la fórmula deducida es la mejor posible: Digamos que la calamidad está en la farmacodependencia y no en la

medida "curar si es posible prevenir peligrosos extravios en el deber impuesto por las leyes de la humanidad y de la preservación social".⁶

Ya no es entonces, una acción de fuerzas escabrosas y arbitrarias, sino una solución muy meditada que tiene en consideración todo los intereses en juego. En el plano de las prácticas, es reducirlas a lo inmediatamente manipulable en un -- marco técnico científico, ocultando todo lo que no depende de este "tratamiento técnico".

El segundo término de la contraposición queda invalidado como posición de derecho y se convierte en un "caso" que -- hay que asumir. Desde ahora el único problema característico, es saber si el caso está bien o mal tratado, según criterios técnico-científicos autónomos.

Es pues, el desplazamiento a una problemática totalmente médica de un problema de poder que puede plantearse en --- otra forma y desde otra parte.

Lo anterior, me llevo a reconocer la inminente necesidad de un replanteamiento que aporte una mayor coherencia -- epistemológica. Estar enfermo puede ser un hecho que afectaría seriamente a la individualidad, pero la salud y la forma de -- conservarla son asuntos que trascienden los límites de las -- personas y afectan los intereses colectivos.

Si aceptamos las premisas elementales de que: 1) la sociedad es mucho más que la suma o reunión de individuos, que la realidad social no tiene un carácter estático y plenamente integrado, que en un esquema simplificado la estructura social se presenta como un edificio de tres pisos, en el que se distingue un nivel económico (considerado como la base de todo - el sistema y su condicionante en última instancia); un nivel político (considerado como estratégico por su carácter de mediación entre los demás niveles); y un nivel ideológico cultural (que constituirá la legitimización, en términos de valores y normas de todo el sistema). Que ésta es disimétrica y conflictiva, a causa de la estructura peculiar de las relaciones de producción (nivel económico) que implica una dicotomía de clases que se refleja sobre todo los demás niveles o criterios de la sociedad global. 2)"Que una sociedad se edifica - en torno a tareas esenciales sin las cuales ella no podría -- subsistir. Lo mismo que un individuo, la sociedad se esfuerza en primerísimo lugar por sobrevivir, por perpetuar más su existencia (que su esencia) y consiguientemente, por producir medios de existencia, por reproducirlos en la medida en que - el consumo los destruye y por reproducirse ella misma. Las - relaciones organizadas en torno a estas tareas (no la ciencia ni la teorización de las mismas) tienen repercusiones sobre - toda la vida social. Todas los demás formas de relaciones y - de conciencia deben adaptarse a estas relaciones, mientras que la recíproca no es verdadera".⁷

En función de los postulados antes mencionados para la conceptualización de la farmacodependencia podríamos adherirnos en un primer plano, a una concepción que ubique a la salud y a la enfermedad en la dinámica social:

Cristina Laurell⁸, define "el proceso salud-enfermedad en la comunidad, como el modo específico en que se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es la enfermedad". La autora también se ubica en el punto de vista de la normalidad definida como la funcionalidad para el trabajo, -- pues no son otras "actividades cotidianas" de las que habla. Lo importante es que la causa de ese "funcionamiento biológico diferenciable encuentra su origen precisamente en el desarrollo regular de las "actividades cotidianas".

"La situación de salud depende de las condiciones generales de vida de la población", los que pueden ser analizados a través del estudio de los perfiles patológicos propios de cada formación social.

"En síntesis, el proceso de salud-enfermedad desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida, los que a su vez dependen del grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ella se deri-

ven. Entre los aspectos sobresalientes de las condiciones materiales y culturales de vida, están: la alimentación, la vivienda, la educación y las condiciones de trabajo e higiene ambiental. Los servicios no personales de salud (salud pública) actúan sobre algunos de estos aspectos, por lo tanto, contribuyen de manera esencial a disminuir los riesgos de la enfermedad y de la muerte. Los servicios personales orientan más al aspecto biológico del proceso salud-enfermedad y su efectividad está determinada por la presencia de buenas condiciones de vida de la población que atiendan, y como las condiciones materiales de vida y los factores educativos y culturales están desigualmente distribuidos en la población, los cambios favorables en los niveles de salud-enfermedad son diferentes entre los grupos de esta".⁹

Preciso detenerme un momento, en las referencias anteriores y en diversos programas y artículos, el énfasis en la atención de la salud -aún cuando esta sustentada en una concepción social del proceso, está dirigida al aspecto orgánico.

Si bien, la salud mental está en íntima conexión con las condiciones de salud en general y esta con las condiciones de vida, -según Mario Tímio¹⁰, "allí donde la disparidad entre las clases sociales alcanza su paroxismo es quizá - en el campo de las enfermedades mentales, pues considerados - éstas globalmente, su mayor concentración se encuentra entre las clases de menores recursos"-; me parece pertinente darle

un lugar de atención y comprensión específico, dejemos como línea de reflexión el análisis de la situación de los problemas de salud mental en aquellos países en los que la distribución del producto social es más equitativo y alcanza niveles superiores a los latinoamericanos.

Pues aún cuando en aquellos países se han solucionado los problemas orgánicos asociados a condiciones precarias de vida, los problemas psíquicos aparecen abundante y repetidamente en forma directa e indirecta (trastornos psicossomáticos).

¿Deberíamos retomar la interpretación freudiana de la cultura, entendida como domesticación de las pulsiones para explicar la problemática actual? ¿Revisar la teoría psicoanalítica correlacionada con las condiciones socio-políticas que hoy rigen? ¿El ambiente hostil (competencia, alienación, enagenación, represión, etc.) determina la salud/enfermedad mental? Se exige hacer énfasis en los atinados señalamientos de Berlinguer¹¹, "por ende las contribuciones científicas que subrayan determinados factores hereditarios, orgánicos y en ocasiones tipológicos (individualistas), deben considerarse útiles y valiosos en muchos casos, aunque a menudo conduzcan a interpretaciones mecanicistas o espiritualistas y excluyan toda la valorización historicista del origen y evolución de las enfermedades mentales, por otra parte, insistir en la sociogénesis de estos fenómenos no debe llevarse a un exclusivismo opuesto".

A modo de cierre, para la comprensión de la farmacodependencia es necesario considerar por un lado, la contextura particular del lugar que liga al sujeto a la droga; y por otro, considerar que el uso de drogas en la sociedad actual sólo puede ser definido en términos, históricos y por su relación con las instituciones sociales. Pues ésta se muestra como un indicador de las incongruencias, deficiencias o limitaciones de las estructuras sociales de un país.

De esta manera, la farmacodependencia no es un problema social, ésto es, no es un problema de toda la sociedad, en el sentido en el que el concepto de problema social se ha entendido, pues desde ésta perspectiva se observa que los problemas sociales, son problemas de clase y es la clase que se ve afectada por ellas, la que debe buscar la solución o posibilitarla.

Es decir, erigirse en calidad de sujeto y no de objeto, frente a los problemas que se le presentan, ya que estos no son ajenos e independientes a su "participación".

En este sentido, toda tarea de carácter técnico-profesional orientada a la prevención de la farmacodependencia deberá dirigirse a promover una actividad lúcida, consciente de la población en torno a los problemas de salud que enfrenta y en torno a las medidas específicas que pueden ser instrumentadas. De forma, que sea ella, la población quien se apro

pie del problema y genere instancias organizativas, que le -
procuren para sí misma, la posibilidad de evitar este consu-
mo: aprender a aprehender a generar mejores condiciones de sa-
lud y mejores condiciones de vida.

A P E N D I C E No. I

C U E S T I O N A R I O S

ALUMNOS

SEXO: M F

EDAD: _____

MARCA CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA (SOLO UNA RESPUESTA)

1. LA FARMACODEPENDENCIA ES:
 - (1) Una enfermedad
 - (2) Un problema social
 - (3) Un delito
 - (4) Todas las anteriores
 - (5) Un vicio
2. UNA PERSONA SE DROGA:
 - (1) Por saber qué se siente
 - (2) Por soledad y falta de cariño
 - (3) Por resolver sus problemas
 - (4) Porque son malos hijos
 - (5) Ninguna de las anteriores
3. EL FARMACODEPENDIENTE PUEDE CURARSE:
 - (1) Si la familia lo apoya
 - (2) Es incurable
 - (3) Sólo si cambia la sociedad
 - (4) Si asiste a una institución de salud
 - (5) Si lo separan de sus amigos
4. ¿QUIENES USAN DROGAS?
 - (1) Los adultos
 - (2) Los jóvenes
 - (3) Las mujeres jóvenes
 - (4) Los hombres únicamente
 - (5) Puede ser cualquier persona
5. ¿QUE EFECTOS PRODUCEN LAS DROGAS?
 - (1) Lentitud
 - (2) Tristeza
 - (3) Risa
 - (4) Agilidad
 - (5) Todas
6. LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO ES UN PROBLEMA QUE DEBEN RESOLVER:
 - (1) Los jóvenes
 - (2) Los adultos
 - (3) Los del Gobierno
 - (4) Todos
 - (5) No tiene solución
7. ¿QUE DEBO HACER COMO COMPAÑERO, AMIGO O HERMANO DE UN FARMACODEPENDIENTE?
 - (1) Acusarlo y alejarme de él
 - (2) Hacerme disimulado
 - (3) Hablar con él y decirle que no las use
 - (4) Pedirle que me invite
 - (5) Acompañarlo a que hable con el maestro y sus papás
8. ¿QUE PUEDO HACER PARA NO USAR DROGAS?
 - (1) No tener amigos
 - (2) Resolver mis problemas solo
 - (3) Portarme como adulto
 - (4) Hacer deporte y divertirme
 - (5) No hablar del tema
9. ¿QUIENES VAN A LOS CIJ?
 - (1) Sólo jóvenes
 - (2) Los que usan drogas
 - (3) Los empleados de Gobierno
 - (4) Todas las personas
 - (5) Los que puedan pagar
10. COMPLETE LA SIGUIENTE FRASE:
 "Transforma tu proyecto de muerte en _____

PADRES DE FAMILIA

SEXO: M F

MARCA CON UNA "X" LA RESPUESTA
QUE CONSIDERE MAS ADECUADA (SOLO UNA RESPUESTA)

1. LA FARMACODEPENDENCIA ES:
 - (1) Un problema familiar
 - (2) Un delito y una enfermedad
 - (3) Un fenómeno social
 - (4) Todas las anteriores
 - (5) Un vicio
2. LAS PERSONAS TOMAN DROGAS POR:
 - (1) Soledad y angustia o rebeldía
 - (2) Porque los invitan
 - (3) Por saber qué se siente
 - (4) Porque les gusta
 - (5) Todas las anteriores
3. ¿QUE DROGAS SE CONSUMEN MAS EN MEXICO?
 - (1) Alcohol y marihuana
 - (2) Marihuana y opio
 - (3) Pastillas y alcohol
 - (4) Inhalantes y pastillas
 - (5) Cocaína y heroína
4. ¿QUIENES SE DROGAN?
 - (1) Los adultos
 - (2) Los jóvenes
 - (3) Las mujeres jóvenes
 - (4) Los hombres únicamente
 - (5) Puede ser cualquier persona
5. ¿CUALES DROGAS SON ESTIMULANTES?
 - (1) Inhalables y alcohol
 - (2) Barbitúricos y heroína
 - (3) Marihuana y anfetaminas
 - (4) Morfina y alcohol
 - (5) Todas las anteriores
6. ¿CUALES DROGAS SON DEPRESORAS?
 - (1) Inhalables y barbitúricos
 - (2) Cocaína y anfetaminas
 - (3) LSD y marihuana
 - (4) Hongos alucinógenos y peyote
 - (5) Marihuana y cocaína
7. ¿QUE DEBE HACERSE CON UN HIJO FARMACODEPENDIENTE?
 - (1) Vigilarlo todo el día
 - (2) Pedir ayuda
 - (3) Enterarse sobre el tema
 - (4) Regañarlo seriamente
 - (5) Todas las anteriores
8. ¿COMO SE PUEDE IDENTIFICAR A UN FARMACODEPENDIENTE?
 - (1) Cambio de amigos
 - (2) Olor en la ropa
 - (3) Llega tarde en la noche
 - (4) Se aleja de la familia
 - (5) Todos los anteriores
9. EL FARMACODEPENDIENTE PUEDE CURARSE...
 - (1) Si la familia lo apoya
 - (2) Es incurable
 - (3) Sólo si se dan cambios sociales
 - (4) Si cambia de domicilio
 - (5) Separándolo de su grupo de amigos
10. COMPLETE LA SIGUIENTE FRASE:
"Transforma tu proyecto de muerte _____"

MAESTROS

SEXO: M F

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA (SOLO UNA RESPUESTA)

1. LA FARMACODEPENDENCIA ES:
 - (1) Una enfermedad
 - (2) Un fenómeno social
 - (3) Un delito
 - (4) Todas las anteriores
 - (5) Un vicio
2. ¿PORQUE SE DROGA UNA PERSONA?
 - (1) Por curiosidad
 - (2) Para ser aceptado en un grupo
 - (3) Por soledad y falta de cariño
 - (4) Por sentir que así resuelve sus problemas
 - (5) Todas las anteriores
3. ¿QUE DROGAS SE CONSUMEN MAS EN MEXICO?
 - (1) Alcohol y marihuana
 - (2) Marihuana y opio
 - (3) Pastillas y alcohol
 - (4) Inhalables y pastillas
 - (5) Cocaína y heroína
4. LA SOLUCION DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO ESTA EN:
 - (1) Jóvenes
 - (2) Adultos
 - (3) Gobierno
 - (4) Todos los anteriores
 - (5) No tiene solución
5. ¿CUALES DROGAS SON ESTIMULANTES?
 - (1) Inhalables y alcohol
 - (2) Barbitúricos y heroína
 - (3) Marihuana y anfetaminas
 - (4) Morfina y alcohol
 - (5) Todos los anteriores
6. ¿CUALES DROGAS SON DEPRESORAS?
 - (1) Inhalables y barbitúricos
 - (2) Cocaína y anfetaminas
 - (3) LSD y anfetaminas
 - (4) Hongos alucinógenos y peyote
 - (5) Marihuana y cocaína
7. COMO MAESTRO ¿QUE DEBO HACER EN UN CASO DE FARMACODEPENDENCIA?
 - (1) Avisarles a sus padres
 - (2) Referido a una institución especializada
 - (3) Pedir orientación
 - (4) Todas las anteriores
 - (5) Ninguna de las anteriores
8. ¿COMO SE PUEDE DETECTAR UN CASO DE FARMACODEPENDENCIA?
 - (1) Conducta inestable; cambia de amigos, aislamiento
 - (2) Vómito, ojos y nariz irritados, lenguaje desarticulado
 - (3) Baja notable en el rendimiento escolar
 - (4) Cambia de manera de hablar
 - (5) Todas las anteriores
9. UN FARMACODEPENDIENTE PUEDE CURARSE
 - (1) Si encuentra apoyo en sus maestros
 - (2) Es incurable
 - (3) Sólo si se dan cambios sociales
 - (4) Si cambia de domicilio
 - (5) Separándolo de su grupo de amigos
10. PARA PREVENIR LA FARMACODEPENDENCIA EL MAESTRO DEBE PROMOVER...
 - (1) Actividades recreativas
 - (2) Actividades educativas
 - (3) Actividades deportivas
 - (4) Todas las anteriores
 - (5) Otras: _____

CONCENTRACION DE DATOS DE PADRES
1ra. EVALUACION

CENTRO LOCAL _____	FECHA _____
NOMBRE DE LA ESCUELA _____	
No. DE ASISTENTES _____	SEXO: MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
GRUPOS DE EDADES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46 o más
OCUPACION	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ama de casa obrero técnico emp. público profesionalista
AÑOS DE ESTUDIO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0-6 7-9 10-15 16 o más

P R E C U E S T I O N A R I O

OPCION	1		2		3		4		5		SIN RESPUESTA	
PREGUNTA												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

1er. P O S T C U E S T I O N A R I O

OPCION	1		2		3		4		5		SIN RESPUESTA	
PREGUNTA												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

CONCENTRACION DE DATOS DE MAESTROS
1ra. EVALUACION

CENTRO LOCAL _____		FECHA _____	
NOMBRE DE LA ESCUELA _____			
No. DE ASISTENTES _____		SEXO MASC. ____ FEM. ____	
GRUPO DE EDADES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	20-25	26-30	31-35
ESCUELA DONDE ESTUDIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NORMAL RURAL	ESC. NAL. MAESTROS	NORMAL OFICIAL DEL ESTADO
			NORMAL PRIV. DEL ESTADO
			OTRAS

PRECUESTIONARIO

OPCION PREGUNTA	1		2		3		4		5		SIN RESPUESTA	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

M F M F M F M F M F M F M F

1er. POSTCUESTIONARIO

OPCION PREGUNTA	1		2		3		4		5		SIN RESPUESTA	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

M F M F M F M F M F M F M F

2a. ó 3ra. EVALUACION (ESCUELAS)

CENTRO LOCAL _____ 2da. EVALUACION
 NOMBRE DE LA ESCUELA _____ 3ra. EVALUACION
 GRUPO _____ FECHA _____

A L U M U N O S

OPCION PREGUNTA	1		2		3		4		5		SIN RESPUESTA	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

M A E S T R O S

1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

P A D R E S

1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

REPORTE MENSUAL DE EVOLUCION DE PROYECTO ESPECIFICO

Centro Local _____ Proyecto o Subproyecto _____

Responsable _____ Mes _____ Año _____

Participantes _____ Personal de Base _____ Voluntarios o Pasantes _____

ACTIVIDAD EVENTO Y/O TEMA	TECNICA UTILIZADA	TIEMPO DEDICADO
TOTAL		

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS