

24/126

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**CRITICA A LA CONCEPTUALIZACION MEDICO LEGAL
DE LA FARMACODEPENDENCIA. (Un Estudio Clínico
y de Campo del Consumo de Drogas en la
Ciudad de Pachuca).**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

**SOLEDAD MONTENSI RODRIGUEZ SALMORAN
DAVID FEDERICO GARZA CASTAÑEDA**

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	pág.
Capítulo I	
Introducción	1
Capítulo II	9
El Fenómeno del Consumo de Drogas	
1. Extensión del consumo	9
1.1 General	9
1.2 México	10
2. El uso de las drogas a través del tiempo	12
2.1 De la antigüedad al siglo XIX	12
2.1.1 Drogas socialmente aceptadas.	
Algunas objeciones	12
2.1.2 Opio	13
2.1.3 Marihuana	14
2.1.4 Otras	16
2.2 Historia en México	17
2.2.1 Drogas y represión moral e ideológica	17
2.2.2 Hongos alucinógenos	19
2.2.3 Peyote	20
2.2.4 Otras drogas autóctonas	21
2.2.5 Marihuana	21
2.3 Siglo XX	22
2.3.1 Extensión del consumo del opio	22
2.3.2 <u>Tratados internacionales y evolución de la conceptualización del fenómeno</u>	22
3. Conceptualización y características	26
3.1 Conceptos generales	26
3.2 Definiciones operacionales	28
3.3 Clasificación de las drogas	30
3.4 Características del fenómeno en la actualidad	33
3.5 Tipos de tratamientos	37

Capítulo III**Hacia un Enfoque Psicosocial de la Farmacodependencia**

1. Crítica a la conceptualización médico legal.	41
1.1 Confusión terminológica	42
1.2 Enfermedad o síntoma	44
1.3 Uso y abuso de drogas	48
1.4 Juventud y consumo	51
1.5 Información y drogas	54
1.6 Drogas y grupo social	55
1.7 Uso de drogas con propósitos misticos	57
1.8 Heterogeneidad del fenómeno	61
2. Un modelo psicosocial del fenómeno	62
2.1 Farmacodependencia, conducta desviada y grupo social	62
2.2 Enajenación y sociedad contemporánea	66
2.3 Enajenación y salud mental	68
2.4 Farmacodependencia y salud mental	74

Capítulo IV

Método	76
1. Planteamiento del problema	76
2. Objetivos	77
3. Tipo de estudio	77
4. Escenario	78
5. Sujetos	78
6. Material	79
7. Procedimiento	79

Capítulo V

Resultados	83
1. Análisis estadístico	83
1.1 Análisis general	83
1.2 Análisis de correlaciones	85
1.3 Análisis de discriminante	86
2. Análisis clínico	88
3. Análisis socioeconómico	92

	pág.
Capítulo VI	
Discusión y Conclusiones	98
1. Discusión	98
1.1 Análisis estadístico	98
1.2 Análisis clínico	101
1.3 Análisis socioeconómico	109
2. Conclusiones	118
Cuadro I	124
Cuadro II	125
Cuadro III	126
Apéndice	127
Bibliografía	141

CAPITULO I

INTRODUCCION.

La sociedad contemporánea, de grandes cambios y realizaciones tecnológicas que evolucionan a velocidades pasmosas, muestra una gran adaptabilidad en la aceptación de tales cambios, tan es así que se ha convertido en una sociedad de consumo en la que un número elevado de productos son desechables a corto o mediano plazo. Consumir es parte integral de la vida del hombre contemporáneo, pero no todas las formas de consumo son aceptadas abiertamente, es más, existen formas que son rechazadas y atacadas porque se consideran causantes de desajustes tanto individuales como sociales. Tal es el caso del consumo de drogas.

Esta conducta, aunque no es nueva, ha alcanzado en nuestros días un nivel tal, que existen un gran número de acciones para contrarrestarla y, de ser posible, eliminarla. Cabe hacer la aclaración que comúnmente -- cuando se habla de consumo de drogas, se trata del uso de drogas ilícitas, ya que existen algunas sustancias que aun siendo drogas, son no sólo -- aceptadas socialmente, sino intensamente anunciadas y promovidas; esta es la situación del alcohol, del tabaco, del café, etc., y aunque se reconocen los efectos negativos que poseen han sido aceptadas socialmente y su trato es muy distinto al de las otras sustancias, severamente perseguidas y rechazadas, razón por la que sólo serán tratadas colateralmente en este trabajo, que trata específicamente sobre el consumo de drogas ilícitas.

El uso de drogas con propósitos místicos o recreativos ha acompañado al hombre a través de milenios, pero comúnmente su uso estaba reservado a pequeños grupos y/o a situaciones específicas de tipo religioso, pero es a partir de la década de los sesentas cuando se empieza a notar un incremento -- significativo, no sólo de consumidores sino de sustancias usadas, el consumo deja de ser prerrogativa de grupos pequeños y marginados para extenderse a todos los grupos sociales. Junto con el fenómeno del consumo de drogas - surgen otras conductas como la protesta juvenil, el fenómeno hippie, el rechazo a los valores tradicionales, la liberación sexual, etc., que crean alarma entre los grupos adultos y provocan una reacción de temor y ubican a la droga como causa o tal vez chivo-expiatorio de estos fenómenos.

Además el tema de las drogas ha provocado un exceso de información las más de las veces poco veraz y basada en estereotipos más que en datos científicos; basta con echar una ojeada a los periódicos, revistas, televisión, o ir al cine para recibir una multiplicidad de datos acerca del fenómeno.

El hombre común escucha tal avalancha de información y además presencia de manera más o menos cercana a través de familiares, vecinos o conocidos el fenómeno, y esto lo hace sentirse amenazado, sin saber qué hacer, - pues de toda la información sobre el tema poca es confiable y más reducida - aun la que le dice cómo actuar frente al fenómeno.

Este nivel de confusión ha facilitado el rechazo al consumidor en vez de favorecer una actitud más consciente y activa del grupo social hacia el "drogadicto", término peyorativo con el que se denomina al usuario al que se acusa de perder su voluntad y convertirse en esclavo de las drogas. Desde un -

punto de vista social el consumidor es cuando menos un vicioso que ha "caído" en una conducta inmoral de la cual no tiene capacidad de escapar. Esta visión surge a partir del siglo pasado cuando el uso del opio está tan extendido que pronto se descubre la dependencia física que produce y surge el rechazo social hacia los consumidores. La extensión del consumo de opiáceos llevó al surgimiento de acuerdos internacionales a principios del siglo presente para limitar la producción y distribución del opio, por lo que al crearse las primeras leyes y reglamentaciones para controlar los narcóticos surge el mercado negro de ellos y, por lo tanto, el concepto de delito en cuanto a las drogas opiáceas. Con el surgimiento de otras sustancias, como la marihuana, la legislación se extiende a ellas y son consideradas con el mismo nivel de peligrosidad aun sin conocerse sus características farmacológicas, por lo que todas quedan incluso catalogadas como narcóticos aunque sus efectos sean contrarios y su potencialidad muy distinta.

La consideración de la drogadicción como delito pronto demuestra -- sus limitaciones pues la detención de consumidores no erradica el problema sino, por el contrario, lo complica y el hecho de mantenerlos encerrados no tiene ningún valor terapéutico, más bien es una forma de desubicar al sujeto sacándolo de su ambiente social.

El tráfico y el consumo de drogas son conductas que se consideran -- dañinas para el grupo social, por lo que la primera queda estipulada como un delito contra la salud y la segunda como enfermedad, dentro del campo médico; el consumidor, primero vicioso y luego delincuente, pasa final --

mente a ser considerado como un enfermo que requiere un tratamiento que lo cure de su mal.

Este nuevo enfoque representa un paso importante en la concepción del fenómeno y da origen a gran cantidad de investigaciones y formas de tratamiento. Surgen investigaciones de todo tipo acerca de las drogas, sus efectos, los consumidores, etc.; pero a pesar de la cantidad de estudios realizados en vez de surgir un panorama más claro, se presentan gran cantidad de confusiones y contradicciones, además, los tratamientos utilizados no producen los resultados deseados, sino más bien, son pobres e ineficaces; las campañas preventivas, a su vez, no parecen obtener resultados a juzgar por los datos que siguen indicando la extensión del consumo y el tráfico florece provocando un alto número de bajas en esta guerra donde el consumidor se ve envuelto sirviendo tal vez de principal chivo expiatorio.

¿Cuál es el papel que lleva a cabo el consumidor en el fenómeno de drogas? ¿Dónde empieza la dependencia? ¿Son dañinas las drogas ilícitas? ¿Cuándo empieza la patología severa del consumo? ¿Es igual la patología que producen todas las drogas? ¿Por qué son ineficaces los tratamientos usados? Estas y otras preguntas son el tema central de esta tesis, conformada en dos partes, la primera de ellas es una revisión bibliográfica acerca del fenómeno de las drogas, los niveles que ha alcanzado en general y particularmente en nuestro país, su evolución a lo largo de la historia hasta llegar a los conceptos utilizados actualmente;

para posteriormente hacer un análisis crítico a estos conceptos y buscar una aproximación que permita una mayor comprensión del fenómeno.

La segunda parte es un estudio clínico y de campo realizado en la ciudad de Pachuca, Hgo., en un centro de tratamiento para farmacodependientes, que consiste en los análisis clínico y socioeconómico de la información obtenida con una muestra de 78 consumidores. El estudio busca identificar aquellos indicadores significativos en la patología tanto individual como social.

El marco teórico utilizado en este trabajo surge principalmente de la obra de Erich Fromm, sobre la sociedad contemporánea y su concepto de salud mental; además el libro de F. Pappenheim que trata sobre la enajenación en el hombre moderno.

En lo referente a grupos marginados y consumo de drogas, existen dos investigaciones de interés en el medio urbano, la primera sobre el consumo de inhalantes en Monterrey, de De la Garza, Mendiola y Rábago y un estudio en la ciudad de México sobre drogas y pobreza. El texto "Alucinógenos y Sociedad" informa sobre el consumo de drogas en el medio rural.

Thomas Szasz en su "Psicología del Drogadicto", hace una crítica a la conceptualización médico-legal, ubicando la farmacodependencia como un fenómeno de índole ético.

Kalina y Kovadloff en su libro "La droga: máscara del miedo" consideran el consumo de drogas uno de los síntomas a nivel individual de la

tendencia de la sociedad contemporánea hacia la autodestrucción.

Una síntesis de la farmacodependencia desde un enfoque social se encuentra en el libro de P. Laurie.

Otros antecedentes importantes de esta tesis son: sobre las drogas, el texto "Fármacos de abuso" que ofrece una clasificación e información farmacológica, así también el libro "Cómo identificar las drogas y sus usuarios?", ambos del Centro Mexicano de Estudios sobre Farmacodependencia. Acerca de las drogas más comúnmente usadas, el trabajo de Jenkins y Brody informa sobre sus efectos y características.

El informe de la O.M.S. proporciona la conceptualización médico-legal las definiciones principales acerca del tema. El libro de O. Cárdenas hace una revisión y crítica de la conceptualización, sus ambigüedades y confusiones.

La marihuana es la sustancia ilegal más ampliamente usada en nuestro país, por lo que es un tema que será tratado con cierta amplitud. Grinspoon hace una revisión acerca de investigaciones sobre este fármaco, sus características y efectos. Y el libro de Segura Millán, que se refiere a investigaciones realizadas en México.

Por otra parte, hasta ahora las formas de abordaje al problema de la farmacodependencia en la mayoría de las tesis consultadas en la Facultad de Psicología de UNAM, son mediante estudios comparativos y epidemiológicos, ejemplos de ello son: "Estudio comparativo de características de personalidad en un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un -

grupo de sujetos no farmacodependientes a través del M.M.P.I.", de Sanchez M. Marfa, y Ramirez C. Marfa, U.N.A.M., 1981. "Estudio comparativo de capacidad intelectual entre un grupo de adolescentes adictos a la marihuana y otro adicto a los inhalantes a través del Wechsler", de Menéndez M. Marfa. 1985. "Grado de coincidencia entre el Síndrome Orgánico Cerebral y la farmacodependencia de inhalantes a través de las pruebas de Wechsler y Bender.", de Galán M. Rosa. 1975. "Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes, inhaladores, versus no inhaladores a través del M.M.P.I. y del E.P.Q.", de Balzaretto, G. Mónica. 1981. "Estudio epidemiológico del consumo de drogas en la ciudad de Puebla en la población de 14 años en adelante", de Rubio O. Sylvia. 1978. "Estudio de drogas sobre el consumo de drogas en el D.F.", de Terroba G. Graciela. 1978. "Comparación de las características psicológicas encontradas en un grupo de esquizofrénicos y otro de farmacodependientes por medio del Rorschach y M.M.P.I.", de Badillo, R. Beatriz E. 1977. "Estudio comparativo entre dos grupos de adolescentes mexicanos drogadictos a través del M.M.P.I.", de Guerra, T. Teresa. 1973. "estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos: uno de usuarios crónicos de inhalables y otro de no usuarios", Olavarria, V. Marco A., 1987. "Estudio psicológico de la estructura de la personalidad de los morfínomanos y su valor en la psicología clínica", Araiza, A. Ma. M. 1983. "Evaluación de la personalidad de los inhaladores y sus madres", Vivanco, R. Leonor M. 1979.

"Estudio de correlación entre las causas que llevan a la farmacodependencia y el M.M.P.I.", de Castañeda, E. Ma. del R., 1980. Por último, - "Estrategia de tratamiento familiar para farmacodependientes en la ciudad de Pachuca, Hgo.", de Arce L. Raúl. 1981. En este estudio se realiza una comparación entre el uso de la terapia familiar y la individual para observar la variación del consumo después de la aplicación de dichos tratamientos .

Las tesis antes mencionadas pueden considerarse antecedentes indirectos del presente trabajo de investigación porque comparten el mismo objeto de estudio: la farmacodependencia, y están basadas en el enfoque médico-legal, tema de estudio crítico en esta tesis .

CAPITULO II

EL FENOMENO DEL CONSUMO DE DROGAS

1. Extensión del Consumo

1.1. El hecho más importante para la notoriedad del fenómeno del consumo de drogas ha sido, sin lugar a dudas, la forma tan acelerada en que se ha extendido. Aunque la información acerca de este tema es controvertida y discrepante, parece existir acuerdo general entre los investigadores acerca de su crecimiento.

La Organización Mundial de la Salud menciona mil millones de consumidores de drogas en el mundo, correspondiendo esta cifra a uno de cada cuatro habitantes (Kalina y Kovadloff, s/f.).

El Dr. Tigani El Mahi, experto de la OMS en problemas de estupefacientes, ha publicado un estudio en el que da la cifra de 200 millones de aficionados a la cannabis en el mundo.¹ Otros expertos de esta institución informan de 400 millones de personas que han usado opio o sus derivados, así como de 300 millones de coca, betel y otras drogas.²

Existen diversas investigaciones epidemiológicas del fenómeno, siendo éstas más comunes en países industrializados por su mayor capacidad económica, científica y tecnológica. En estas investigaciones se encuentran en general datos que muestran un ritmo de crecimiento muy rápido, como en el caso de Canadá, en 1970, donde se encontró un --

1 Allain, 1977

2 Kalina y Kovadloff, s/f

inusitado aumento de farmacodependencia con relación al año de 1968, - con un incremento de 273 % en relación a la marihuana, 327 % en el caso del LSD, y también en los opiáceos con más de un 215 %. Así mismo, en países como Suecia, Inglaterra y los Estados Unidos también se encontraron altos índices de consumo.³

En los países en desarrollo, aunque en menor escala, también se ha visto un aumento en las investigaciones sobre el tema, por ejemplo, en Brasil parece existir un tráfico fuerte, y se calcula que sólo en Rio de Janeiro existen alrededor de 50 mil traficantes.⁴ Por su parte, en Colombia existen algunas investigaciones epidemiológicas desarrolladas con jóvenes estudiantes de tres ciudades diferentes, que dan como resultado una prevalencia de consumo de 78.3 % en la ciudad de Barranquilla, de 65.2 % en Bucaramanga, y de 43.3 % en Medellín; las drogas más consumidas en este país son en primer lugar los tranquilizantes, siguiendo después la marihuana.⁵

1.2. En México se han llevado a cabo algunas investigaciones sobre la extensión del consumo (Velasco Fernández, 1972; Segura Millán, 1977; Benítez, 1964, 1971, etc.), pero los estudios más representativos parecen ser los realizados por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) a partir del inicio de la década de los setentas, que

3 Velasco Fernández, 1972

4 Dias Magalães, 1976

5 Morales y Atilano, 1976

se encargó de realizar un programa nacional de estudios epidemiológicos cuyo objetivo fue "medir la magnitud del problema en cuanto a incidencia y prevalencia del uso y abuso de fármacos"⁶. Los hallazgos principales de estos estudios son los siguientes: existe un incremento en el consumo de drogas, siendo las principales la marihuana y los inhalantes. El fenómeno es esencialmente urbano, alcanza todas las edades, pero el grupo principal parece ser el comprendido entre los 16 y los 21 años⁷.

Los datos presentados, aunque muestran formas de medición heterogéneas, permiten constatar el desarrollo acelerado del fenómeno.

Ha sido notable también el aumento de sustancias con capacidad para provocar alteraciones psicológicas. En la sociedad contemporánea el desarrollo de la industria farmacéutica ha llevado a la creación de una gran cantidad de sustancias cuyo uso se ha extendido ampliamente debido a la comercialización tan grande que reciben.

Una investigación de CEMEF sobre fármacos de abuso enumera 397 productos comerciales con efectos sobre la mente del individuo⁸; cabe destacar que este número tan elevado de sustancias médicas responde a intereses comerciales, ya que muchas de ellas aunque tienen distintos nombres contienen el mismo principio activo. Basándose exclusivamente en el principio activo, existen 61 sustancias diferentes que se venden comúnmente en el mercado, y es de suponer que existe un

6 Bellassaso, 1975, pag. 38.

7 *ibid*, pag. 39

8 CEMEF, 1975

buen número más en período de experimentación.

La lista mencionada sólo incluye drogas que tienen algún valor médico, excluyendo otras cuyo uso se considera ilícito, de las cuales - hay múltiples ejemplos como la marihuana, el opio, la heroína, el LSD, la psilocibina, etc.

2. El Uso de Drogas a través del Tiempo.

2.1 De la Antigüedad al Siglo XIX.

2.1.1 El consumo de drogas con fines no terapéuticos ha acompañado al hombre en su devenir histórico, existen referencias antiquísimas del consumo del alcohol, la droga más ampliamente usada, junto con el tabaco y el café, por sus características de ser no sólo permitidas, sino ampliamente fomentadas. En efecto, "las bebidas alcohólicas producidas por fermentación, a partir de un sorprendente número de sustancias, ocuparon su lugar prácticamente en todas las sociedades humanas y aún permanecen en ellas".⁹

Por sus características particulares el alcohol y las drogas socialmente aceptadas sólo serán tratadas en forma muy ligera en este trabajo. En el caso del alcohol sólo el consumo excesivo es considerado enfermedad, y legalmente existen pocas restricciones. El café y el tabaco no tienen limitantes, sino por el contrario, una muy extensa comercialización y promoción publicitaria, siendo ambas ejemplo de las industrias más prósperas en la actualidad.

9 Velasco, 1981. pag. 11.

El alcohol, si se consideran sus efectos fisiológicos, puede - provocar reacciones al menos similares a muchas drogas depresoras -- consideradas duras. En este sentido Laurie hace una consideración interesante:

"Si el alcohol, en vez de ser un don benéfico regalado por los dioses en el remoto pasado, fuera inventado hoy por un químico, no -- hay duda de que inmediatamente su uso sería controlado con todo rigor por la ley. Pero puesto que nuestra sociedad ha convivido con el alcohol tanto tiempo, podemos controlarlo, así como tolerar los efectos que no podemos controlar".¹⁰

2.1.2 Otra droga con uso ya milenario es el opio. Sus registros históricos se remontan a 5000 años antes de Cristo en la región de la Baja Mesopotamia;¹¹ Gannon dice que es posiblemente el narcótico más antiguo y que "los Sumerios 4000 A.C. llamaban a las amapolas plantas - de 'la alegría'";¹² el mismo investigador afirma su uso como medicina en la Grecia y Roma antiguas, pero no precisa en qué época. Sin embargo, según otras fuentes, existe una cita que hace Heráclito que data del año 460 A.C. donde consigna su uso.¹³ También se dice que "en el siglo VIII por la ruta de Persia y por mediación de los árabes, apareció el opio en la India y en China. En 973 fue introducido oficialmente bajo el nombre de Ying Tzu-Zu y se encuentra en las recetas de farmacia".¹⁴

10 Laurie, 1970, pag. 16

11 Enciclopedia de México, 1977

12 Gannon, 1981, pag. 57

13 Diccionario Enciclopédico Espasa, 1979

14 ibid.

En el siglo XVIII el consumo del opio era muy popular en oriente convirtiéndose en un excelente negocio, ya en el siglo XIX para el imperio inglés que controló su comercio y lo hizo su mercancía principal. En el año de 1840 el emperador Lin Dse Hsu decreta la prohibición del opio, lo que provoca la guerra entre China e Inglaterra, y al cabo de dos años de lucha los ingleses logran el triunfo y con el tratado conocido como la Paz de Nankin, consigue reanudar el comercio del opio en China, así como el dominio sobre Hong Kong.¹⁵

El opio llega a Europa donde se extiende su consumo, incluso a escritores famosos, como Samuel Taylor Coleridge y Thomas de Quincey, quienes escriben acerca de sus experiencias con esta droga.¹⁶

2.1.3 La marihuana (cannabis) también ha recorrido un largo tramo -- acompañando al hombre; existen tratados farmacológicos escritos 3000 años antes de Cristo donde ya se describen efectos de esta planta.¹⁷

En China, el emperador She Nung en su tratado sobre herbolaria menciona a la marihuana; dicho tratado está fechado en 2737 a.C.¹⁸

En la India las referencias son abundantes, el Atharva Veda -- (2000 a 1400 a.C.) menciona al Bhangá* denominándola "hierba sagrada" y se le relaciona con el dios Shiva; otras menciones de esta planta se encuentran en el Rajaballabha (1700 a.C.), en el Bhavajakash (1600 a.C.) y en la Sarangadhara (1500 a.C.).

¹⁵ López, 1977 16 Gannon, op cit.
¹⁷ Cárdenas, 1976 18 Grinspoon, 1969

* Cierta tipo de cannabis.

Gannon afirma que en la India "1500 años a.C., los libros sagrados se referían al cáñamo como fuente de la felicidad y provocador de risa".¹⁹

Los árabes también dan muestras antiguas del conocimiento de la yerba, por ejemplo, un tratado escrito en 658 a.C. por Hassan Mohamed ibn - Chirazi, trata del hashish y sus efectos, y de su uso religioso.²⁰

A su vez, en Grecia y Roma, se encuentran referencias como las que hace Herodoto (485-425 a.C.) acerca del uso de esta droga entre los escitas del mar Caspio.²¹

En otras zonas como Irak existen citas sobre esta sustancia que corresponden al año 1231 de nuestra era.

Los árabes la llevaron a Europa entre los siglos XI al XV a los territorios por ellos conquistados.²²

En los finales del siglo XVIII, concretamente en 1783 Jean Baptiste de Lamarck estudia la cannabis y sus efectos que son publicados por la Enciclopedia Británica.²³

En el siglo pasado cobra fama el llamado Club de los Haschichinos integrado por artistas y escritores famosos como Gerard de Nerval, - Delacroix, Teófilo Gautier y Baudelaire, quienes describen los efectos de esta droga permitiéndose algunas exageraciones, tal vez debidas más a su imaginación artística que a la droga.²⁴

19 Gannon, 1981, pag. 130

21 Gannon, 1981

23 ibid

20 Allain, 1977

22 Allain, 1977

24 Grinspoon, 1973

Un estudio ya clásico respecto al cáñamo fue el llevado a cabo en Simla en 1894, conocido como "Report of the Indian Hemp Drug Commission" que concluye que no existen pruebas de que el uso moderado del charas o ganja produzca lesiones morales o mentales, que gran número de médicos con gran experiencia declararon no tener pruebas de cualquier relación entre el uso moderado de esta droga y las enfermedades, y que un uso moderado no conduce a un consumo exagerado posterior.²⁵

2.1.4 Otras drogas. Existen muchas otras drogas de uso centenario, aunque no tan ampliamente diseminado. La amanita muscaria se ha usado por largo tiempo como inebriante chamánico. Ott²⁶ afirma que recientemente ha sido identificado este hongo como una planta sagrada referida en antiguos textos religiosos. El Rig Veda que tiene una antigüedad de 4000 años, menciona una planta sagrada llamada "soma"; son muchos los investigadores que han tratado de identificar esta sustancia, pero tal vez el estudio más sólido es el que ofrece Wason, que la ubica como la amanita muscaria.²⁷

Existen además un gran número de escritos sobre el uso de este hongo en Siberia en los siglos XVIII y XIX.²⁸

En el Continente Americano han tenido amplio uso las hojas de Coca, que en la zona de los Andes, principalmente Perú y Bolivia ha sido consumida en forma tradicional a lo largo de varios siglos. De esta planta proviene la cocaína, cuyo alcaloide puro se aisló por primera vez en 1853. A

25 Segura Millán, 1977

27 ibid.

26 Ott, 1975

28 ibid.

Sigmund Freud se debe el primer estudio detallado sobre los efectos de esta sustancia.²⁹

El siglo pasado presencia el nacimiento de la morfina, descubierta en 1803 por Sertumer. Se le dio uso muy amplio como: antidiarreico, analgésico y extendiéndose el consumo por su mayor poder en referencia al opio.³⁰ Su nombre surge en referencia a Morfeo, dios de los sueños, debido a su poder sedante.

La heroína, de uso más reciente, surge en el año de 1889, y es utilizada en un principio para atacar el problema de la adicción a la morfina, llamándosele droga heroica, porque se supuso que era la solución al problema de la morfina, que ya preocupaba por sus características adictivas.

2.2 México.

2.2.1 La historia de las drogas en nuestro país, tampoco ha sido breve. Aunque no existen referencias directas sobre su uso en la época precolombina, parece claro que fueron ampliamente usadas con propósitos curativos y místicos, ambos conceptos muy unidos en ese mundo.

Existe acuerdo entre varios investigadores (Benítez, 1972, Del Pozo, 1975; Cárdenas, 1975.) en relación a la actitud represiva que los españoles tomaron en contra de las plantas alucinógenas; éstas, junto con la mayor parte de la cultura autóctona fueron rechazadas y destruidas por los conquistadores. Pero fueron los mismos españoles, principalmente los misioneros, quienes no sin censura, narraron las costum-

²⁹ Gannon, 1981

³⁰ ibid.

bres indígenas sobre su uso.

Como destaca Del Pozo, la censura alcanzó obras tan importantes como la de Martín de la Cruz, única obra escrita por un médico azteca que se conserva, que da claras muestras de supervisión y censura. Incluso, el principal investigador de esa época, Fray Bernardino de Sahagún, no estuvo a salvo de algunas persecuciones de la Santa Inquisición.³¹ Así se puede ubicar en esta época el surgimiento de la persecución por el consumo de drogas. En el año de 1616 la Santa Inquisición castigaba con la hoguera a aquellos que empleaban plantas con efectos psicotrópicos, pero el motivo más que de orden legal o médico, era de tipo moral, pues lo que se pretendía era atacar la herejía y la hechicería.³²

Algunos autores como Cárdenas, piensan que esta actitud se debía al desconocimiento de estas sustancias por parte de los españoles,³³ pero esto puede ponerse en duda pues es muy probable que en España ya se conociera cuando menos la cannabis a través de los árabes conquistadores. Es posible también que al ser desalojados los árabes, o como también los llamaban los españoles, los "infieles", se rechazaran sus costumbres por razones religiosas, y el uso de las sustancias que provocaban "visiones" fuera condenado como sucedió más tarde en América, donde la estrecha relación de estas plantas con las ceremonias religiosas de los pueblos conquistados fue considerado

31 Del Pozo, 1975

32 ibid.

33 Cárdenas, 1975

diabólico. Es notorio el carácter demoníaco que los cronistas asignan a esas sustancias.

2.2.2 La droga que más les llamó la atención, y que aún la sigue atrayendo, fueron los hongos alucinógenos, sobre ellos Sahagún dice:

"Hay unos honguillos en esta tierra que se llaman teonanacatl (que) se crían debajo del heno en los campos o páramos..."³⁴ Describe además su forma, efectos y usos medicinales y continúa diciendo:

"... los que los comen ven visiones y sienten bascas en el corazón; a los que comen muchos de ellos provocan la lujuria, y aunque sean pocos".³⁵ Después hace mención a las ceremonias en que eran consumidos:

"La primera cosa que se comía en el convite eran unos honguillos negros que ellos llaman nanacatl, ... los comían con miel y cuando ya se comenzaban a calentar con ellos, comenzaban a bailar, y algunos cantaban y algunos lloraban, porque ya estaban borrachos con los honguillos; y algunos no querían cantar sino sentábanse en sus aposentos y estaban allí como pensativos."³⁶ Describe además diversas visiones que sufrían los usuarios.

Otro destacado investigador es Francisco Hernández, quien en sus estudios menciona un número mayor a 50 sustancias con propiedades psicotrópicas, notando incluso el uso de la coca peruana en el siglo XVI.

Sobre los hongos escribe:

³⁴ Sahagún, 1975. Pag. 666

³⁵ Sahagún, 1975. Pag. 666

³⁶ Sahagún, 1975. Pag. 504

"... y hay otros (hongos) llamados teihuintli, que no causan la muerte a quien los come, pero le producen una locura temporal que se manifiesta en risas inmoderadas..."³⁷; pero el autor que hace la descripción más diabólica de estas plantas es Motolinía.³⁸

2.2.3 Otra droga que recibe la atención de los cronistas de la colonia es el peyote. De el Sahagún nos dice:

"Hay otra hierba como tunas de tierra que se llama peyotl, que es blanca, hécese hacia la parte norte. Los que la comen o beben, ven visiones espantosas o de risa, dura esta borrachera dos o tres días y después se quita. Es como un manjar de los chichimecas que los mantiene y les da ánimo para pelear y no tener miedo ni sed, ni hambre, y dicen que los guarda de todo peligro."³⁹ En otra parte de su obra habla de sus usos rituales.⁴⁰

Hernández a su vez los describe junto con los poderes adivinatorios que los indios le atribuyen.⁴¹

2.2.4 Otra droga que mencionan ambos investigadores es el ololiuhqui. Sahagún la describe así:

"Hay una hierba que se llama coatl-xoxouhqui y cría una semilla que se llama ololiuhqui; esta semilla emborracha y enloquece. Danla por bebedizos para hacer daño a los que quieren mal, y los que la comen párceles que ven visiones y cosas espantables..."⁴² Hernández, por su parte, la describe y agrega: "En los sacrificios los indios cuando -

37 Benítez, 1972, pag. 10

38 ibid, pag. 11

39 Sahagún, op. cit. pag. 666

40 ibid. pag. 600

41 Cárdenas, 1975

42 Bailín, 1975, pag. 94

querían consultar con sus dioses y recibir su respuesta, comían de esta planta, y de tal modo los enloquecía que veían mil fantasmas y visiones del demonio que los rodeaban...⁴³

El toloache, que aún se usa en nuestros días para embrujar, tiene referencias en la Colonia también por parte de Hernández, quien narra sus usos con propósitos adivinatorios.⁴⁴

Estas y otras drogas autóctonas se siguieron usando principalmente por grupos indígenas, y existen estudios sobre su uso contemporáneo.⁴⁵

2.2.5 La marihuana parece llegar a nuestro país del Continente Africano y/o por la ruta de las Filipinas, según Belssasso, en el siglo XVII, pero la primera referencia sobre su uso no terapéutico es realizada por Genaro Pérez, quien en 1886 la estudia "por la atención que merece su uso y abuso desde el punto de vista médico-legal".⁴⁶

Aunque no se tienen testimonios sobre cuando aparecieron los opiáceos en nuestro país, en el siglo XIX el láudano, uno de cuyos elementos era el opio, era ampliamente consumido, y los médicos recetaban opiáceos sin restricción. En esta época no existió una actitud demasiado punitiva hacia la droga, pues al acaso se le consideraba un vicio.⁴⁷ Sin embargo, en las últimas décadas del siglo pasado, surgen en nuestro país las primeras limitaciones legales en contra de algunas drogas. El Código Penal de 1871, tiene algunas disposiciones contra

43 *ibid*, pag. 95

44 Hernández, 1975

45 Benítez, 1976, Wasson, 1968

46 Belssasso, 1975

47 Cárdenas, 1975

sustancias nocivas a la salud. También en los Códigos Sanitarios de 1891, 1894 y 1902, se encuentra la regulación en la venta de medicamentos peligrosos.

2.3 Siglo XX.

2.3.1 Las últimas décadas del siglo pasado, muestran una etapa de popularidad internacional en el consumo del opio y sus derivados; su uso médico es ampliamente aceptado y se venden grandes cantidades -- como remedio contra la diarrea, antitusivo, calmante, etc. Se puede encontrar el impacto que los opiáceos tuvieron en norteamérica en un análisis de 10 mil recetas médicas en la ciudad de Boston en 1888, el 14.8% de ellas, incluían esta droga.⁴⁸

Un estudio del Dr. Sidney Cohen, calcula que en el año de 1900 en este mismo país, una de cada 400 personas era víctima de algún hábito opiático.⁴⁹

2.3.2 Conclusiones similares se obtienen en otros países, dando origen al surgimiento de los primeros esfuerzos a nivel internacional para buscar una acción común que permita controlar el uso de opiáceos, principalmente por sus características adictivas.

La primera conferencia internacional sobre el tema, se llevó a cabo en Shanghai en el año de 1909, misma que sirvió de preparación a la Primera Convención Internacional del Opio, que se celebró en la ciudad de La Haya, en el año de 1912. En esa convención queda establecida como materia de Derecho Internacional la cooperación para esta-

⁴⁸ Laurie, 1970

⁴⁹ Gannon, 1981

blecer el control de narcóticos; se acuerda el control legal para la producción y distribución del opio, y se limita la fabricación y venta a las necesidades médicas.⁵⁰

Un resultado significativo de la Convención de La Haya es el surgimiento de legislaciones sobre consumo de drogas en diversos países. En Estados Unidos, por ejemplo, surge la Harrison Act en 1914, que controla la venta de todos los derivados de la adormidera.

México estuvo representado en esta reunión, de la cual fue signatario, aunque en nuestro país el consumo de opiáceos no era considerado problema; en esa época la droga más popular parece ser sin lugar a dudas la marihuana, cuyo uso era amplio ya en el siglo XIX, pero que se integra al folclore nacional en la época de la revolución. El fenómeno incluso suscita el desarrollo de algunas investigaciones como la que los doctores Nieto y Ramírez presentan en el VI Congreso Médico Nacional en el año de 1920, sobre el uso de la marihuana en el ejército.⁵¹ Es en esa década cuando aparece la marihuana en los Estados Unidos, llevada, según parece, por los braceros mexicanos; en la década de los años treinta llegaban a ese país grandes cargamentos de Cuba, Tampico y Veracruz.⁵²

En México, aunque con retardo, la Convención de La Haya influye de manera notable en la legislación; al terminar la revolución armada es aprobado (1924) y ratificado dicho tratado, y va a determinar las políticas sobre drogas a partir del Código Sanitario de 1926 y el Código

50 CEMEF, 1976

51 Segura M., 1977

52 Gannon, 1981

Penal de 1929, que son los antecedentes legales más importantes sobre farmacodependencia.

El Código Sanitario del 8 de junio de 1926, como afirma Cárdenas, es el primero en ofrecer a manera de definición una lista de sustancias que considera "drogas enervantes", mencionando al opio en sus diversas formas, la morfina, la heroína y las sales derivadas de estas tres últimas; la adormidera, las hojas de coca y la marihuana en cualquiera de sus formas.⁵³ Este mismo Código impone restricciones al comercio, producción y uso de este tipo de sustancias.

El Código Penal del año de 1929 prohíbe en su artículo 507 toda o casi toda conducta en relación con los enervantes; en el artículo 521 permite "internar por todo el tiempo que sea necesario, a toda persona que hubiese adquirido el vicio de ingerir o usar en cualquier forma, sustancias nocivas a la salud, drogas enervantes o plantas prohibidas".⁵⁴ Finalmente, el artículo 525 acredita al Consejo Supremo de Defensa y Previsión Social como entidad encargada de juzgar la curación del toxicómano.⁵⁵ Así, el consumidor se convierte en delincuente en la medida de que su conducta transgrede dichos códigos.

La Convención de Ginebra de 1931, en la que también participa nuestro país, busca limitar la fabricación y reglamentar la distribución de drogas estupefacientes de acuerdo con las necesidades científicas y médicas, comprometiendo a los países signatarios a presentar estadísticas sobre la producción de estas sustancias.⁵⁶

53 Cárdenas, 1976
55 *ibid.*

54 *ibid.*, pag. 29
56 CEMEF, 1976

En 1936 se lleva a cabo la Convención para la Represión de Tráfico Ilícito de Estupefacientes Nocivos, que promueve la aplicación de castigos severos a los traficantes.⁵⁷ Es interesante notar que en -- nuestro país surge la primera campaña contra las drogas dos años antes (1934), con la participación de la Policía Judicial Federal y la Policía -- de Narcóticos de la Secretaría de Salubridad, que pretenden coordinar a varias Secretarías de Estado "... para hacer una labor conjunta en las áreas de prevención, investigación y persecución de delitos en materia de narcotráfico",⁵⁸ campaña que se ha actualizado en forma más o menos -- constante.

El Protocolo de 1948 de París marca el intento de control de las sustancias sintéticas que debido a la expansión de la industria farmacéutica se han producido en grado extremo.

Estas sustancias alcanzaron un consumo muy extenso, como en el caso de las anfetaminas que en el Japón se empezaron a consumir -- después de la Segunda Guerra Mundial y que en el año de 1954 se estima alcanzó la cifra de entre 500 y 600 mil consumidores.⁵⁹

Otro tratado internacional de importancia es la Convención -- Única de Estupefacientes de 1961 en Nueva York, que excluye del régimen penal a los toxicómanos y sugiere la consideración de medidas para el tratamiento médico, el cuidado y la rehabilitación de los que se -- encuentran en este caso. Gracias a este tratado adquiere preponderancia la conceptualización médica del problema. El consumidor es considerado

57 Cárdenas, 1976

58 Enciclopedia de México, Vol. 3, 1977, pag. 957

59 Gannon, 1981.

un enfermo, lo que provoca algunos cambios en el orden penal, pues el estar habituado a las drogas no constituye por sí mismo delito.⁶⁰

El empleo ocasional, cuando se carece de hábito, es un delito menor siempre que la cantidad que se posea sea apenas suficiente para su propio y particular consumo. El Código Penal actual en su artículo 198 señala: "No es delito la adquisición o posesión de estupef--ciantes o psicotrópicos por parte de quien tenga el hábito, siempre y cuando sea en la cantidad estrictamente necesaria para su consumo."⁶¹ Pero también establece que el toxicómano quedará sujeto a reclusión para rehabilitarse.⁶²

La orientación médica va a estar regulada a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es la que ofrece la conceptualización médico-legal del problema.

Todo este bagaje legal ha sido, sin embargo, insuficiente para detener el incremento del consumo; en nuestro país a partir de la década de los sesentas el consumo ha tenido un aumento notable que se sigue manteniendo hasta el presente, sin dar muestras de declinación.

3. Conceptualización y Características.

3.1 El enfoque Médico-Legal de la Farmacodependencia surge de manera oficial en nuestro país con la fundación, en el año de 1972, del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF).

Tal entidad nace con el propósito de ser un "... núcleo coordinador, promotor, e integrador de las acciones que desarrolla el gobierno

60 Cárdenas, 1976

61 ibid, pag. 56

62 ibid.

mexicano en contra de la Farmacodependencia."⁶³

La conceptualización que esta institución establece es la siguiente:

"La Farmacodependencia es fundamentalmente un problema de salud que repercute en los índices de bienestar de la comunidad, y que desde el punto de vista de la conducta representa el fracaso del individuo en un proceso de integración social, como consecuencia de una socialización inadecuada."⁶⁴

Complementa la conceptualización la siguiente afirmación:

"La Farmacodependencia es una enfermedad comunicable, que puede transmitirse de una persona a otra, pudiendo enfocarse no sólo desde el punto de vista médico, sino desde el punto de vista social y epidemiológico."⁶⁵

CEMEF estableció para su funcionamiento tres niveles de acción: Prevención y Sensibilización comunitarias, Investigación y Capacitación de personal, y Tratamiento y Rehabilitación. La existencia de CEMEF, aunque breve, fue fecunda ya que por primera vez en el país se estableció una forma de investigación sistematizada que permitió tener información veraz sobre el fenómeno.

Tal vez el aspecto más importante en la existencia de CEMEF, fue el desarrollo del Programa Nacional de Estudios Epidemiológicos que permitió contar por primera vez con datos confiables sobre

63 CEMEF, 1976, pag. 21

64 ibid, pag. 7

65 ibid

la extensión del fenómeno en nuestro país, y cuyo objetivo general era medir la magnitud del problema en cuanto a incidencia y prevalencia del consumo de drogas, así como determinar cuáles eran aquellas de más - amplio consumo y quienes las consumían.⁶⁶

La labor de tratamiento y rehabilitación del farmacodepen - diente no es realizada directamente por CEMEF, sino que con apoyos - técnicos de esta institución, surgen los Centros de Integración Juvenil como herramienta de acción en el campo antes mencionado, y es esta - institución, ahora bajo control de la Secretaría de Salubridad y Asisten - cia, quien continúa con esta labor hasta nuestros días.

3.2 Las definiciones operacionales del fenómeno que adoptó - - CEMEF y que aún prevalecen, han sido las desarrolladas por la OMS y son las siguientes:

El término Farmacoddependencia, nombre sugerido por la OMS para sustituir los otros términos con que se denominaba el fenómeno (toxicomanía, adicción, hábito, etc.), surge en el XVI Informe de ésta, y la define como:

"Un estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma contí - nua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación."⁶⁷

66 Bellasso, 1975

67 CEMEF, s.f., pag. 9

Un término de la definición anterior que es necesario aclarar es el de fármaco o droga: la misma OMS lo define como sigue:

"Droga o Fármaco es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones."⁶⁸

También de la primera definición se desprende la idea de dos tipos diferentes de Farmacodependencia, la física y la psicológica. La primera se refiere al hecho de que después de un consumo constante, ciertas drogas tienen la capacidad de producir un acostumbamiento orgánico, que es una forma de adaptación biológica y el organismo necesita después la sustancia para funcionar normalmente. En caso de no recibirla se van a presentar trastornos fisiológicos más o menos intensos, que pueden ir desde dolor de cabeza, sudoración, alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio y llegar en algunos casos, incluso hasta la muerte.⁶⁹ Estos trastornos reciben el nombre de Síndrome de Abstinencia. Los síntomas aparecen con un patrón específico para cada droga, aunque la intensidad puede variar de acuerdo con la dosis, como también debido a las características del usuario. Comúnmente la intensidad del Síndrome de Abstinencia es proporcional a la severidad de la dependencia física.⁷⁰

Las drogas que producen dependencia física, y algunas de las que sólo producen dependencia psicológica, causan otro fenómeno llamado Tolerancia, que consiste en "... la adaptación de un organis-

⁶⁸ *ibid.*

⁶⁹ *ibid.*

⁷⁰ Jenkins y Brody, 1974

mo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud."⁷¹

En cuanto a la Dependencia Psicológica, se le define como "... el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia fisiológica, pero que implica también un grave peligro para el individuo."⁷²

La conceptualización médico-legal exige diferenciar los -- conceptos de uso y de abuso, entendiendo este último como "... el -- consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual."⁷³

Las características del fenómeno de consumo de drogas que producen dependencia son múltiples pues surgen de la interacción de -- las propiedades de la droga usada, de las características del usuario, y su ambiente sociocultural;⁷⁴ la revisión de estos tres aspectos permite percibir la complejidad de este fenómeno multifactorial que, incluso para algunos investigadores, son problemas diferentes y no uno solo.

3.3 El primer aspecto mencionado, las drogas y sus efectos, ha sido estudiado por muchos y muy diversos tipos de investigadores. Los diferentes enfoques empleados han tenido como resultado gran cantidad de clasificaciones.

No es tarea de este trabajo el hacer una revisión de estas, pero sí es necesario hablar de tres clasificaciones diferentes: una legal, una médico-legal y finalmente, otra que se basa en los efectos que

71 ¿Cómo identificar las drogas y sus usuarios?, CEMEF, pag. 10

72 ibid.

73 ibid.

74 Cameron, D.C.

las drogas producen.

La clasificación legal de las drogas determina lo lícito o ilícito de su consumo y tiene una importancia relevante por estas implicaciones sociales.

De acuerdo con Cárdenas,⁷⁵ las drogas desde un punto de vista legal, pueden clasificarse en cinco grupos:

Grupo I (Estupefacientes y Psicotrópicos prohibidos): opio, marihuana, heroína, coca, DET, DMT, etc.

Grupo II (Estupefacientes y Psicotrópicos condicionalmente permitidos a causa de su valor terapéutico, pero que su abuso es un problema grave de salud pública): anfetamina, barbital, codeína, etilmorfina, nembutal, etc.

Grupo III (medicamentos que contienen sustancias con valor terapéutico, pero que son problema de salud pública): bromal, dipiperon, fenobarbital, etc.

Grupo IV (medicamentos con efectos psicotrópicos, de amplios usos terapéuticos y que constituyen un problema menor para la salud pública): aquetil, mandrax, meprobamil, nofem, etc. Y,

Grupo V (sustancias con acción psicotrópica, sin valor terapéutico que se utilizan en la industria): solventes inhalables en general.

La clasificación médico-legal busca establecer una jerarquización de las drogas compaginando, en ocasiones de manera forzada, las características farmacológicas de las sustancias con su situación jurídica

75 Cárdenas, 1976

y algunos conceptos de psiquiatría social.

El Consejo Nacional ofrece una clasificación que comprende tres divisiones, que son:

I Estupefacientes, II Psicotrópicos y III Volátiles inhalables.

Los Estupefacientes se subdividen en a) derivados del opio y b) derivados de la coca. Por su parte, los Psicotrópicos presentan tres subdivisiones: a) psicolépticos integrados por diversas sustancias como hipnóticos, ansiolíticos y neurolépticos; b) psicoanalépticos conformado por psicoestimulantes y antidepressivos, y c) los psicodislépticos como - el LSD 25, psilocibina, mezcalina y tetrahidrocanabinol.

El tercer grupo, los Volátiles inhalables, lo forman los cementos plásticos, los solventes comerciales y gasolinas.⁷⁶

En cuanto a sus efectos, las drogas pueden clasificarse en - Estimulantes y Depresoras, quedando en un grupo especial otras drogas - que pueden provocar ambos efectos.

Dentro del grupo de los Estimulantes se encuentran las Anfetaminas, la Cocaína y los Alucinógenos. El Segundo grupo, los Depresores, contiene a los Hipnóticos Sedantes, Alcohol, Ansiolíticos, Analgésicos Narcóticos y los Inhalantes. Finalmente el grupo especial contiene a los Antihistamínicos, los Anticolinérgicos y los Antiparkinsonianos.

Los efectos de las drogas no dependen sólo de las características particulares de las sustancias, sino que varían de acuerdo con las características del consumidor, así como del ambiente en que son -

76 CEMEF Orcit. s/f

consumidas,⁷⁷ pero existen efectos que se mantienen estables y que son característicos de cada sustancia.

Una exposición de los principales efectos de cada sustancia así como de las características químicas y farmacológicas, se encuentra en el Apéndice I de este trabajo.

Uno de los aspectos que salta a la vista sobre los efectos de las distintas drogas es el hecho que muchas de ellas consideradas como comunes en la sociedad, son sumamente peligrosas y que otras consideradas como muy peligrosas, no lo son.

3.4 La diversidad de las drogas y lo variado de sus efectos, junto con la influencia de los rasgos particulares de cada consumidor y las características del propio ambiente, hacen que el fenómeno de la Farmacodependencia adquiera las más distintas formas y características.

En la medida que el consumidor es considerado un enfermo, queda ubicado este problema como una desviación sociopática, algunos autores, como Kolb (1971), afirman que el farmacodependiente es un enfermo con poco control de sus impulsos, baja tolerancia en la frustración, incapacidad de demora e inmadurez psicosexual,⁷⁸ pero la mayoría de los investigadores piensan que el consumo de drogas, es sólo una parte del cuadro clínico del dependiente y que existen otras características anormales en él.⁷⁹

Muchos investigadores han intentado encontrar un prototipo -

77 Sarason, 1975

78 Kolb, 1971

79 Iturbe, 1975

del usuario, pero el consumo se da en todo el espectro de patología y en muchas personas que podrían considerarse sanas.

En cuanto al mundo cercano del farmacodependiente, la familia parece ser un factor muy importante y aunque no es regla general, se afirma que es común que la familia del farmacodependiente esté desintegrada o mal integrada.⁸⁰

Otros aspectos sociales influyentes dentro del problema estudiado son: escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación, grupos de amigos, etc.

Tanto Sarason, Cameron y Ulman y Krasner, hacen hincapié en que la forma que la sociedad conceptualiza el problema va a determinar muchas actitudes hacia la droga.

A continuación se exponen las principales características de la farmacodependencia en nuestro país, lo que permite ver la interrelación de los factores mencionados en el caso particular de México.

Cárdenas afirma que el 4% de la población mexicana consume medicamentos sin receta médica.⁸¹

Como se vió anteriormente, las drogas que más se consumen en el país son la marihuana y los inhalantes; veintiuno de cada mil han usado esta sustancia o alguna otra como hongos, peyote, heroína o morfina, lo que, de acuerdo con la representatividad de los datos, permite calcular que medio millón de mexicanos mayores de catorce años han consumido estas sustancias. También se sabe que dos de cada mil personas

80 Kalina y Kovadloff, s.f., Hoffman, 1951

81 Cárdenas, 1976

usan sin prescripción médica antipsicóticos y antidepresivos; dos de cada mil anfetaminas y xantinas y once de cada mil analgésicos o marcóti-
cos que contienen codeína.⁸²

El número de personas que han establecido patrones de uso regular es menor pues cinco de cada mil lo hacen, o sea, alrededor de -
ciento treinta mil dependientes en la fecha del estudio.⁸³

El grupo más afectado está entre los 15 y los 24 años de edad, donde un 5% ha consumido drogas en alguna ocasión, y el uno por ciento lo hace de manera regular.⁸⁴

Las anfetaminas y otras drogas permitidas son consumidas - principalmente por mujeres adultas jóvenes, mientras que las drogas ilícitas son primordialmente usadas por adolescentes y jóvenes del sexo - masculino.⁸⁵ En cuanto a nivel socio-económico se encuentra que existe correlación entre este dato y el tipo de droga consumida; las clases bajas ocupan inhalantes, la media marihuana y la clase alta anfetaminas y barbitúricos.⁸⁶

También se ha encontrado que a diferencia de las décadas de los cuarentas y cincuentas, el problema actual es de polifarmacodependencia.⁸⁷ Es un problema eminentemente urbano, aunque se da en poblaciones rurales, sobre todo de tipo indígena, pero con propósitos místicos.

En relación a la escolaridad de los consumidores, el grupo más afectado es el de la preparatoria (1.4%), en segundo lugar están los

82 *ibid.*

84 Cárdenas, 1976

86 Belssasso, 1975

83 *ibid.*

85 Salinas, 1975

87 *ibid.*

que tienen primaria incompleta (0.9%) y después los de secundaria incompleta (0.6%).⁸⁸

La marihuana y los inhalantes han sido estudiados e investigados por CEMEF en un estudio epidemiológico que abarca toda la República Mexicana, e incluye sólo a personas mayores de catorce años; el objetivo principal fue dar una descripción cuantitativa de la farmacodependencia en el país y hacer una predicción de la evolución de la población usuaria hasta el año de 1980.⁸⁹

La evolución del consumo se puede apreciar cuando se observa que en 1970 en México consumían marihuana tres de cada mil personas con una tasa de crecimiento de 40% anual, por lo que corresponde al año de 1980 la existencia de noventa consumidores por cada mil individuos. El estudio divide el país en doce regiones y destacan como zonas de mayor consumo para 1980 en primer lugar, la zona de Morelos y Guerrero con una proporción de 185 por cada mil habitantes, en esta región se encuentran ciudades turísticas de importancia como Cuernavaca (80 de cada mil) y Acapulco (240 de cada mil); en segundo lugar el D.F. y área metropolitana donde 128 de cada mil han consumido, y donde se encuentra como punto de mayor consumo Ciudad Nezahualcoyotl (273 de cada mil), entidad que está integrada principalmente por emigrantes de bajo nivel socioeconómico. La tercera zona en importancia es el noroeste del país, que incluye la Península de Baja California y los estados de Sonora y Sinaloa, con una proporción de

⁸⁸ Cárdenas, 1976

⁸⁹ Salinas, 1976

93 por cada mil. En esta región existe un amplio tráfico y producción de drogas, donde destaca Nogales por su alto consumo (356 por cada mil).⁹⁰

Los disolventes volátiles tienen un consumo menor que la marihuana, pero presentan, sin embargo, un índice de crecimiento mayor (45% anual). Estas drogas son usadas principalmente por personas de nivel socioeconómico bajo, y es común el consumo en edades muy tempranas como los seis o siete años, por lo que un número alto de usuarios no se consideraron en este estudio que tiene como límite inferior la edad de catorce años.⁹¹

Mientras que en el año de 1970 sólo ocho personas de cada 10 mil la habían experimentado, las predicciones para el año de 1980 fueron de 39 por cada mil. La región de mayor consumo también es la de Guerrero y la de Morelos (82 de cada mil), ubicándose en segundo sitio la zona de Michoacán y Guanajuato, estados con fuerte industria zapatera, donde por necesidad se encuentran muchas sustancias inhalables. El tercer puesto lo ocupa el D.F. (49 de cada mil) destacando nuevamente con particular fuerza Ciudad Nezahualcoyotl, donde 286 de cada mil personas la han experimentado.⁹²

3.5 Como respuesta al complejo fenómeno de la farmacodependencia han surgido diversas formas de tratamiento. Las principales han sido las siguientes: a) hospitalización, que se usa principalmente en los casos de dependencia física y que varía desde la desintoxicación-

90 Salinas, 1976

91 ibid.

92 ibid.

hasta tratamientos psicoterapéuticos tradicionales. Es una forma de tratamiento cara y poco efectiva, pues presenta altos índices de reincidencia.⁹³

b) Otra forma de tratamiento es el llamado "Centro de Día" en el cual el farmacodependiente se encuentra internado a lo largo del día y sale a dormir regresando al otro día. Este tratamiento requiere de una programación muy amplia, así como de numeroso personal para realizar las actividades programadas. Es común que se utilice en estos programas personal voluntario como una forma de disminuir costos, y que actúa como apoyo del personal técnico.

c) Clínicas de Consulta Externa. Son lugares en los cuales los farmacodependientes pueden recibir diferentes formas de tratamiento, de acuerdo con sus propias necesidades; comúnmente incluyen psicoterapia individual y/o de grupo, orientación vocacional, asesoría familiar, etc.⁹⁴

d) La terapia familiar ha sido ampliamente investigada y usada con los farmacodependientes.⁹⁵

El tratar al farmacodependiente en un contexto más amplio, de familia, con su importancia como grupo primario, y tratar de lograr una solución que facilite la reubicación del usuario en su ambiente inmediato con la participación activa de los integrantes, son las bases sobre las que descansa este enfoque.

e) La terapia conductual también se ha utilizado con am -

93 National Clearinghouse, 1975

94 National Clearinghouse, 1975

95 Hirsch e Inhof, 1975, Huberty, 1975, Klimenko, 1968; Wellisch, 1973

plitud en el tratamiento del fenómeno, diversas técnicas como desensibilización sistemática, contracondicionamiento, reforzamiento positivo, economía de fichas, etc.

Fuera del país otras formas de tratamiento se han llevado a cabo como las Comunidades Terapéuticas, que son programas de tratamiento que se desarrollan en una residencia comunal, donde se trata de trabajar con las causas psicológicas que provocan la dependencia, tratando de modificar la personalidad de los sujetos.⁹⁶

Una idea básica de la comunidad terapéutica es la de lograr un grupo conviviendo y trabajando juntos para su mutuo beneficio. Es común que estas comunidades no trabajen con personal profesional sino con exadictos que toman el papel de consejeros, pero se utilizan dos técnicas principalmente; Terapia de Confrontación o Grupos de Encuentro, similar a los utilizados en Alcohólicos Anónimos, y en segundo lugar una Organización Jerárquica muy estricta por la que el paciente debe ir progresando.⁹⁷

Otra forma de tratamiento que ha sido muy usada en otros países para el caso particular de los opiáceos, es el tratamiento con metadona, sustituyendo el consumo de drogas heroicas por este narcótico sintético que, por usarse mediante vía oral y tener duración más prolongada, así como por el hecho de ser medicamento controlado, el paciente puede evitar las complicaciones ilegales de las otras drogas y llevar una vida social más normal. La principal crítica que

⁹⁶ National Clearinghouse, 1975

⁹⁷ *ibid.*

se le hace a este sistema de tratamiento es que sólo es una sustitución de una droga por otra.

Muchas otras formas de tratamiento se han intentado, pero en general todos estos programas han tenido dificultades en su desarrollo por los altos índices de deserción, así como por el alto nivel de reincidencia en el consumo de drogas.

CAPITULO III

HACIA UN ENFOQUE PSICO-SOCIAL DE LA FARMACODEPENDENCIA

1. Crítica a la Conceptualización Médico-Legal.

Muchos son los esfuerzos que se han hecho por controlar el consumo de drogas, pero en general los programas implementados han tenido dificultades en su desarrollo. Tanto a nivel internacional, como nacional, los planes que buscan atacar, ya sea la producción y distribución de drogas (oferta), como los que buscan controlar el consumo (demanda), no han obtenido resultados significativos.

En cuanto a la demanda, los programas de salud pública han presentado elevado índice de deserción en la gran diversidad de formas de tratamiento usadas, así como un alto nivel de reincidencia en el consumo, y "la desproporción entre el esfuerzo realizado y los resultados que se obtienen, sugiere que es necesario seguir profundizando en el conocimiento de la farmacodependencia, para buscar métodos de aproximación y ayuda más efectivos."⁹⁸

Una virtud innegable del enfoque médico-legal es, sin duda, que propició una gran cantidad de investigaciones, gracias a las cuales se pueden buscar en la actualidad respuesta a las confusiones y contradicciones existentes y así, replantear el fenómeno a la luz de nuevos datos y buscar explicación y respuesta a las dudas que el enfoque mencionado no ha podido ofrecer.

98 Chávez et al., 1977, pag. 13

1.1 Confusión terminológica

Uno de los problemas que limitan la comprensión del fenómeno es, sin duda, la confusión terminológica y conceptual que existe en el enfoque médico-legal.

Un claro ejemplo es la pluralidad de términos con que son denominadas las sustancias a que hace referencia este fenómeno. Reciben nombres tan diversos como enervantes, estupefacientes, drogas, fármacos, etc.; esta multiplicidad nominal, aunque es utilizada como si fuese sinónima, tiene diferentes sentidos en función del enfoque utilizado; v.g., enervantes y estupefacientes tienen una orientación legal, mientras que los términos droga y fármaco tienen implicaciones médicas.

Algo similar ocurre con el consumidor, pues recibe denominaciones de adicto, toxicómano, drogadicto, farmacodependiente, etc. El primer término, adicto, originalmente indicaba la existencia de un vínculo legal por el cual una persona debía obedecer a otra. Tal situación de esclavitud, dice Cárdenas, "lleva a algunos autores del siglo XVI a advertir que muy a menudo se daba una relación similar entre una persona y el alcohol y otros hábitos dañinos."⁹⁹ Como consecuencia, dice esta autora: "Al empezar a adquirir el consumo de drogas los caracteres de un problema social nació, como lógica consecuencia, el concepto de drogadicción, con el deseaba expresarse la esclavizante relación que crean sobre todo los opiáceos."¹⁰⁰

Este término presenta otras deficiencias, pues los estudios

⁹⁹ Cárdenas, Op. Cit., pag. 4

¹⁰⁰ ibid pag. 5

sobre drogas muestran que no todas producen adicción, por lo que surge entonces la idea de habituación, para referirse a aquellas sustancias que no producen adicción; y ambos términos posteriormente evolucionan a dependencia física y psicológica, términos que integran la definición de farmacodependencia propuesta por la OMS, que tiene ya un definido enfoque médico.

La definición de farmacodependencia también presenta deficiencias, como el hecho de que el único aspecto indispensable, es la presencia de la dependencia psicológica, pues la física sólo se presenta en el caso de algunas drogas, y aun en éstas, no necesariamente surge. Pero, además, la dependencia psicológica se ha tomado como algo exclusivo del consumo de drogas, lo cual no es real, pues existen un sinnúmero de situaciones en la vida en las que también se desarrollan fuertes dependencias psicológicas, v.g., comer en exceso, a los padres, al dinero, a la T.V., etc. ¹⁰¹

El término de fármaco o droga también presenta problemas -- pues el concepto que proporciona la OMS tiene un sentido tan extenso que puede incluir a una enorme cantidad de sustancias que van desde especias de cocina como la pimienta o canela, a las aspirinas, la sacarina, y, por supuesto, el tabaco, el alcohol, la marihuana y opio.

Las dificultades causadas por esta amplitud han provocado la búsqueda de otras formas de clasificación, como las tomadas para los aspectos legales del problema, donde se ha optado por enlistar a

101 Laurie, 1976.

aquellas que se consideran drogas peligrosas; esto, sin embargo, no ha sido la solución esperada, pues al hacerlo no se ha tomado en cuenta las investigaciones farmacológicas de estas sustancias y se han encasillado juntas a drogas de efectos disímiles y, por lo tanto, de distinta peligrosidad; v.g., la marihuana y la heroína. Por el contrario, también se han considerado drogas de efectos muy similares de manera diferente; v.g., los hipnóticos sedantes y el alcohol, lo que hace patente la necesidad de reconceptualizar las drogas de acuerdo con su potencialidad real, y reubicar aquellas que son poco dañinas (sean socialmente aceptadas o no) y quitarles el halo de criminógenas y peligrosas.

1.2 Enfermedad o Síntoma.

La farmacodependencia es conceptualizada como una enfermedad que puede ser transmitida, es decir, que se puede "contagiar", pero los teóricos de este fenómeno no se han puesto de acuerdo en el momento en que se inicia esta enfermedad, en cuándo un consumidor se transforma en un enfermo.

Para muchas personas consumo de drogas y farmacodependencia son sinónimos, este mito (no desmentido por muchos investigadores) representa fundamentalmente la actitud temerosa y represiva de la sociedad hacia el consumidor, pues en el caso de las drogas socialmente permitidas se utilizan criterios diferentes; v.g., no se ubica a una persona como alcohólica porque tome una simple copa, sino sólo cuando pierde el control de sí mismo y tiene un consumo

más o menos regular; una "borrachera" eventual por sí sola, o el consumo habitual pero moderado, no llevan a considerar a la persona como enfermo.

Con el tabaco la diferencia es mucho mayor, pues aunque esta droga produce dependencia física, a la gente no se le ve como enfermo, si acaso se le advierte sobre las enfermedades que el "tabaquismo" le puede producir. Así, la enfermedad de la Farmacodependencia parece limitarse a aquellas drogas ubicadas como ilícitas y el consumo transforma al sujeto en enfermo.

Esta conclusión, de acuerdo con los hechos, resulta exagerada y existen discrepancias en la actualidad con este criterio.

Algunos aceptan que el consumo general no es patológico y no lo denominan farmacodependencia, aunque lo incluyen dentro del problema general.¹⁰² En tal caso se encuentran los CIJ de México, que clasifican a los consumidores en cuatro categorías:

- I Experimental: es aquel consumo esporádico con la finalidad de satisfacer la curiosidad.
- II Social: es el consumidor periódico, que lo hace en unión de otros individuos, similar al consumo social del alcohol; se usa el fármaco para satisfacer necesidades de pertenencia a un grupo, establecer relaciones, etc., es un consumo de tipo recreativo.
- III Farmacodependencia Funcional; es el consumo de uno o varios fármacos en forma continua y que son usados para realizar sus actividades normales.

IV **Farmacodependencia Disfuncional:** la de aquellos individuos que han dejado de funcionar adecuadamente en sociedad y cuya actividad principal queda reducida a conseguir y consumir drogas.

El consumidor experimentador llega a las drogas por curiosidad y es influido por presiones sociales, por información contradictoria y encuentra, además, una amplia variedad de sustancias y una sociedad de consumo que le facilitan el intento de una nueva experiencia. Este tipo de consumo, que es muy extenso, no es patológico, pues es normal el surgimiento de interés por experimentar lo desconocido, y como dice Laurie, es ilusorio esperar que no se dé "y más ilusorio considerar que esto es enfermizo".¹⁰³ El sentir inquietud por conocer lo desconocido es parte de la esencia humana, la necesidad de investigar y conocer el mundo.

El consumidor social, a diferencia del primero, ya no investiga los efectos, sino que los conoce y los busca con propósitos recreativos, para convivir en grupo la experiencia. Este grupo no presenta dependencia física ni psicológica.

El tercer grupo, ya catalogado como Farmacodependiente, comprende sujetos para los que las drogas son parte cotidiana de su existencia, pero su actividad social se sigue manteniendo y cumplen con sus diversos roles sin caer en otras conductas delictivas o antisociales.

El último grupo, los disfuncionales, es el que representa un problema social, pues además de perder su actividad social, el sujeto comúnmente realiza actos antisociales.

103 Laurie, 1970. Pag. 203

Aunque sólo los dos últimos grupos son farmacodependientes, los dos primeros van a aportar a los sujetos que van a ir evolucionando dentro de la farmacodependencia, aunque como muestran las estadísticas, sólo un pequeño porcentaje de los que prueban las drogas establecen un patrón estable de consumo. ¹⁰⁴

Una primera afirmación consiste en que no todo consumidor es un enfermo, pero, además, cada vez es mayor el número de investigadores que ponen en duda a la Farmacodependencia como enfermedad, autores como Allain (1977), Cameron (1971), Ullman y Krasner (1972), Laurie (1977), De la Garza, Mendiola y Rábago (1976), Segura Millán (1977), y otros más, ven a la farmacodependencia más como síntoma que como enfermedad, tal vez por esto es que no se ha podido establecer un perfil de esta enfermedad.

Es cierto que existen drogas que son sumamente peligrosas y que tienen la potencialidad de crear trastornos graves en el individuo, una sobredosis de algunas drogas puede ser fatal, pero el consumo común y los efectos que producen han sido vistos con alarma exagerada.

Las revisiones sobre investigaciones, como las de Grinspoon acerca de la marihuana, y de Laurie sobre las drogas en general, "muestran casi sin excepción, que las personas incapaces de vivir sin drogas -ya sean o no productoras de toxicomanía- deben esta situación, ante todo, a su personalidad y no a las drogas. La situación de dependencia es un síntoma, no una enfermedad." ¹⁰⁵

Pero, además para otros investigadores (Allain, De la Garza, Mendiola, Rábago y Clarac, etc.), la farmacodependencia no sólo es síntoma de personalidad patológica, sino de una compleja problemática social, económica y política.¹⁰⁶

1.3 Uso y Abuso de Drogas.

Muchos de los problemas conceptuales sobre drogas surgen por la necesidad de hacer concorder, a menudo de manera forzada, dos enfoques distintos, el médico y el legal; el problema de salud y el problema legal que se dan en la oferta y la demanda de las drogas se complica porque estas sustancias tienen un obvio valor terapéutico que no puede eliminarse para evitar el consumo de drogas, pero que ha hecho que se produzcan medidas de control que limitan el uso a situaciones terapéuticas dando origen a los conceptos de uso y de abuso. Desde el más clásico punto de vista médico-legal se dice que:

"Se usa una droga cuando ésta es introducida a un organismo vivo mediante prescripción médica. Y se abusa de una droga cuando se emplea en forma incompatible con la práctica médica habitual, sin prescripción médica o destinándola a fines no terapéuticos." 107

En este sentido, el individuo que se automedica un calmante para dormir, el ama de casa que toma anfetaminas para bajar de peso, el estudiante que las consume para estudiar toda la noche para un examen, son farmacodependientes al igual que el que fuma marihuana en una fiesta, o el inhalador de seis años.

La manera en que se ha buscado impedir el abuso de las drogas ha sido principalmente con medidas restrictivas y punitivas. Si --

106 De la Garza et al, 1976

107 Cárdenas, 1977, pag. 120

bien es cierto que el consumo no se considera delito, y que la posesión de drogas en cantidades suficientes para el uso personal tampoco lo es, al menos teóricamente, cualquiera de estos dos aspectos son considerados índices de peligrosidad, por lo que al sujeto sorprendido se le detiene y, en el mejor de casos se le puede canalizar a una institución que intente su rehabilitación, procedimiento inefectivo, porque no se cuenta, como observa Cárdenas, con un método "eficaz para impedir que los farmacodependientes reincidan en sus hábitos."¹⁰⁸ La inexistencia de dicho método causa que al mandar al consumidor a un centro de tratamiento, no se solucione el problema, sino que solamente se posponga, se oculte, o, incluso, se agrave.

Una consideración resultante es la necesidad de delimitar más claramente el uso problemático del no problemático, de manera que este último no alcance los niveles de rechazo y riesgo que el otro.

Investigadores como Orcutt (1975, 1976) que se han dedicado a experimentar sobre el uso recreativo de drogas como el alcohol y la marihuana, han encontrado que la actitud social hacia la droga es más importante en la vivencia del fenómeno, que inclusive los mismos efectos de la sustancia. Si la actitud social es de rechazo, y/o punitiva, el consumidor al ser descubierto puede caer en una situación tal, que lejos de solucionar o facilitar la solución del problema, éste se complique.¹⁰⁹

Es necesaria la reconsideración legal del problema pues las autoridades, con sus medidas represivas, no han sido capaces de fre-

108 Cárdenas, Op. cit., Doc. Cit. 109 Orcutt 1976.

nario y sólo han llevado a una disminución de la investigación.¹¹⁰

Los términos de uso y abuso corresponden no a una consideración científica sino, como afirma Szasz, a una consideración moral, por lo que queda dentro del campo de la Ética. Señala que al adicto se le atribuye falta de autocontrol en cuanto a tomar o no una droga, lo cual es dudoso y "al calificar un acto como adicción, según resulte o no perjudicial para la sociedad, propone una definición moral de una condición aparentemente médica."¹¹¹ En cuanto al término abuso de drogas, ubica esta conducta dentro de la Ética, "pues ético es lo que trata de los usos justos y erróneos de los poderes y posesiones del hombre."¹¹² Al quedar incluido el fenómeno dentro de la ética social, es permitido establecer restricciones y represiones justificadas mediante apelaciones a la salud; conductas que son legitimadas mediante dos formas diferentes: la tradición y la ciencia. El uso de drogas ha recibido un rechazo a lo largo del siglo, tradición que ha sido respaldada por la medicina que ha monopolizado el uso de las drogas al catalogarse como la única agrupación capacitada para su utilización.

Existe, concluye Szasz, una marcada ambivalencia ante las drogas, pues con el pretexto de que esclavizan al hombre, se procede a disminuir sus derechos y no a aumentar sus responsabilidades, haciendo a un lado la autonomía y la responsabilidad personal, dando por sentado que el individuo es incapaz de actuar activamente en el problema. Por lo común esta conducta se justifica aduciendo que este

¹¹⁰ De Bold y Levy, 1970, pag. 94

¹¹¹ Szasz, 1972, pag. 92

¹¹² *ibid.*

problema se enfrenta así porque es un problema juvenil, y los jóvenes no están aún capacitados para actuar con independencia y responsabilidad.

1.4 Juventud y Consumo.

Existe una idea estereotipada que asocia drogadicción y juventud; este binomio se ha ido enraizando en el pensamiento común y no es raro que se clasifique a un joven de drogadicto o "marihuano" - simplemente por su manera de vestir, de hablar o de comportarse.

El estereotipo se finca en el hecho de que las drogas, especialmente las ilícitas, se empiezan a consumir en la adolescencia.

Esta etapa, comúnmente considerada problemática o crítica, produce en los padres respuestas de temor y/o agresividad a la rebeldía mostrada por sus vástagos, lo que complica este período que es - ciertamente fundamental para la formación de la personalidad.

Tal rebeldía, sana y necesaria, es un indicio de la búsqueda de la propia identidad como necesidad urgente de unificar y dar dirección coherente a la existencia del adolescente,¹¹³ pero uno de los - principales obstáculos para encontrar su identidad, es la confusión - de roles que se presenta en esta época, confusión particularmente - fuerte en la sociedad urbana, pues el joven ya no es considerado niño, pero tampoco adulto y surge una confusión entre lo que la persona es y lo que se espera de ella.¹¹⁴

En la sociedad urbana, además, se demora significativamente la duración de la adolescencia, alcanzando una extensión de diez -

113 Erickson, 1972

114 Gómez, 1976

años o más, cosa que no sucede en el medio rural, donde el sujeto toma su rol adulto más rápidamente.¹¹⁵

Al paso por esta etapa difícil se agrega a menudo la acusación de los adultos sobre la inestabilidad del joven, junto con el reproche correspondiente, actitud tan absurda como culpar al niño de diez meses por su torpeza para caminar.

Esta etapa se puede definir como de cambio, y en ella "el individuo está abierto a la búsqueda y experimentación de nuevos caminos, incluyendo aquellos con implicaciones de riesgo o desaprobación social."¹¹⁶

Además, el adolescente cuenta con un fuerte espíritu gregario, por lo que tiende a buscar la compañía de otros como él con quienes establece lazos emotivos muy fuertes y con quienes busca una explicación vivencial coherente sobre el mundo en que se desarrolla. Tales grupos ofrecen seguridad, aprecio y aceptación a sus miembros, pero, además, establecen una serie de normas que el individuo sigue para confirmar su pertenencia al grupo y éstas no necesariamente se adaptan a los valores socialmente aceptados, e incluso se pueden oponer a ellos.

En la medida que el joven encuentra discrepancia entre los valores que ha escuchado a lo largo de su vida y la conducta real del grupo social en que vive, busca nuevos caminos y rechaza ser "rentable", contradice las normas, ya sea con su vestimenta, con su desinterés, con una rebeldía más acentuada, o con otras prácticas que escandalizan a sus mayores.

115 Zermeno et al 1976

116 Chávez et al, 1977, pags. 13-14

Estas contradicciones tan palpables en nuestra sociedad, - donde adquiere una importancia fundamental la búsqueda de una mejor posición social y se favorece la competencia, al mismo tiempo que se estimula la inseguridad en una gran cantidad de sus miembros, en especial de aquellos que se están formando y que, por su personalidad aún endeble, no se pueden enfrentar al medio de manera adecuada, facilitando el surgimiento de desviaciones sociales, entre ellas la farmacodependencia. ¹¹⁷

El rechazo a aceptar las normas impuestas, pero comúnmente no respetadas, lleva al joven a un enfrentamiento con los mayores, y éstos, lejos de buscar una mayor comprensión, toman actitudes de rechazo o francamente represivas.

Kalina y Kovadloff al mencionar este problema, dicen que - una forma de justificación lógica de esta actitud represiva es el abuso de la yuxtaposición de los términos jóvenes y drogas, la que, además, le da un sentido restrictivo quedando libre de consideración de drogadicto el adulto, aunque sea él el principal farmacodependiente. ¹¹⁸

El adulto que es un "ejemplo" constante de consumo de drogas (tabaco, alcohol, y todo tipo de calmantes y excitantes) no acepta su consumo como farmacodependencia, pues, por un lado no utiliza drogas ilícitas y, por otro, justifica su propio consumo como uso y no abuso, porque lo hace por "indicación médica", o por simple inconciencia, lo que oculta otra modalidad de este fenómeno, la Farmacodependencia Iatrogénica.

Es un hecho que la sociedad contemporánea es una sociedad de consumo y, en ella, el consumo de drogas es amplio y difundido, pero son los jóvenes el chivo expiatorio de este fenómeno, -- pues aunque sólo son parte del problema, se carga sobre sus espaldas la totalidad del mismo.

1.5 Información y Drogas.

La manera en que se brinda la información sobre este fenómeno, inexacta, confusa y, comúnmente tendenciosa, crea respuestas de temor en la comunidad, o de mistificación del problema. Hay una gran carencia de información y conocimiento factual ante las drogas, aun entre aquellos que las usan, con muchos mitos y falsedades que se aceptan como ciertos.¹¹⁹ La manera sensacionalista de manejar la información ha llevado, según diversos autores (Cameron, -- Bellasso, Castro, etc.), al incremento del consumo, por lo que -- existe la tendencia (recomendada por OMS) de que la comunicación acerca de las drogas sea programada como no información, lo que tiene como riesgo que por el desconocimiento de la peligrosidad real de las drogas, surjan accidentes, pues todas son metidas en el mismo ¹²⁰ costal. Pero el asunto de mayor relevancia estriba en que los medios de comunicación masiva son promotores de dobles mensajes, -- por un lado se ataca con virulencia a las drogas, especialmente las ilícitas, pero "... en lo que atañe a las drogas sobre las que no recae ninguna censura legal, la promoción periodística es, como se sabe, brutalmente abierta."¹²¹

119 Jenkins y Brody, 1974. 120 Allain Op.Cit.
121 Kalina y Kovadloff, Op.Cit. pag. 46

La promoción de la farmacodependencia, es sólo una parte más de todas las dependencias que la publicidad crea por los intereses económicos existentes en las sociedades de consumo. Los medios de comunicación, basados en el consumismo, llevan al deterioro de valores culturales y, como consecuencia, la posibilidad real de que los medios de comunicación masiva fortalezcan las normas sociales, desaparece con la función narcotizante que desarrollan.¹²²

1.6 Drogas y Grupos Sociales: El Caso de los Inhalantes.

No cabe duda de que el consumo de drogas se ha extendido a los más diversos grupos sociales, pero esto no significa que todas las drogas son consumidas en todos los grupos; algunas, como la marihuana, el alcohol y el tabaco, sí se consumen en todos los niveles, pero otras son de uso más restringido, si no en número, sí en cuanto que afectan con particular fuerza a cierto grupo social. Tal es el caso de los inhalantes, usados casi exclusivamente en grupos de muy bajo nivel socioeconómico.

En México se han realizado varios estudios importantes sobre estos usuarios (Torres, Schnaas, Salinas, Clarac, Ferrara, Bassasso, De la Garza, et. al., Zemeño, etc.) segundos por su importancia en extensión y rápido crecimiento.

Estos estudios muestran las características de este tipo de consumo. Los usuarios presentan como rasgo particular un promedio de edad menor que el resto de los consumidores, pues no es extraño encontrar casos de niños de ocho o nueve años; también resulta --

notoria la preponderancia del consumo masculino. 124

Los rasgos individuales de los inhaladores, en que coinciden los investigadores citados son: sujetos que presentan pasividad, apatía, incapacidad de relacionarse de manera estable, rechazo a las figuras de autoridad, así como otras conductas consideradas como tendencias sociopáticas.

Vistos en forma aislada estos datos parecen confirmar al fenómeno como un problema de patología individual, pero al observar el ambiente en que se desarrollan, surge evidencia de otros factores determinantes como las características socioculturales de los sujetos.

Proviene de familias con alto índice de desintegración, el número de miembros es elevado, además es común que sean familias de emigrantes del campo que al llegar a la ciudad sufren un fuerte choque cultural. Tales familias son agentes socializadores inestables, no sólo poco eficaces para facilitar la integración de sus miembros a la sociedad, sino que tampoco satisfacen las necesidades básicas físicas (sustento, casa, protección, etc.) y psicológicas (afecto, seguridad, etc.) de sus miembros. Las presiones económicas que sufren estos grupos marginados, llevan a sus miembros a luchar por su supervivencia inmediata, dejando otras actividades, como la escuela, para trabajar en edades tempranas, lo que trae a su vez como consecuencia, su incapacitación para lograr una actividad económica estable por falta de preparación académica; es

pues común que en estos grupos existan altos índices de desempleo y sub-empleo.

Estas características muestran la necesidad de superar la visión del problema como individual, y de acuerdo con los hechos, - plantearlo en un contexto social; es cierto que existe patología individual, pero se puede afirmar que ésta va a estar determinada de manera preponderante por el medio social que no permite un desarrollo adecuado, pues existen grandes fallas de socialización por lo hostil del medio en que se desarrollan.

1.7 Uso de Drogas con Propósitos Místicos.

"Los Huicholes son grandes peregrinos. Todos los años emprenden viajes a las costas de Nayarit habitada por Aramara, la Diosa del Mar, a Teacata, las cavernas situadas en el corazón de la sierra donde nació Tataverf, el Abuelo Fuego, a la mesa del Nayar en que se venera a Sakaimuta, deidad de los Coras, a Rapavillemetá, un lugar misterioso del lago de Chapala, donde crece Rapa, el Arbol que Llueve, también llamado Dios de Papel, y a Catorce, el remoto desierto de San Luis Potosí en el que se da el peyote y en el que tiene su morada Tamatz Kallaumari, el Bisabuelo Cola de Venado".

(Fernando Benítez)

Aunque se sostiene que el consumo de drogas es un problema eminentemente urbano, esto no significa que tal consumo no existe en el medio rural; es de hecho en este medio donde ha existido y se ha mantenido por muchas generaciones. El epígrafe que inicia este tema es una muestra de cómo las drogas, no sólo tienen amplia aceptación, sino que forman parte integrante y fundamental de diferentes culturas.

En el caso de los Huicholes, el peyote tiene implicaciones

tales, que la limitación de su uso podría provocar la desaparición de esta cultura varias veces centenaria. El peyote forma en esta etnia una parte fundamental no sólo de la vida común, sino de su vida mística y de su filosofía, y el consumidor requiere una preparación especial de acuerdo con los poderes divinos de las plantas.

Además de los Huicholes, otros grupos indígenas utilizan el peyote con fines religiosos, como los Tarahumaras, los Otomís y los Yaquis.¹²⁵ Esta droga no se limita a nuestro territorio, pues en los Estados Unidos existe una organización religiosa que ha luchado y alcanzado la aceptación legal del consumo del peyote dentro de su culto; The Native American Church ha logrado establecer una comunidad firme que ha influido a sus miembros para lograr una mejor convivencia y eliminar algunos problemas sociales como alcoholismo y agresividad, según informes de investigadores como De Ropp (1982) y Allain (1979).

Aunque existen distintas formas de rechazo a este tipo de consumo, la legislación mexicana ha reconocido este tipo de consumo como no patológico al establecer reservas a las sanciones aceptadas internacionalmente en el caso particular de algunos grupos indígenas.

El rechazo a este tipo de consumo se da en parte por la existencia de prejuicios de tipo etnocéntrico, pues por la incompreensión de estas culturas y al considerarlas a la luz de los valores de la cultura occidental, se emiten juicios equivocados, por miopía, sobre formas de vida diferentes a la nuestra.

¹²⁵ De Ropp, 1982.

Una experiencia interesante que pretende superar este obstáculo son las investigaciones antropológicas de Carlos Castaneda,¹²⁶ aprendiz de brujo, quien estudia el peyote, el toloache y otras drogas, así como su uso ritual en sus obras y donde muestra lo intrincado y posiblemente incomprendible para la mente occidental, del pensamiento chamánico indígena.

Otras drogas que son usadas con propósitos místicos en nuestro país son: los hongos alucinantes, utilizados principalmente, pero no en forma exclusiva, en Oaxaca.¹²⁷ El ololiuhqui, que corresponde a dos tipos de Convolvuláceas (*Rivea Corymbosa* e *Ipomea Violeaceae*) se usa extensamente en el país y en Oaxaca su uso ritual es amplio.¹²⁸ El Ska Pastora de los Mazatecos (*Salvia Divinorum*) es un psicodisléptico de acción sutil que se ingiere ritualmente como adivinatorio.¹²⁹ El Yauhtli de los Nahuas (*Tagetes Lucida*) se fuma mezclada con tabaco para lograr estados alucinatorios de tipo místico.¹³⁰ El camotillo, fase esclerosada de *Psilocibe*, es otro alucinógeno ritual de los mazatecos,¹³¹ y el Toloache (*Datura Innoxia*) tiene un amplio uso mágico y ritual.¹³²

Fuera de nuestro país no es menos común este tipo de consumo: el Ayahuasco, enredadera del Amazonas (*Banisteriopsis Caapi*) con un extenso consumo entre los indios peruanos, el Yape (*Aerodictyon amazónico*), el epena o Yopo, que se obtiene de la corteza del *Virola calophylla*, son otras de las sustancias usadas por grupos autóctonos sudamericanos.¹³³

126 Castaneda, 1978

127 Benítez, 1972

128 Bailin, 1975

129 Díaz, 1975

130 *Ibid*131 *Ibid*

132 Castaneda, 1974

133 De Ropp, 1982

Otras plantas son el amanita muscaria, usado en el Noreste de Asia, las hojas de Coca en la zona Andina, e incluso la marihuana que es usada con propósitos místicos y rituales en Jamaica.

El consumo en estos grupos difícilmente puede ser catalogado como farmacodependencia, tampoco lleva los estigmas sociales que surgen en las sociedades urbanas, por el contrario, tiene importancia cultural y no encontramos ninguna de las anomalías que le acreditan en las sociedades desarrolladas. Surge entonces la pregunta: ¿a qué se debe que una misma droga produzca resultados tan distintos en estos dos ambientes, el urbano y el rural?

Dobkin concluye que:

"La experiencia alucinatoria producida tanto por vegetales psicoactivos como por sustancias químicas está determinado no sólo por los cambios consecutivos a la ingestión sino por variables antecedentes. Estas variables se pueden clasificar en biológicas, psicológicas, sociales y culturales. La interacción de estas variables antecedentes con las consecuentes a la ingestión de un alucinógeno, será determinante de la experiencia." 134

Las variables antecedentes son, por ejemplo: la preparación para el consumo, lo que el consumidor espera de las drogas, la manera en que el grupo social percibe el consumo, etc. Estas variables han sido poco estudiadas en las sociedades urbanas, pues todo el interés se ha puesto en las variables consecutivas; Orcutt ha establecido una teoría donde afirma que los efectos de determinada droga están en función de las expectativas y definiciones sociales de tal droga y no de sus propiedades farmacológicas;¹³⁵ para probar su teoría llevó a cabo un estudio

134 Dobkin, 1975, pag. 31

135 Orcutt, 1975

comparativo entre el uso recreativo de la marihuana y del alcohol confirmando que los efectos de las drogas van a variar en función del contenido normativo (valoración de la droga por el grupo social), de la claridad normativa (más o menos clara) y del contexto ambiental. Encontró una constante entre la orientación de los efectos y el contenido normativo; cuando la orientación es social, los efectos tenderán hacia lo externo, y cuando es individual, los efectos serán internamente orientados; halló, además, que cuando es más clara la normatividad, los consumidores participan de manera más homogénea de los efectos y a menor claridad normativa aumenta la influencia del contexto ambiental y de las características del individuo. ¹³⁶

Las diferencias de los efectos en los dos ambientes mencionados, el rural y el urbano, parece deberse a este contenido normativo, más aceptado y claro en el medio rural y más represivo en el urbano.

1.8 Heterogeneidad del Fenómeno.

La complejidad del fenómeno resulta evidente. Es cierto que el consumo de drogas puede desencadenar comportamientos patológicos en algunos consumidores, pero también lo es que muchas de las formas de consumo no representan un problema de salud ni social en sí mismas, sino solamente en la medida que el sujeto recibe actitudes de represión o rechazo social; también es verdad que algunas drogas son sumamente peligrosas y pueden provocar daños severos, incluso la muerte, aunque también existen otras cuya peligrosidad es menor a la de muchas sustancias distribuidas ampliamente en la sociedad contemporánea, pero

cuya carga emotiva y mitológica es más destructiva que los efectos.

El fenómeno de las drogas incluye demasiadas variables, a veces tan distintas, que hacen imposible encontrar un común denominador del problema, v.g., una señora de clase media alta que consume anfetaminas para no subir de peso y, además, tener energía para sus actividades; un joven preparatoriano que se da "un toque de mota" para oír música con sus amigos, y un niño de ocho años que inhala cemento para olvidarse de su hambre y de sus problemas, pueden no tener nada en común, más que el hecho de consumir una sustancia denominada droga, que además es muy diferente en cada caso.

El consumo de drogas con sus causas individuales, familiares y sociales, necesita la jerarquización de la importancia de dichas causas y no actuar exclusivamente con medidas individuales. Si la farmacodependencia es síntoma de una patología individual, un tratamiento psicoterapéutico puede ser la solución del problema, pero si el fenómeno es síntoma de un problema social, sólo atacándolo en su nivel correspondiente, el social, se logrará la solución. Enfrentarlo también con medidas individuales es perder el tiempo y desperdiciar esfuerzos.

2. Un Modelo Psico Social del Fenómeno

2.1 Farmacodependencia, Conducta Desviada y Grupo Social

La farmacodependencia problemática se presenta en el medio urbano, siendo particularmente alto el problema en los grupos marginados.

Estos grupos son el producto de graves problemas sociales, económicos y políticos que, consecuentemente, afectan el desarrollo psicológico de los individuos que integran dichos grupos.¹³⁷

El medio social se encarga de fijar las metas a lograr y también indica cuáles son los medios apropiados para obtenerlos; el establecimiento de los valores y metas sociales se transmite y difunde por distintos agentes socializadores como la familia, los amigos, la escuela, los medios de comunicación masivos, etc.,¹³⁸ pero no todos los miembros del grupo social tienen igual acceso a dichas metas; la sociedad industrial muestra falta de lógica al permitir el acceso fácil a unos cuantos de sus miembros y al dificultar en mayor o menor grado a otros en la obtención de sus metas. Los grupos que quedan fuera de tal posibilidad son los grupos marginados, que como alternativa única recurren a otras conductas con el propósito de subsistir.¹³⁹

La sociedad considera desviadas aquellas conductas que salen de lo común y que causan desaprobación y amenaza en el grupo. La desviación se ha contemplado como un fracaso para conformarse a las normas que gobiernan las metas, y a los medios para lograrlos, por lo que al ser violadas despiertan la atención de las agencias de control social. Para los grupos desviados adquieren importancia los recursos de que disponen "ya sea para disfrazar la desviación mediante una fachada adecuada, o su habilidad para manejar los agentes de control. Todo un estilo de vida parece desarrollarse alrededor de la desviación derivada

137 De la Garza et. al. 1976

138 Chávez et. al.

139 Gómez, 1976

de ésta, dando como resultado un conjunto de valores, normas y conductas específicas.¹⁴⁰

El tipo de desviación elegida (delincuencia, prostitución, drogadicción, etc.) parece deberse a factores circunstanciales más que a características de estos grupos;¹⁴¹ es frecuente que las desviaciones aparezcan cuando las normas establecidas no son funcionales y no se promueve su cambio. En la medida que la discrepancia entre los objetivos y metas de una cultura es más elevada, surge lo que se denomina anomia social, o sea, un proceso de desintegración de los sistemas culturales. Este proceso se presenta de manera fundamental en sociedades cambiantes, heterogéneas e inestables. En la medida que la crisis cultural es más fuerte, las conductas presentan índices más elevados.¹⁴²

En México existe una amplia diferencia entre las clases sociales con contrastes muy marcados en las formas de vida, distinto acceso a las situaciones de poder, al proceso productivo y a la distribución económica,¹⁴³ situación que se ha hecho más evidente en la crisis por la que se atraviesa, y que con diferente intensidad está afectando a la mayoría de los países.

La crisis parece más contradictoria en la medida que contemplamos el avance científico y tecnológico que ha logrado el hombre a partir de la revolución industrial, avance que alcanza una velocidad

140 Erickson, Cit. por Chávez et. al., 1976, pag. 16

141 Zermeño et. al., 1976 142 Castro, 1982

143 Chávez, Op. Cit.

extraordinaria en la época contemporánea, sociedad que ha impulsado valores liberales y prácticas democráticas, pero que presenta límites que deben ser sobrepasados para poder satisfacer necesidades humanas que sólo se pueden expresar en términos colectivos,¹⁴⁴ y es que - la promesa de una ciencia y una tecnología capaces de devolver el paraíso a este mundo, idea muy acentuada en los siglos XVIII y XIX, se ha ido desvaneciendo en las grandes tensiones que sacuden a la sociedad contemporánea que se ha vuelto víctima de su propia cultura.

Los conflictos del hombre actual, producto de la técnica, de la rutina, de la uniformización que la propaganda produce, del consumismo, de las guerras, la amenaza nuclear, de un humanismo insuficiente, etc. determinan un número elevado de frustraciones, incomformidades y patologías que el hombre busca contrarrestar con el psicoanálisis, con pastillas, ya sean estimulantes o depresores o algún otro tipo de apoyo para sobrevivir en este mundo amenazante.¹⁴⁵ El consumo y la competitividad de una sociedad fundamentada en sistemas caóticos de producción, suscita antagonismos severos entre los miembros del grupo social; la explotación y la competencia se hacen intolerables y la tecnología que lo sustituye o amenaza con destruirlo, llevan al hombre a buscar alternativas, muchas de ellas consideradas desviadas por el grupo social, como el uso de drogas, tal consumo - "se agrava por aferrarnos en negar que somos una sociedad drogada en el sentido más amplio, es decir, enajenada."¹⁴⁶ La farmacodepen -

144 Chomsky, 1974.

145 Benítez, 1976.

146 Llanes, 1982

dencia problemática, más que causante, viene a ser una de las manifestaciones de la enajenación misma.

2.2 Enajenación y Sociedad Contemporánea.

Enajenación en el lenguaje corriente es sinónimo de locura, pero diferentes filósofos le han asignado un significado específico. - Hegel lo utiliza para indicar un extrañamiento que el hombre siente de sí mismo, de la conciencia. Marx lo usa para describir la situación del trabajador en el régimen capitalista, la enajenación es el proceso por el cual el hombre resulta extraño a sí mismo hasta el grado de no reconocerse.¹⁴⁷

En la sociedad capitalista, dice Marx, el trabajo no es voluntario sino constreñido, no satisface un deseo, sino que sólo es el medio de satisfacer deseos; el obrero al vender su fuerza de trabajo - pierde el producto, éste le es extraño pues queda escindido de él. El capitalismo es un sistema social que lleva en sí mismo la explotación y la injusticia, los individuos están aislados y separados, y la relación que se establece es de uso, ahí los vínculos son sustituidos por asociaciones útiles, no de personas totales sino de individuos particularizados; esta sociedad acepta la separación como forma de existencia natural y el vínculo humano aparece como inessential, lo que - lleva a una situación de egoísmo irrestricto.¹⁴⁸

En la sociedad contemporánea el término se extiende a la relación entre el hombre y las cosas en la edad de la técnica, en la -

147 Abbagnano, 1974

148 Pappenheim, 1976

medida que el ser humano se convierte en un engranaje de la máquina. La enajenación es un proceso de fragmentación del individuo que sólo capta aquellos aspectos de la realidad que le son ventajosos, dejando fuera lo demás,¹⁴⁹ esto se percibe fácilmente en la excesiva especialización existente en nuestra época y en la pérdida de la perspectiva global e integracionista.

El conocimiento actual requiere separar al conocedor (sujeto) y a la realidad que se estudia (objeto), aislando además la función cognoscitiva del hombre del resto de su ser, convirtiéndole en mero sujeto epistemológico.¹⁵⁰ La inteligencia ha sido deificada y existe un estancamiento en la capacidad de elección (voluntad).

La era industrial se opone a lo vital y orgánico y se dirige a lo mecánico y organizado, esta concepción de vida exige, como actitud mental prevalente, el interés en los hechos concretos y positivos, perdiendo la vida su calidad de encantamiento (emocionalidad), todo, incluso el ser humano, debe poder calcularse y predecirse, existe una despersonalización y concreción de los hechos; la enajenación lleva a una cosificación de los seres humanos y paralelamente se animizan progresivamente los objetos, que cobran importancia como "valores deseables" que indican éxito social y que dan valor al poseedor de ellos.¹⁵¹

Haciendo una retrospectiva de la evolución del hombre, - - Tönnies distingue dos formas de asociación humana esencialmente diferentes y las denomina *Gemeinschaft* y *Gesellschaft*, términos que no

149 *ibid*

150 *ibid.*

151 Kalina y Kovadloff, Op.Cit.

tienen traducción exacta al español, en la primera se establece una unidad social donde los miembros se relacionan como personas totales; un ejemplo de esta es la familia; esta relación no nace de planeación y organización consciente y prevalece en ella la unidad, a pesar de separaciones ocasionales. La segunda es una organización de naturaleza contractual establecida deliberadamente para perseguir ciertos intereses; es una relación parcial, en cuanto al propósito específico que se busca, dejando fuera lo demás; prevalece la separación a pesar de una unión casual, cada uno vale por sí mismo y surge tensión ante los demás que provoca una hostilidad latente.¹⁵²

Existe una reciprocidad esencial y profunda entre la enajenación individual y social, pues sólo son aspectos diferentes de un mismo proceso; la interrelación persona-sociedad es dialéctica, pues el hombre se desarrolla en un tiempo y circunstancias históricas y culturales en una sociedad que lo condiciona, pero a su vez, que es modificada y recreada por él.¹⁵³

La sociedad contemporánea muestra una clara tendencia hacia el individualismo, la competencia que lleva al enfrentamiento dificultando el establecimiento de relaciones íntegras, por lo que el individuo no alcanza su desarrollo como persona, pues es en la convivencia como la persona se conoce a sí misma y se pertenece.¹⁵⁴

2.3 Enajenación y Salud Mental

En la sociedad contemporánea el individuo pierde el control

¹⁵² Pappenheim, Op Cit.

¹⁵³ Llanes, Op.Cit.

¹⁵⁴ Llanes, 1982

sobre el mundo que le rodea, pues aunque vive en contacto con un sinnúmero de personas, se encuentra aislado; lo impersonal de las instituciones en que vive, la rapidez de cambio del mundo contemporáneo y el poco significado que tiene el hombre al ser desplazado por la máquina, le provocan una devaluación e insatisfacción profundas. El enajenamiento, que lo extraña ante sí mismo, lo lleva a actuar de acuerdo al contexto social, el sentido común toma una importancia vital para modelar la conducta, la norma social pone límites externos dentro de los -- cuales el hombre se encasilla; pero tales normas del sentido común no son racionales del todo, sino que "nuestras motivaciones, ideas y -- creencias conscientes son una mezcla de información falsa, prejuicios, pasiones irracionales y racionalizaciones, en que fragmentos de verdad flotan y ofrecen seguridad, aunque falsa, de que toda la mezcla es genuina y verdadera." ¹⁵⁵ La sociedad contemporánea, dice Fromm, se -- mueve sobre dos premisas psicológicas falsas: la primera es la existencia de un Hedonismo radical que plantea que la felicidad, meta de -- la vida, es la obtención del máximo placer y la satisfacción de todo -- deseo. La segunda es que el individualismo, el egoísmo y la avaricia que el sistema necesita para funcionar, producen armonía y paz.

La felicidad bajo este concepto, lleva a lo que caracteriza al mundo de hoy, el consumismo, con su exigencia continua y su desperdicio. Los bienes que el sujeto adquiere le dan una sensación de poder, y es incapaz de valorarse por lo que es, sino por lo que tiene.

Los rasgos de carácter que surgen en esta sociedad no res --

ponden a las necesidades humanas y son patógenos, tanto en lo individual como en lo social.¹⁵⁶

En una sociedad enajenada el concepto de salud mental corresponde a la capacidad de aceptación pasiva de las normas existentes, pero desde un punto de vista humanístico, tal concepto parece ser más enfermizo, aunque no de una enfermedad individual, sino que se trata de un defecto moldeado socialmente.¹⁵⁷

La definición de salud mental, o de bienestar emocional, es el reflejo de los valores éticos del definidor,¹⁵⁸ no sólo en la Psicología, sino en cualquier disciplina que aplique sus conocimientos para lograr fines deseables.

En la sociedad de consumo la felicidad consiste en tener, en poder consumir de manera ilimitada, y en la holganza, que integran el hedonismo radical; lograr ambos aspectos supone como resultado el poseer seguridad, otra de las características de "salud" contemporánea, pero tal "valor" no es producto de la valoración interna del sujeto, sino por el acatamiento de las normas impuestas por la costumbre, por la propaganda y por la publicidad. El hombre enajenado se masifica, se pierde en la masa en la cual diluye su responsabilidad. El mundo ilimitado y amenazador, representado por el dinero y el mercado, lo llevan a relacionarse con cada uno de sus semejantes como con un competidor potencial, por lo que se pierde la idea de unidad con los demás y con su ambiente, lo que fortalece el sentimiento de inseguridad impotencia y angustia.¹⁵⁹

156 Fromm, 1978

157 Fromm, 1976

158 Singer, 1969

159 Fromm, 1956

Para Fromm, la enajenación y la esquizofrenia se complementan, en ambos tipos de patología falta uno de los polos de la experiencia humana. "La persona que sueña despierta, es decir, la persona que sólo está en contacto con su mundo interior y que es incapaz de percibir el mundo exterior en su contexto objetivo y de acción, está loca. La persona que sólo puede percibir el mundo exterior fotográficamente, pero que no tiene contacto con su mundo interior, o sea consigo misma, es una persona enajenada."¹⁶⁰

Las escuelas de Psicología Dinámica sostienen en general que la psicopatología surge por la falta o evitación del autoconocimiento. La divergencia existente entre los valores que el individuo dice creer y los que lleva a cabo, provocan sus conflictos emocionales, especialmente cuando esto se disocia o permanece inconsciente, por lo que fundamental para el desarrollo del bienestar emocional es el autoconocimiento. La salud mental requiere, además de la captación de la realidad interior y exterior, del desarrollo de la objetividad y la reflexión que lleven a la productividad.¹⁶¹ Semejante actividad autotranscendente permite al individuo soportar la incertidumbre, pues el hombre contemporáneo no puede evitar sentirse inseguro, como no se puede evitar la tristeza, la vida es difícil y la salud mental consiste, no en sentirse seguro, sino en poder tolerar la inseguridad sin pánico ni miedo irreal. El hombre libre, dice Fromm, es por necesidad inseguro, el hombre que piensa, es por necesidad indeciso.

¹⁶⁰ Fromm, 1976, pag. 174

¹⁶¹ *ibid.*

La reflexión y la libertad que se dan en el hombre sano lo llevan a actuar y a comprometerse con el desarrollo de sus potencialidades y las de sus semejantes. Mientras que la actividad, el autoco-
 nocimiento y el contacto con la realidad representan la esencia del bienestar, la pasividad y el aislamiento manifiestan enfermedad. La patología representa un compromiso desafortunado entre los impulsos de desarrollo y expansión inherentes a la persona y el constreñimiento limitante de la realidad, de lo que resultan las distorsiones de la potencialidad del individuo; la patología es una adaptación a la agresión, así como la aceptación de demandas mutiladoras.¹⁶²

La sociedad contemporánea favorece la aparición de rasgos de carácter que llevan a la patología, Fromm menciona distintas formas características de relacionarse con el mundo en el hombre contemporáneo, algunas de ellas son improductivas: el carácter receptivo, el dominante y el acumulativo; los dos primeros tienen en común que la persona espera que todo bien provenga del exterior y que no puede hacer nada por sí misma; pero el primero toma pasivamente los bienes y el segundo por la fuerza. El tercero siente el exterior como amenaza y sólo se siente seguro en la medida que guarda bienes, tanto materiales como emocionales, se complace en acumular y en recordar lo pasado. En otra parte de su obra, Fromm habla del carácter social contemporáneo y destaca el carácter mercantil, lo nombra así porque consiste en considerarse como una mercancía y el ser humano tiene no valor de "uso", sino valor de cambio. La meta del carácter mer-

cantil es la adaptación completa, ser deseable en las distintas condiciones del mercado. Los sujetos con este carácter no tienen ego estable, sino siempre cambiante y la conducta afectiva es limitada porque las emociones constituyen un estorbo para el funcionamiento óptimo en función de eficacia.

Otro tipo de carácter es el productivo, el sujeto, por medio de su actividad transforma el mundo, el centro de su acción es el razonamiento y la actividad en sí es lo importante, no los resultados que obtenga.¹⁶³

Otra característica de salud mental es la capacidad de amar, no en abstracto, sino con un amor productivo que implica conocimiento, cuidado, responsabilidad y respeto; a través del amor el individuo se relaciona con sus semejantes de manera solidaria; otra característica de salud es la creatividad, que le permite romper con los vínculos incestuosos de su grupo primario, que le produce un sentimiento de identidad al sentirse sujeto y agente de sus propias potencialidades,¹⁶⁴ por la captación de la realidad interior y exterior, en síntesis, por el desarrollo de la objetividad y la razón.

El concepto de salud mental surge de las características esenciales del hombre; dice Fromm que existen ciertos principios en lo que se basa toda crítica de la sociedad contemporánea; el hombre es un fin, no un medio, la finalidad de la vida es el despliegue de las potencias creadoras del hombre, la finalidad de la historia es la transformación de la sociedad en otra más justa.¹⁶⁵

163 Fromm, 1976

164 Freire, 1978

165 Fromm, 1978

2.4 Farmacodependencia y Salud Mental.

El fenómeno de las drogas, como muchas de las conductas desviadas que se encuentran en nuestra sociedad, son promovidas de manera significativa por la enajenación contemporánea; el consumismo, con su avalancha de incitaciones, lleva al individuo a convertirse en forma gradual en un adicto, no sólo de la droga sino de muchas de las formas de consumo que la sociedad ofrece y demanda. Desde un punto de vista psicológico la actitud mental inherente al consumismo es devorar todo el mundo, no es extraño que el consumo enajenado de la droga lleve a la anomia social pues de hecho es sólo una de las múltiples formas en que los individuos enfrentan el mundo inestable en que vivimos.

Fromm, aunque hace escasas referencias al problema de la droga, menciona que lo patológico de ella consiste "... en que afectan las obligaciones sociales de la persona adicta"¹⁶⁶. Pero como se ha comprobado, muchas veces no es la droga en sí misma sino la actitud social de rechazo lo que provoca el rompimiento social del adicto.

Al igual que en otras formas de desviación social, es necesario atacar sus consecuencias destructivas, pero cada vez existe mayor acuerdo entre los investigadores (Clarac y Rosales, 1976; Kalina y Kovadloff, s/f; Castro, 1982; De la Garza, Mendiola y Rábago, 1977; De Ropp, 1982; etc.) de que la solución al problema no estriba en atacar la delincuencia, la prostitución o la farmacodependencia, sino ir a las causas que las provocan. No es efectivo atacar los síntomas, sino que

¹⁶⁶ Fromm, 1978, pag. 43

para erradicar estos problemas se requiere un proyecto global que tome en cuenta la situación social, económica, cultural, psicológica e incluso política del grupo, y que esté dirigido al logro del bienestar de la comunidad.

CAPITULO IV

METODO

1. Planteamiento del Problema

El consumo de drogas es un fenómeno en crecimiento que, al igual que otras conductas desviadas, provoca alarma en la sociedad, pues se sabe que algunas drogas tienen potencia suficiente para producir daños físicos severos, incluso la muerte; que puede ser catalizadoras de trastornos mentales del consumidor; y que algunos consumidores realizan conductas antisociales.

Alarma también el hecho de que han sido inefectivos los sistemas con los que se ha buscado controlar su incremento.

A lo largo de este trabajo se han revisado los enfoques más comunes sobre la farmacodependencia, particularmente la conceptualización médico-legal; se han criticado las contradicciones e incongruencias que han dado como resultado gran cantidad de dudas, y la necesidad de encontrar un nuevo enfoque que tenga mayores posibilidades para enfrentar las consecuencias negativas del consumo de estas sustancias.

El marco teórico propuesto ubica a la farmacodependencia como un fenómeno promovido por la sociedad contemporánea, una de cuyas características enajenantes es el consumismo, y en donde la farmacodependencia es sólo otra de las formas de consumo existentes.

De acuerdo con esta conceptualización, el consumo de drogas se convierte en patológico cuando evita: la captación de la realidad interior y exterior, el desarrollo de la objetividad y la reflexión, que lle -

van a la productividad. La pasividad y el aislamiento manifiestan enfermedad.

La sociedad contemporánea favorece rasgos de carácter que llevan a la patología, sobre todo en aquellos grupos marginados por el medio social. La patología en estos casos, no es un producto individual, sino que tiene raíces sociales, por lo que para solucionar el problema se requiere pasar del nivel clínico al comunitario.

Surgen en este punto las siguientes interrogantes: ¿puede la patología de los consumidores ser causada por factores distintos al uso de drogas? ¿Qué aspectos de este fenómeno son negativos y hay que atacar? ¿En qué casos la droga tiene una función patógena, en cuáles es sólo síntoma de patología, y en qué otros no representa problema? ¿Cuándo es peligroso el uso de drogas y cuándo no? ¿Que tipos de tratamientos son más efectivos en los casos de consumo patológico?

2. Objetivos.

Hacer una revisión crítica de la investigación y la conceptualización existente en el campo de la farmacodependencia, fundamentalmente de la médico-legal.

Proponer un marco teórico alternativo para enfrentar el fenómeno.

Contrastar en forma pragmática ambos enfoques a través del análisis de la información del grupo de farmacodependientes estudiado.

3. Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio ex post facto de tipo exploratorio, en el cual se utilizó, para la obtención de información, el método clínico y el

de la observación sistemática o método de estudio de campo. Para el análisis de los datos recopilados se trabajó mediante el análisis estadístico aplicado a las ciencias sociales, y el análisis clínico y socio-económico.

Esta investigación hace el análisis de la información recabada a lo largo de dos años y medio en un centro de tratamiento de consumidores de drogas en la ciudad de Pachuca, Hgo. El estudio comprende datos sobre 78 consumidores investigados por un período de cuatro meses, y durante el cual se obtuvo información sobre sus características psicológicas, de consumo, familiares, socio-económicas y culturales.

4. Escenario.

La información fue recabada en el año de 1978, en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) de la ciudad de Pachuca, Hgo., con 150,000 habitantes aproximadamente, cercana al D.F. (92 Km) y cuyas principales actividades son la minería y el comercio, así como los servicios públicos.

El CIJ brindaba atención a jóvenes, particularmente aquellos que tenían problema de drogas.

5. Sujetos.

Los pacientes estudiados son 78 jóvenes consumidores de drogas, que asistieron al CIJ Pachuca para recibir atención psicológica.

De acuerdo al grado de farmacodependencia se les clasificó en 4 grupos de consumo: 19 en el grupo experimental, 19 en el social, 20 en el funcional y 20 en el disfuncional.

Las características de cada tipo de consumo fueron delineadas por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, y expuestas en el Capítulo III, págs. 45 y 46.

El grupo está formado por 57 hombres y 21 mujeres, solteros en su mayoría, con edades que fluctúan de 14 a 29 años, con un promedio de 19. El rango de escolaridad va de 3o. de Primaria a estudios profesionales terminados, y el promedio es de 3o. de Secundaria. Sus ocupaciones son muy diversas, incluyendo desempleados, con niveles socioeconómicos de marginados hasta medio alto, aunque la mayoría pertenece al nivel medio bajo.

6. Material.

Los instrumentos utilizados en esta investigación son los siguientes: 1) Historia Clínica; 2) Test Gestáltico Visomotor de Bender; 3) Test de Matrices Progresivas de Raven; 4) Test de Inteligencia para Adultos de Wechsler; 5) Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, y 6) Estudio Socioeconómico.

Los formatos tanto de la Historia Clínica como del Estudio Socioeconómico, fueron proporcionados por el CIJ, ya con su estructura definitiva y con base en la cual se obtuvieron los datos.

7. Procedimiento.

El desarrollo de esta tesis se plantea en dos etapas: una bibliográfica, y otra de investigación clínica y de campo.

La primera consiste en una investigación bibliográfica sobre la farmacodependencia, que abarca los siguientes aspectos: a) generali-

dades del fenómeno y su evolución a través del tiempo; b) conceptos y definiciones en farmacodependencia, confusiones y contradicciones; c) incidencia y prevalencia en el uso de drogas en general y específicamente en nuestro país; d) crítica al enfoque médico-legal del problema, y e) proposición de un modelo psicosocial alternativo. Exposición que conforma el capitulado que antecede a esta sección, y del cual se deduce el modelo psicosocial que será contrastado con el médico-legal.

La segunda etapa consiste en el análisis de 78 consumidores de drogas atendidos en el CIJ de Pachuca, y que fueron seleccionados a través de un muestreo de juicio, de acuerdo con los siguientes requisitos: a) que fueran consumidores de drogas; b) que tuvieran sus estudios psicológico y socioeconómico completos; c) y una asistencia mínima de cuatro meses al CIJ.

Los pacientes asistieron al Centro con propósitos terapéuticos, no experimentales; por lo que la información se recabó a través de la historia clínica, el estudio socioeconómico y el estudio psicométrico.

Por ser el material psicométrico utilizado instrumentos de reconocida validez y confiabilidad, sólo es necesario aclarar lo siguiente: el test de Bender se aplicó siguiendo la forma reproductiva y el MMPI la forma abreviada, por la dificultad que existía para que los pacientes acudieran regularmente a sus citas, la alta deserción y el abandono temprano del tratamiento y, por otra parte, la dificultad para concentrarse en tareas sostenidas por largo tiempo. Todas las pruebas se administraron de acuerdo con las indicaciones formales para su uso.

Los diagnósticos psicológicos se obtuvieron a través de entrevistas psicológicas (un mínimo de cinco), y del estudio psicométrico.

Con la información obtenida se efectúan tres tipos de análisis: el estadístico, clínico y socioeconómico.

En el primero el interés inicial fue observar el comportamiento general de los datos, mediante las medidas de tendencia central, media; mediana y modo, y las de variabilidad: rango y desviación estándar. En esta parte se incluyen todos los datos recabados, que ya codificados conforman 70 variables. (Cuadro I)

En un intento para establecer posibles relaciones entre variables a un nivel conceptual, se elaboraron 13 afirmaciones que plantean correlaciones entre variables. De éstas, 5 seleccionadas al azar fueron analizadas; la número 1, 2, 5, 9 y 13. (Cuadro II). En este análisis bifactorial se obtuvo la χ^2 cuadrada e índices de asociación.

En la tercera y última fase del análisis estadístico, se pretendió identificar los indicadores significativos en el desarrollo del tipo de conducta farmacodependiente. Se utilizó una técnica de la Estadística Multivariada: Análisis de Discriminante, usando el método Wilk's - Lambda. Se manejaron 17 variables que incluyen datos personales, familiares, sociales y de consumo de los 78 sujetos, (Cuadro III) y se procesaron electrónicamente sometiéndose al análisis de discriminante.

El procesamiento estadístico de los datos se efectuó en las tres fases mediante el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

El análisis clínico consiste en la comparación intergrupala de acuerdo

con los cuatro niveles de consumo, con los indicadores incluidos en el Cuadro I.

Finalmente, el estudio socioeconómico es una reagrupación de los sujetos en cinco grupos de acuerdo con su nivel socioeconómico y su comparación con las otras variables (Cuadro I), para determinar la importancia de los aspectos sociales en el fenómeno estudiado.

Los cinco niveles socioeconómicos se catalogaron de acuerdo con los lineamientos marcados por Centros de Integración Juvenil.

El nivel I o Marginados, corresponde a sujetos cuyos ingresos alcanzaban un máximo de $1/3$ parte del sueldo mínimo (S.M.) y que presentaban dificultades en la obtención de servicios. El nivel II o Clase Baja, comprende a sujetos con ingresos mayores a una $1/3$ parte del S.M. y con un límite de la $1/2$ del S.M. El nivel III o Clase Media Baja, incluye a aquellos que tenían ingresos mayores al 50% del S.M., sin alcanzar éste. El nivel IV o Clase Media, comprende a personas que tenían el S.M. a 2 veces esta cantidad. Y el nivel V o Clase Media Alta, que obtenían ingresos mayores a dos veces el S.M., hasta cuatro veces éste. Se consideraba también un nivel VI o Clase Alta, con ingresos mayores a cuatro veces el S.M., pero no se presentó ningún caso correspondiente a este nivel en el Centro.

CAPITULO V

RESULTADOS

1. De acuerdo con el procedimiento mencionado, el estudio estadístico está conformado en tres etapas, la primera de ellas permite hacer una descripción de los sujetos y los resultados se presentan a continuación:

1.1 Primer Análisis Estadístico:

Datos Generales:

Número. 78 consumidores = 100%
Edad. 18.9 años. Modo = 17. S. = 3 y
Rango = 15.

Sexo 57 H. = 73 % y 21 M = 27%
Asistencia. 8.5 meses. Modo = 4.
S = 5.7 y Rango = 20

Datos Sociales:

Estado Civil: 74 solteros = 94.9 %
3 casados = 3.8 %
1 Un.libre = 1.3 %

Escolaridad. 9 años = 30. de Esc.
Modo = 9. S = 2.7 y
Rango = 14.

Ocupación:

- 1) Estudian: 41 = 52.6 %
- 2) Trabajan: 12 = 15.4 %
- 3) Estudian y trabajan: 5 = 6.4 %
- 4) Desempleados: 20 = 25.6 %

Primaria incompleta = 1 caso
Primaria completa = 13 casos
Secundaria incompleta = 17 casos
Secundaria completa = 19 casos
Preparatoria incompleta = 21 casos
Preparatoria completa = 2 casos
Profesional incompleta = 3 casos
Profesional completa = 2 casos

Ingreso: \$ 1442.308. Modo \$1500S =
\$ 1198. Rango \$5700.

Nivel Socioeconómico:
Marginados: 10 = 12.8 %
Nivel bajo: 21 = 26.9 %
Nivel medio bajo: 23 = 29.5 %
Nivel medio: 18 = 23.1 %
Nivel medio alto: 6 = 7.7 %

Datos Sociales: Familiares

Familia integrada: 26 = 33.3 %
Familia desintegrada: 30 = 38.5 %
Solos: 22 = 28.2 %
Antecedentes de consumo en los padres:
No usaban drogas: 61 = 78.2 %
Usaban alcohol: 16 = 20.5 %
Usaban marihuana: 1 = 1.3 %

Número de hermanos: 4. Modo = 3.
S = 2 Rango = 11.
Lugar ocupado en la Fam.: 2.5
Modo = 3. S = 1.3. Rango = 7

Datos de Conducta Delictiva:

Delitos cometidos:
 Escándalo público: 1 = 1.3%
 Venta de droga: 2 = 2.6%
 Robo: 10 = 12.1%
 Venta de droga y
 robo: 16 = 20.5%

Causas de las detenciones:
 Vagancia: 1 = 1.3%
 Consumo de drogas: 17 = 21.8%
 Venta de drogas: 2 = 2.6%
 Robo 13 = 16.7%

Sin Cond. delictiva: 49 = 62.8%
 Número de detenciones:
 0 detenciones = 56 = 71.8%
 1 detención = 5 = 6.4%
 2 detenciones = 7 = 9.0%
 3 detenciones = 6 = 7.7%
 4 detenciones = 1 = 1.3%
 5 detenciones = 2 = 2.6%
 6 detenciones = 1 = 1.3%

Datos de Consumo:

Edad de inicio: 15.8 años. Modo =
 18 años. S = 2.3 años Rango = 13 años
 Número de drogas usadas: 3 Modo = 1
 S = 2.2 Rango = 7

Duración del consumo: 3.7 años
 Modo
 1 año. S = 2.9 años. Rango = 11.6
 años.

Evolución del consumo:

Exfarmacodependientes = 18 = 23%
 Experimentadores = 2 = 2.6%
 Sociales = 18 = 23.1%
 Funcionales = 17 = 21.8%
 Disfuncionales = 23 = 29.5%

Tipos de drogas usadas:
 Marihuana 72 casos = 92.3%
 Inhalantes 39 casos = 50.0%
 Antipark. 31 casos = 39.7%
 Codefna 25 casos = 32.1%
 Hipnot. No
 Barbituricos 9 casos = 11.5%
 Anfetaminas 16 casos = 20.5%
 Tranq. Meno
 res 15 casos = 19.2%
 Derivados
 del opio 1 caso = 1.3%
 Tranq. Ma-
 yores 1 caso = 1.3%
 Barbituricos 32 casos = 41.0%

Datos Psicométricos

Bender: sin daño = 72 = 92.3%
 con daño = 6 = 7.7%

Raven:
 Superior T.M. = 13 = 16.7%
 Término Medio = 31 = 39.7%
 Inferior T.M. = 23 = 29.5%
 Deficiente = 11 = 14.1%

W.A.I.S.

C.I total = 92.474. Modo = 99.
 S = 9.9 Rango = 52.
 C.I. verbal = 94.679. Modo = 101.
 S = 10.6. Rango = 50.
 C.I. Ejecución = 91.897. Modo = 92
 S = 10.9. Rango = 60

Datos Psicométricos:

M.M.P.I. Clave del Perfil

8" 4 72' 961.3; ()° 5:12:14

Diagnóstico:

Normal brillante: 2 = 2.6%

Normal: 54 = 69.2%

Subnormal: 13 = 16.7%

Borderline: 7 = 9.0%

Def. Mental Sup. 2 = 2.6%

Diagnóstico Psicológico:Trastornos de la personalidad: 54 casos = 69.2%.

Pers. Esquizoide: 10 casos = 12.8%

Ciclotímica: 1 caso = 1.3%

Esquizoparanoide: 4 casos = 5.1%

Pasivo-agresiva 5 casos = 6.4%

Borderline: 5 casos = 6.4%

Pers. Sociopática: 15 casos = 19.2%

Hipomanía: 4 casos = 5.1%

Depresión reactiva: 7 casos = 9.0%

Edo. de ansiedad: 2 casos = 2.6%

Reacción esquizoparanoide: 1 caso = 1.3%

Neurosis: 15 casos = 19.1%

Neurosis mixta: 4 casos = 5.1%

Neurosis histérica: 4 casos = 5.1%

Neurosis de angustia: 4 casos = 5.1%

Neurosis depresiva: 3 casos = 3.8%

Psicosis: 7 casos = 9%

Depresión Psicótica: 1 caso = 1.3%

Psicosis alcohólica: 1 caso = 1.3%

Esquizofrenia paranoide: 4 casos = 5.1%

Psic. Maníaco-depresiva 1 caso = 1.3%

Síndrome Cerebral Orgánico: 2 casos = 2.6%.

Tratamientos:

Individual: 67 casos = 85.9%

Conductual: 29 casos = 37.2%

Orientación

Familiar: 14 casos = 17.9%

De grupo: 29 casos = 37.2%

Familiar: 6 casos = 7.7%

Actividades

terapéuticas 37 casos = 47.4%

Psicofármacos: 3 casos = 3.8%

En el segundo análisis estadístico se obtienen la X^2 y la significancia estadística de las cinco afirmaciones seleccionadas al azar. Los resultados son:

1.2 Segundo Análisis Estadístico

Planteamiento	Variables	χ^2	gl	Significancia Estadística
1	V1 - V8	13.976	12	0.3022
2	V8 - V15	2.767	4	0.5975
5	V8 - V14	23.814	16	0.0936
9	V1 - V34	82.166	54	0.0080
13	V8 - V56	134.924	136	0.4860

1.3 El tercer análisis estadístico básicamente discrimina las variables más importantes en la determinación del tipo de consumo, con interés de que al conocer estos aspectos sea más efectiva la incursión en la prevención y/o tratamiento de este problema. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tercer Análisis Estadístico

Variable	GL°	Signif.	Wilks' Lambda	F	Rao's V
1 07 Dur. de Cons.	3	74.00	0.000	29.2484	87.74524
2 03 Ocupación	6	146.00	0.000	24.49192	190.76573
3 15 Hipnot. y Tranq.	9	175.38	0.000	18.31509	232.29541
4 14 Antipark	12	188.13	0.000	14.97874	250.27940
5 11 Marihuana	15	193.64	0.000	13.37510	274.66754
6 10 Edad	18	195.65	0.000	12.18641	296.13759
7 08 Detenciones	21	195.81	0.000	11.22178	313.99510
8 04 Sit. Fam.	24	194.92	0.010	10.11424	325.26601
9 12 Anfetaminas	27	193.40	0.017	9.25721	335.52319
10 06 Diagnost. Psic.	30	191.46	0.001	8.64943	352.11457
11 17 Inhalantes	33	189.26	0.048	7.96779	360.01134

Al ordenar las variables en función de su peso discriminatorio,

se obtiene la siguiente jerarquía:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1) Duración del Consumo | 6) Edad |
| 2) Ocupación | 7) Detenciones |
| 3) Hipnóticos, Sedantes y Barbitúricos | 8) Situación Familiar |
| 4) Antiparkinsonianos | 9) Anfetaminas |
| 5) Marihuana | 10) Diagnóstico Psicológico |
| | 11) Inhalantes |

Este análisis permite evaluar la clasificación de los sujetos de acuerdo a su tipo de consumo en función del peso discriminatorio de las variables significativas.

El porcentaje de casos correctamente clasificados es de 89.7% (70 casos), y en 8 casos la probabilidad de clasificación resultó diferente. De acuerdo con este análisis la clasificación correcta es la siguiente:

Predicción de los Resultados

Grupo Actual	No. de Casos	Grupo de Membresía Predicho			
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
I	19	94.7%	5.3%	0.0%	0.0%
II	19	10.5%	89.5%	0.0%	0.0%
III	20	5.0%	15.0%	80.0%	0.0%
IV	20	0.0%	5.0%	0.0%	95.0%

Las cinco variables que no entraron en el Análisis de Discriminante, por carecer de peso discriminatorio son:

- | | |
|---|------------------------|
| 1) Ingreso | 4) Codeína |
| 2) Escolaridad | 5) Derivados del opio. |
| 3) Antecedentes de consumo en los padres. | |

2. Los resultados del análisis clínico son los siguientes:

Grupos por nivel de consumo:

Datos Generales	Experimentadores	Sociales	Funcionales	Disfuncionales
Número	19 casos = 24.4 %	19c. = 24.4 %	20c. = 25.6 %	20c. = 25.6 %
Sexo	10 H = 52.6 % 9 M = 47.4 %	11 H = 57.9 % 8 M = 42.1 %	18 H = 90 % 2 M = 10 %	18 H = 90 % 2 M = 10 %
Edad	17.9 años	18.3 años	19.3 años	20 años
Asistencia	7.1 meses	6.7 meses	8.6 meses	11.4 meses

Datos Sociales	Experimentadores	Sociales	Funcionales	Disfuncionales
Edo. Civil	19 solteros	19 solteros	18 solteros 2 casados	18 solteros 1 casado 1 U. libre
Escolaridad:	10 años = 1o. de Preparatoria	9 años = 3o. Secundaria	9 años = 3o. Secundaria	7 años = 1o. Secundaria
Prim. Inc.	0	0	0	1 = 5 %
Prim. Comp.	0	2 = 10.6 %	4 = 20 %	7 = 35 %
Sec. Inc.	1 = 5.3 %	7 = 36.8 %	5 = 25 %	4 = 20 %
Sec. Comp.	5 = 26.2 %	2 = 10.6 %	6 = 30 %	6 = 30 %
Prep. Inc.	11 = 57.9 %	7 = 36.8 %	2 = 10 %	1 = 5 %
Prep. Comp.	1 = 5.3 %	0	0	1 = 5 %
Prof. Inc.	1 = 5.3 %	1 = 5.2 %	1 = 5 %	0
Prof. Comp.	0	0	2 = 10 %	0

Ocupación:

Estudian	18 = 95 %	15 = 79 %	8 = 40 %	0
Trabajan	1 = 5 %	3 = 16 %	8 = 40 %	0
Estudian y Trabajan	0	1 = 5 %	4 = 20 %	0
Desempleados	0	0	0	20 = 100 %

Nivel

Socio-econ.:

Marginados	0	3 = 15.9 %	1 = 5 %	6 = 30 %
Nivel bajo	5 = 26.3 %	5 = 26.3 %	7 = 35 %	4 = 20 %
Niv. Med. bajo	5 = 26.3 %	8 = 42.1 %	5 = 25 %	5 = 25 %
Nivel medio	7 = 36.9 %	2 = 10.5 %	5 = 25 %	4 = 20 %
Niv. Med. alto	2 = 10.5 %	1 = 5.2 %	2 = 10 %	1 = 5 %

Datos Sociales		Disfuncionales			
Familiares	Experimentadores	Sociales	Funcionales		
Fam. Integr.	10 = 53%	5 = 26.2%	9 = 45%	2 = 10%	
Fam. Desint.	6 = 31.3%	8 = 42.5%	9 = 45%	7 = 35%	
Solos	3 = 15.7%	6 = 31.3%	2 = 10%	11 = 55%	
No. Hermanos	4	3	5	4	
Lugar ocupado en la Fam.	2o.	2o.	3o.	2o.	
Antecedentes de consumo en los padres:					
No usaban drogas	16 = 84%	16 = 84%	15 = 75%	14 = 70%	
Usaban alcohol	3 = 16%	3 = 16%	5 = 25%	5 = 25%	
Usaban marihuana	0	0	0	1 = 5%	
Datos de Conducta delictiva:					
Esc. Público	0	0	1 = 5%	0	
Vta. de droga	0	0	1 = 5%	1 = 5%	
Robo	0	3 = 16%	4 = 20%	3 = 15%	
Vta. de droga y Robo	0	0	4 = 20%	12 = 60%	
Sin conducta delictiva	19 = 100%	16 = 84%	10 = 50%	4 = 20%	
No. de Detenciones:					
0 detenciones	0	0	8	2	
1 detención	19 = 100%	19 = 100%	12 = 60%	6 = 30%	
2 detenciones	0	0	2 = 10%	3 = 15%	
3 detenciones	0	0	4 = 20%	3 = 15%	
4 detenciones	0	0	2 = 10%	4 = 20%	
5 detenciones	0	0	0	1 = 5%	
6 detenciones	0	0	0	2 = 10%	
7 detenciones	0	0	0	1 = 5%	
Causas de las Detenciones					
Consumo drogas	0	0	3 = 15%	14 = 70%	
Vta. drogas	0	0	2 = 10%	0	
Robo	0	0	4 = 20%	9 = 45%	
Vagancia	0	0	0	1 = 5%	

Datos de	Experimentadores	Sociales	Funcionales	Disfun- cionales
Consumo:				
Edad de inicio	16.6 años	15.8 años	15.5 años	14.6 años
Dur.consumo	9 meses	2.4 años	4 años	6 años
No. de drogas	1.3	3.1	4	5.8
Tipo de drogas:				
Marihuana	19 = 100%	19 = 100%	15 = 75%	19 = 95%
Inhalantes	3 = 15.7%	11 = 57.2%	11 = 55%	14 = 70%
Antipark.	0	9 = 46.8%	9 = 45%	13 = 65%
Codefna	0	5 = 26%	8 = 40%	12 = 60%
Hipnot. no Barb.	0	0	3 = 15%	6 = 30%
Anfetaminas	1 = 5.2%	2 = 10.4%	5 = 25%	8 = 40%
Tranq. menores	1 = 5.2%	1 = 5.2%	6 = 30%	7 = 35%
Deriv. Opio	0	0	1 = 5%	0
Tranq. mayores	0	0	0	1 = 5%
Barbitúricos	0	5 = 26%	11 = 55%	16 = 80%
Evolución:				
Exfarmacodep.	10 = 53%	4 = 20.9%	3 = 15%	1 = 5%
Experimentad.	2 = 10.5%	0	0	0
Sociales	6 = 31.3%	10 = 53.1%	2 = 10%	0
Funcionales	1 = 5.2%	2 = 10.4%	8 = 40%	6 = 30%
Disfuncionales	0	3 = 15.7%	7 = 35%	13 = 65%
Datos Psico- métricos:				
Bender: s/daño	19 = 100%	19 = 100%	16 = 80%	18 = 90%
c/daño	0	0	4 = 20%	2 = 10%
Raven:				
Sup. T.M.	5 = 26%	3 = 15.8%	4 = 20%	1 = 5%
Término Medio	10 = 53%	9 = 47%	7 = 35%	5 = 25%
Inferior T.M.	4 = 21%	6 = 32%	5 = 25%	8 = 40%
Deficiente	0	1 = 5.2%	4 = 20%	6 = 30%
W.A.I.S.				
C.I. Total	96	92	92	89
C.I. Verbal	98	93	95	92
C.I. Ejecución	94	92	91	90
Diagnóstico:				
Normal Brillante	1 = 5%	0	1 = 5%	0
Normal	16 = 85%	13 = 69%	13 = 65%	12 = 60%
Subnormal	2 = 10%	2 = 10%	4 = 20%	5 = 25%
Borderline	0	4 = 21%	1 = 5%	2 = 10%
Def. Mental Superf.	0	0	1 = 5%	1 = 5%

Datos Psico- métricos:	Experimentadores	Sociales	Funcionales	Disfun- cionales
M.M.P.T.				
Perfil mascu- lino.	10 casos 8°4 27' 9:(27)° 3:12:13	11 casos 8°422':(28)° 5:11:12	18 casos 8° 427':(25)° 5:11:14	18 casos 8°472':(27)° 6:14:14
Perfil feme- nino	9 casos 84° 22': (32)° 5:10:14	8 casos 48°7 2:(31)° 6:11:16	2 casos 2483:(30)° 3:11:8	2 casos 84°726':(28)° 4:15:15

**Diagnóstico
Psicológico:
Trastornos de
Personalidad**

	16 = 84.2%	13 = 68.4%	12 = 60%	13 = 65%
Pers.Ezquiz.	3 = 15.8%	3 = 15.8%	3 = 15%	1 = 5%
Pers.Ciclot.	0	0	0	1 = 5%
Pers.Esquizo- paranoide	0	0	4 = 20%	0
Pers.Pasivo agresiva	1 = 5.3%	1 = 5.3%	1 = 5%	2 = 10%
Borderline	2 = 10.5%	1 = 5.3%	1 = 5%	1 = 5%
Pers.Socio- pática	2 = 10.5%	6 = 31.4%	1 = 5%	6 = 30%
Hipomanía	1 = 5.3%	0	1 = 5%	2 = 10%
Dep.reactiva	5 = 26.3%	1 = 5.3%	1 = 5%	0
Edo. de ansiedad	2 = 10.5%	0	0	0
Reacc.Esqui- zoparanoide	0	1 = 5.3%	0	0

Neurosis:	3 = 15.8%	6 = 31.6%	5 = 25%	1 = 5%
Mixta	2 = 10.5%	1 = 5.3%	1 = 5%	0
Histérica	1 = 5.3%	1 = 5.3%	1 = 5%	1 = 5%
De angustia	0	4 = 21%	0	0
Depresiva	0	0	3 = 15%	0

Psicosis:	0	0	2 = 10%	5 = 25%
Dep.Psicótica	0	0	0	1 = 5%
Psic.Alcohólica	0	0	1 = 5%	0
Esquiz.para- noide	0	0	1 = 5%	3 = 15%
Psic. Maniaco- depresiva	0	0	0	1 = 5%

<u>Diagnóstico Psicológico</u>	<u>Experimentadores</u>	<u>Sociales</u>	<u>Funcionales</u>	<u>Disfuncionales</u>
Síndrome Cerebral orgánico	0	0	1 = 5%	1 = 5%

Tratamientos:

Individual	18 = 94.7%	17 = 90.1%	14 = 70%	16 = 80%
De grupo	6 = 31.8%	9 = 47.7%	4 = 20%	10 = 50%
Conductual	9 = 47.7%	7 = 37.1%	7 = 35%	6 = 30%
Familiar	3 = 15.9%	2 = 10.6%	0	1 = 5%
Orient. Fam.	2 = 10.6%	2 = 10.6%	4 = 20%	6 = 30%
Act. Terapeut.	5 = 26.5%	7 = 37.1%	10 = 50%	15 = 75%
Psicofármacos	0	0	1 = 5%	2 = 10%

3. Los resultados del Análisis Socioeconómico son los siguientes:

Grupos por Nivel Socioeconómico

<u>Datos Generales</u>	<u>Marginados</u>	<u>Nivel Bajo</u>	<u>Nivel Med. Bajo</u>	<u>Nivel Medio</u>	<u>Nivel Med. Alto</u>
Número	10c. = 12.8%	21 = 27%	23 = 29.5%	18 = 23%	6 = 7.7%
Sexo	7H = 70% 3M = 30%	18H = 85.7% 3M = 14.3%	18H = 78.3% 5M = 21.7%	11H = 61.1% 7M = 38.9%	3H = 50% 3M = 50%
Edad	18.8 años	17.6 años	19.8 años	18 años	21.8 años
Asistencia	9.9 meses	9.1 meses	7.6 meses	9.4 meses	5 meses

Datos Sociales:

Estado Civil	10 solteros	20 solteros 1 casado	21 solteros 1 casado 1 U. libre	17 solteros 1 casado	6 solteros
Escolaridad	7.5 años = 1o. Sec.	7.6 años = 1o. Sec.	9.5 años = 3o. Sec.	9.7 años = 3o. Sec.	11.3 años = 2o. Prep.
Prim. Inc.	0 = 0%	1 = 4.8%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
Prim. Com.	3 = 30%	6 = 28.6%	2 = 8.7%	2 = 11.1%	0 = 0%
Sec. Inc.	4 = 40%	8 = 38%	3 = 13%	2 = 11.1%	0 = 0%
Sec. Com.	3 = 30%	2 = 9.5%	8 = 34.8%	4 = 22.2%	2 = 33.3%
Prep. Inc.	0 = 0%	4 = 19.1%	7 = 30.4%	8 = 44.4%	2 = 33.3%
Prep. Com.	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	1 = 5.5%	0 = 0%

Escolari- dad	Marginados	Nivel	Niv. Med.	Nivel	Niv. Med.
		Bajo	Bajo	Medio	Alto
Prof. Inc.	0 = 0 %	0 = 0 %	2 = 8.7%	0 = 0%	1 = 16.7%
Prof.Com.	0 = 0 %	0 = 0 %	0 = 0 %	1 = 5.5 %	1 = 16.7%

Ocupación

Estudian	3 = 30%	11 = 52.0%	13 = 56.5%	11 = 61.1%	3 = 50%
Trabajan	0 = 0%	5 = 23.8%	4 = 17.3%	2 = 11.1%	1 = 16.7%
Est. y Trab.	1 = 10%	1 = 5.1%	1 = 4.3%	1 = 5.6%	1 = 16.7%
Desemp.	6 = 60%	4 = 19.1%	5 = 21.6%	4 = 22.2%	1 = 16.7%

Datos So-
ciales:Familiares:

Fam. Integ.	1 = 10 %	8 = 38 %	7 = 30.4%	9 = 50%	1 = 16.7%
Fam. Desint.	4 = 40 %	9 = 42.9%	10 = 43.6%	6 = 33.3%	2 = 33.3%
Solos	5 = 50 %	4 = 19.1%	6 = 26 %	3 = 16.7%	3 = 50%

No. de Hermanos	4	5	3	4	5

Antecedentes
de consumoen los padres:

No usaban drogas	7 = 70%	13 = 62%	21 = 92%	16 = 88.9%	4 = 66.7%
Usaban al- cohol	2 = 20%	8 = 38%	2 = 8%	2 = 11.1%	2 = 33.3%
Marihuana	1 = 10%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%

Datos Con-
ducta delicti-
va:Cond. Delic.

Esc. Publico	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	0 = 0%	0 = 0%
Vta. droga	0 = 0%	1 = 4.8%	0 = 0%	1 = 5.5%	0 = 0%
Robo	2 = 20%	6 = 28.6%	1 = 4.4%	1 = 5.5%	0 = 0%
Vta. droga y robo	4 = 40%	3 = 14.2%	5 = 21.7%	3 = 16.6%	1 = 16.7%
Sin cond. delictiva	4 = 40%	11 = 52.4%	16 = 69.5%	13 = 72.4%	5 = 83.3%

Datos Conducta delictiva:	Marginados	Nivel Bajo	Niv. Med. Bajo	Nivel Medio	Nivel Med. Alto
<u>No. Detenciones:</u>	1.5	.9	.3	.5	1
0 Deten.	5 = 50%	14 = 60.4%	19 = 82.4%	13 = 72.4%	5 = 83.3%
1 Deten.	0 = 0%	2 = 9.6%	2 = 8.8%	1 = 5.5%	0 = 0%
2 Deten.	2 = 20%	2 = 9.6%	2 = 8.8%	1 = 5.5%	0 = 0%
3 Deten.	2 = 20%	1 = 4.8%	0 = 0%	3 = 16.6%	0 = 0%
4 Deten.	0 = 0%	1 = 4.8%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
5 Deten.	1 = 10%	1 = 4.8%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
6 Deten.	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	1 = 16.7%

Causas de las Deten.:

Consumo de drogas	5 = 50%	5 = 23.8%	2 = 8.7%	4 = 22.2%	1 = 16.7%
Vta. drogas	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	1 = 5.5%	0 = 0%
Robo	3 = 30%	6 = 28.6%	1 = 4.4%	2 = 11%	1 = 16.7%
Vagancia	1 = 10%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%

Datos de Consumo:

Grupo de Consumo:					
Experiment.	0 = 0%	5 = 23.8%	5 = 21.7%	7 = 38.8%	2 = 33.3%
Sociales	3 = 30%	5 = 23.8%	8 = 34.9%	2 = 11.1%	1 = 16.7%
Funcionales	1 = 10.3%	7 = 33.3%	5 = 21.7%	5 = 27.8%	2 = 33.3%
Disfuncion.	6 = 60%	4 = 19.1%	5 = 21.7%	4 = 22.2%	1 = 16.7%

Edad Inicio	15.6 años	14.7 años	16.6 años	16.4 años	15.6 años
-------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Dur. Consumo	3-10 años	3-5 años	3-10 años	2-9 años	5-6 años
--------------	-----------	----------	-----------	----------	----------

No. drogas usadas:	4.4	3.6	2.5	2.6	2.5
--------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Tipo Drogas:

Marihuana	10 = 100%	18 = 85.7%	21 = 91.3%	17 = 94.4%	6 = 100%
Inhalantes	8 = 80%	13 = 61.9%	12 = 52.1%	5 = 27.7%	1 = 16.7%
Antipark.	8 = 80%	10 = 47.7%	6 = 26.5%	6 = 33.3%	1 = 16.7%
Codeína	4 = 40%	9 = 42.8%	6 = 26.5%	5 = 27.8%	1 = 16.7%
Hipnot. no Barb.	1 = 10%	4 = 19%	2 = 8.7%	1 = 5.6%	1 = 16.7%
Anfetaminas	3 = 30%	6 = 28.5%	1 = 4.3%	2 = 11.1%	3 = 50%
Tranq. Men.	3 = 30%	6 = 28.5%	3 = 13%	3 = 16.7%	0 = 0%
Deriv. Opio	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	1 = 5.6%	0 = 0%

	Marginados	Nivel Bajo	Niv. Med. Bajo	Nivel Medio	Niv. Med. Alto
Tipo Drogas:					
Tranq. May.	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.3%	0 = 0%	0 = 0%
Barbitúricos	7 = 70%	9 = 42.8%	7 = 30.4%	7 = 38.9%	1 = 16.7%

Evolución:

Exfarmacodep.	0 = 0%	3 = 14.2%	9 = 39%	5 = 27.8%	1 = 16.7%
Experiment.	0 = 0%	1 = 4.8%	1 = 4.3%	0 = 0%	0 = 0%
Sociales	1 = 10%	6 = 28.5%	4 = 17.3%	6 = 33.3%	1 = 16.7%
Funcionales	2 = 20%	2 = 9.5%	6 = 26%	4 = 22.2%	3 = 50%
Disfuncion.	7 = 70%	9 = 42.8%	3 = 13%	3 = 16.7%	1 = 16.7%

Datos Psicométricos

Bender s/daño	9 = 90%	16 = 78.3%	23 = 100%	18 = 100%	6 = 100%
c/daño	1 = 10%	5 = 21.7%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%

Raven:

Sup. T.M.	1 = 10%	3 = 14.2%	5 = 22%	3 = 16.7%	1 = 16.7%
Término Medio	4 = 40%	6 = 28.6%	12 = 52%	6 = 33.3%	3 = 50%
Inf. T.M.	3 = 30%	6 = 28.6%	4 = 17%	8 = 44.4%	2 = 33.3%
Deficiente	2 = 20%	6 = 28.6%	2 = 9%	1 = 5.6%	0 = 0%

W.A.I.S.:

C.I. Total	87	86	97	95	99
C.I. Verbal	89	88	99	98	104
C.I. Ejecución	88	81	98	97	100

Diagnóstico:

Norm. brillante	0 = 0%	0 = 0%	2 = 8.7%	0 = 0%	0 = 0%
Normal	4 = 40%	11 = 52.4%	19 = 82.7%	14 = 77.8%	6 = 100%
Subnormal	3 = 30%	5 = 23.8%	1 = 4.3%	4 = 22.2%	0 = 0%
Def. Mental Sup.	0 = 0%	2 = 9.5%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%

M.M.P.I.**Perfil masculino**

7 casos	18 casos	18 casos	11 casos	3 casos
84°27'6913:	8°472'196	8°49'76218:	8°42'791	89°647'123:
(27)°	3:(27)°	(27)°	36:(26)°	(21)°
6:11:15	5:14:15	4:13:13	5:10:14	4:19:9

Perfil femenino

3 casos	3 casos	5 casos	7 casos	3 casos
48°267'139:	4°7893'126:	84°972613:	8724°1369:	24°81367:
(32)°	(31)°	(31)°	(31)°	(35)°
6:17:13	5:13:13	5:10:15	6:11:16	5:10:13

Diagnóstico	Marginados	Nivel Bajo	Niv. Med. Bajo	Nivel Medio	Niv. Med. Alto
Trastornos de Person.	70% 7 casos	61.8% 13 casos	73.9% 17 casos	77.8% 14 casos	50% 3 casos
Pers. Esquiz.	1 = 10%	5 = 23.7%	2 = 8.6%	2 = 11.1%	0 = 0%
Pers. Ciclot.	1 = 10%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
Pers. Esquizo- paranoide	0 = 0%	2 = 9.5%	1 = 4.4%	0 = 0%	1 = 16.7%
Pers. Pasivo- agresiva	0 = 0%	1 = 4.8%	1 = 4.4%	3 = 16.7%	0 = 0%
Borderline	0 = 0%	0 = 0%	3 = 13%	1 = 5.5%	1 = 16.7%
Pers. Socio- pática	5 = 50%	4 = 19%	3 = 13%	2 = 11.1%	1 = 16.7%
Hipomanía	0 = 0%	0 = 0%	4 = 17.4%	0 = 0%	0 = 0%
Dep. Reactiva	0 = 0%	1 = 4.8%	1 = 4.4%	5 = 27.5%	0 = 0%
Reacc. Esqui- zoparanoide	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	0 = 0%	0 = 0%
Edo. ansiedad	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	1 = 5.5%	0 = 0%
<hr/>					
Neurosis:	1 = 10%	3 = 14.3%	5 = 21.7%	4 = 22.2%	2 = 33.3%
Mixta	0 = 0%	2 = 9.5%	1 = 4.4%	1 = 5.5%	0 = 0%
Histérica	1 = 10%	1 = 4.8%	0 = 0%	1 = 5.5%	1 = 16.7%
De angustia	0 = 0%	0 = 0%	3 = 13%	1 = 5.5%	0 = 0%
Depresiva	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	1 = 5.5%	1 = 16.7%
<hr/>					
Psicosis:	2 = 20%	3 = 14.3%	1 = 4.4%	0 = 0%	1 = 16.7%
Dep. Psicótica	0 = 0%	1 = 4.8%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
Psic. Alcohol.	0 = 0%	1 = 4.8%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
Esquizofrenia paranoide	2 = 20%	1 = 4.8%	0 = 0%	0 = 0%	1 = 16.7%
Psic. Maní- co Depresiva	0 = 0%	0 = 0%	1 = 4.4%	0 = 0%	0 = 0%
<hr/>					
Síndrome Ce- rebral Organ.	0 = 0%	2 = 9.5%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%
<hr/>					
Tratamientos:					
Individual	8 = 80%	17 = 81%	20 = 86.9%	16 = 88.9%	6 = 100%
De grupo	6 = 60%	6 = 28.6%	9 = 39%	7 = 38.9%	1 = 16.7%
Conductual	3 = 30%	7 = 33.3%	8 = 34.8%	8 = 44.4%	3 = 50%
Familiar	0 = 0%	1 = 4.7%	4 = 17.3%	0 = 0%	1 = 16.7%
Orient. Fam.	2 = 20%	7 = 33.3%	2 = 8.7%	3 = 16.6%	0 = 0%
Activ. Terap.	6 = 60%	11 = 52%	10 = 43.4%	9 = 50%	2 = 33.3%
Psicofármacos	2 = 20%	1 = 4.7%	0 = 0%	0 = 0%	0 = 0%

CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

1. Discusión.

1.1 Primer Análisis Estadístico.

Las características generales de los 78 sujetos muestran que son, en su mayoría, del sexo masculino (73%), con un promedio de edad de 18.9 años y de 9 años de estudio (3o. de Secundaria). Por tratarse de jóvenes, más de la mitad de ellos (52.8%) se dedican exclusivamente a estudiar, mientras que 25.6% se encuentran desempleados. El nivel socioeconómico predominante es el medio bajo con 29.5%; y sólo una tercera parte de los sujetos (33.3%) pertenecen a familias integradas.

Se presenta conducta delictiva en un 37% de los casos.

El promedio de edad de inicio en el consumo es de 15.8 años. Es común la polifarmacodependencia (3 drogas), y consumen principalmente marihuana (92.3%), inhalantes (50%), y barbitúricos (41%). Poco menos de una cuarta parte de ellos (23%) dejaron el consumo de drogas y alrededor del 30% evolucionaron a disfuncionales.

Los estudios psicométricos muestran que 7.7% presentan daño cerebral en la prueba de Bender. El cociente intelectual es normal en la mayoría (69.2%).

El perfil de personalidad de la muestra estudiada obtenido a través del MMPI en este primer análisis estadístico, es resultado del análisis general de los datos de este test. En este análisis los promedios se obtuvieron en forma total, es decir, se mezclaron los puntajes

femeninos y masculinos, impidiendo esta situación identificar las características propias de personalidad en cada sexo. Por esta razón no se incluyen los resultados de la escala 5 (MF), El resto del perfil debe ser considerado con las reservas que esta limitación causa.

De acuerdo con Nuñez,¹⁶⁷ la presencia de la escala 8 como la más alta en el perfil normalmente sólo se presenta en sujetos jóvenes. La combinación 482 que menciona, muestra como características principales: "desconfianza y distanciamiento de la gente, evitando las relaciones interpersonales; [tienen] gran temor de involucrarse emocionalmente con otras personas, manifestando inseguridad, necesidad de atención, conducta impredecible y utilizan la racionalización y las manifestaciones sintomáticas ("acting out") como mecanismos de defensa, no obstante [son] emocionalmente [dependientes]".

El diagnóstico de este perfil es personalidad sociopática.

En los análisis clínico y socioeconómico se vuelve a tratar esta prueba.

Casi el 70% presentan Trastornos de Personalidad, el grupo de las Neurosis representa 19.1%, las Psicosis el 9% y el Síndrome Cerebral Orgánico 2.6%. Los Trastornos de Personalidad más comunes son: Personalidad Sociopática (19.1%), Personalidad Esquizoide (12.8%) y Depresión Reactiva (9%).

El tratamiento más utilizado fue la Psicoterapia Individual.

167 Nuñez, R. 1968, pag. 87

1.1.2 Segundo Análisis Estadístico

De las cinco afirmaciones computadas, sólo una tiene significancia estadística, la número 9, que menciona: Que existe relación entre el tipo de consumo y el diagnóstico psicológico, encontrándose significancia de .008. Esta relación se profundiza en el Análisis Clínico.

Resulta también de importancia clínica aunque no es estadísticamente significativa la afirmación número 5, que plantea: Que existe relación entre el nivel socioeconómico y la evolución en el consumo, que presentó una significancia de .09. Esta relación será analizada más a fondo en el Análisis Socioeconómico.

Es necesario aclarar que en la afirmación número 2, no se hizo el análisis de todas las drogas sino sólo de la marihuana. Y pudiera ser interesante desarrollar las comparaciones entre el nivel socioeconómico y las otras drogas; ya que a pesar de que entre nivel socioeconómico y marihuana no hubo correlación estadísticamente significativa, esto se debe a que la droga es ampliamente consumida en todos los niveles socioeconómicos, característica no compartida con los inhalantes y otras drogas.* Resulta de especial interés para este estudio el análisis de los sujetos no consumidores de marihuana. Son seis los sujetos que no consumen marihuana, cinco pertenecen al grupo funcional y uno al disfuncional. Se localizan aquí los sujetos de mayor edad en toda la muestra. Iniciaron el consumo a una edad mayor que el resto de los consumidores. Todos usan drogas depresoras y más de la mitad

* Ver Cuadro II

consumen barbitúricos, en menor proporción inhalantes y tranquilizantes menores; y como casos aislados, el consumo de tranquilizantes mayores y derivados del opio.

Pertenecen en su mayoría al nivel socioeconómico bajo y sus ocupaciones son diversas. Tuvieron evolución negativa en el consumo a disfuncionales y en un caso se abandonó el consumo.

En relación a su patología son trastornos severos en el 50% de los casos y en el otro 50% se presentan Neurosis.

En resumen, este grupo presenta patología severa en lo psicológico, y limitaciones en lo social; teniendo consumo problemático. Ver Cuadro III.

1.1.3 Tercer Análisis Estadístico.

En este análisis se obtienen 11 variables significativas en la clasificación del consumo. Resultando la duración del consumo la primera, y en segundo lugar la ocupación, la tercera variable en importancia son las drogas hipnóticas y tranquilizantes.

Resulta conveniente señalar que la duración del consumo y la ocupación, son dos indicadores considerados en la clasificación de los consumidores.

Para el Grupo I de experimentadores mantenerse por más tiempo en el consumo, implica su paso a consumidores sociales, y se determina que un consumidor es disfuncional si no tiene ocupación.

De esta manera, tanto los resultados obtenidos en este análisis estadístico como en la clasificación hecha por CEMEF, señalan

como importantes en la clasificación de los consumidores la duración del consumo y la ocupación.

Algunas drogas también tienen importancia por su peso discriminatorio y son: hipnóticos y tranquilizantes menores, antiparkinsonianos, marihuana, anfetaminas e inhalantes. Quedan comprendidas en ellas las dos drogas más usadas por los sujetos (marihuana e inhalantes).

La edad, tipo de familia, conducta delictiva y diagnóstico psicológico, son variables discriminantes en los diferentes tipos de consumo.

1.2 Análisis Clínico

Los resultados de los 78 sujetos muestran que existen algunas variables que se relacionan ya sea de manera directa o inversa con el tipo de consumo.

Estas variables se agrupan en sociales, psicológicas y de consumo. Dentro de las primeras se encuentra que la escolaridad es mayor en los experimentadores y los de mayor consumo los disfuncionales tienen la menor, siendo éste el único grupo en el cual ningún sujeto alcanza el nivel de estudios profesional. También resulta contrastante el nivel socioeconómico, a medida que aumenta el tipo de consumo, disminuyen las posibilidades económicas y se localizan seis de los diez marginados en el grupo disfuncional, casi una tercera parte de los sujetos de este grupo. El número de estudiantes es alto en todos los grupos excepto en los disfuncionales quienes tienen desocupación

total. Sólo en los funcionales existen sujetos que estudian y trabajan simultáneamente y tienen el mayor porcentaje de sujetos que trabajan. El mayor número de familias integradas corresponde a los consumidores experimentadores y el menor a los disfuncionales, siendo notable el número de sujetos que en este grupo viven solos, más de la mitad.

En relación a la conducta antisocial y delictiva se nota un incremento a medida que aumenta el consumo, siendo muy extendida en el grupo disfuncional en el que el 80% presenta estas actividades.

Como resultado de las conductas anteriores algunos sujetos (28.2%) habfan sido detenidos al menos alguna vez. Es de destacarse que ninguno de los detenidos pertenecen a los dos primeros grupos, sino que corresponden a los grupos III (40%) y IV (70%).

En el estudio psicométrico se observa en la prueba de Bender que los sujetos con daño cerebral se localizan en los grupos III (20%) y IV (10%). En la Prueba de Inteligencia para Adultos de Wechsler, los sujetos con inteligencia de Normal Brillante se encuentran en los grupos I y III. El diagnóstico de Normal es mayor en los experimentadores y va disminuyendo hasta alcanzar su nivel más bajo en los disfuncionales, único grupo con C.I. inferior al promedio.

En el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, se destaca la escala 8 como punta en todos los perfiles masculinos y en el 50% de los femeninos (Grupos I y IV). El otro 50% de los perfiles presenta la escala 4 como punta en el grupo II y la escala 2 en el - -

grupo III. Es de notarse que la escala 4 está presente siempre en segundo lugar en la combinación del perfil excepto en el caso mencionado.

Las escalas 2 y 7 están presentes en la combinación en tercer o cuarto lugar, sólo el grupo funcional femenino no incluye la escala 7 en el perfil.

Los casos de patología severa se ubican en los grupos III y IV.

El diagnóstico psicológico indica que la mayoría de los sujetos muestran Trastornos de Personalidad. Las Neurosis se encuentran principalmente en los grupos II (31.6%) y III (25%), mientras que las Psicosis no se presentan sino sólo en el grupo III (10%) y IV (25%). Los Síndromes Cerebrales Orgánicos se encuentran también en estos grupos.

La Personalidad Sociopática se encuentra principalmente en los sociales (31.4%) y disfuncionales (30%), mientras que en los funcionales es muy bajo (5%). La Personalidad Esquizoide es similar en los tres primeros grupos, mientras que en los disfuncionales es más baja (5%). La Depresión Reactiva se encuentra mayoritariamente en el grupo de experimentadores (26.3%) y está ausente entre los disfuncionales.

Clinicamente es importante la afirmación que plantea existe relación entre el tipo de consumo y el diagnóstico psicológico. Estadísticamente es significativa y los resultados clínicos muestran que no existe patología severa en los dos primeros grupos sino en los

dos últimos. Es decir, que la patología guarda relación directa con el tipo de consumo.

Al observar el tipo de consumo se encuentra que una variable de gran importancia es su duración, que obtiene el mayor peso discriminatorio en el Tercer Análisis Estadístico. Esto aunado al número de drogas usadas parecen ser factores de importancia en la evolución del consumo.

El grupo de experimentadores con menos tiempo de consumo y menor número de drogas usadas presenta el más alto nivel de exfarmacodependientes y ninguno de estos sujetos alcanzó el nivel de disfuncionalidad durante el estudio, por el contrario, en el grupo de disfuncionales sólo un sujeto evolucionó a exfarmacodependiente.

Si se observan los grupos de consumo por separado, se encuentran características particulares en cada uno, que son especialmente contrastantes entre los grupos extremos.

El grupo experimentador, el de menor consumo, se ubica socioeconómicamente por arriba del promedio general y alcanza el nivel más alto de todos los grupos. Es el único grupo en el cual no hay sujetos del nivel marginado. Son los más jóvenes y casi en su totalidad estudiantes (95%), obtienen una escolaridad por arriba del promedio general (10 años), la más alta.

La mayoría tiene un ambiente familiar propicio para su desarrollo, se encuentran aquí el mayor número de familias integradas (53%) y un bajo porcentaje de consumo problemático en los padres. Estos

factores permiten que los consumidores tengan sus necesidades básicas satisfechas.

No presentan conductas antisociales ni delictivas. Su patología característica es Estado de Ansiedad y se encuentra un alto porcentaje de Depresión Reactiva, el mayor en los grupos.

Se registra el mayor número de sujetos con inteligencia Normal mediante el WAIS con el que no se detectan sujetos Deficientes -- Mentales.

En el MMPI los perfiles tanto masculinos como femeninos -- tienen las escalas 8, 4, 2 y 7 como punta, mostrando características -- propias de la edad adolescente. Sin embargo, no presentan patología -- clínica severa. No existen sujetos con daño cerebral.

Su consumo de drogas es bajo tanto en número (1.3 drogas) -- como en duración (9 meses), ambos por debajo del promedio general. Su evolución es positiva, registrándose en este grupo el mayor número de -- exfarmacodependientes (53%), y es de destacarse que ningún experimen -- tador evoluciona a disfuncional, abandonando, la mayoría, el consumo -- después de un breve tiempo.

Puede decirse, en resumen, que este grupo no tiene problemáti -- ca severa en lo social, psicológico, ni de consumo; por el contrario, -- presenta las mayores facilidades para su desarrollo personal y social.

Otro grupo de consumo menor es el social, cuyo nivel socio -- económico se encuentra dentro del promedio general (Medio Bajo). Son -- estudiantes en su mayoría, con escolaridad media. Proviene en mayor

proporción de familias desintegradas (42.5%). Aparece en este grupo conducta delictiva, aunque en baja proporción (16%).

En la prueba de Bender ninguno presenta daño cerebral. Su inteligencia es Normal en la mayoría, mediante el WAIS, y aproximadamente una tercera parte son Subnormales y Borderline.

La patología característica es Neurosis de Angustia (21%) exclusiva de este grupo, y existe un alto porcentaje de Personalidad Sociopática (31.4%) casi igual que el grupo disfuncional.

El número de drogas usadas es igual al promedio general y la duración de su consumo es inferior en más de un año a este promedio. -- Aproximadamente la quinta parte del grupo evolucionan a exfarmacodependientes y un porcentaje menor llegan a disfuncionales (15.7%). La mayoría permanecen como consumidores sociales (53.1%).

Aunque este grupo presente limitaciones, los sujetos pueden realizar actividades productivas, y no existe problemática severa en ninguna de las áreas investigadas.

En el grupo funcional predominan los sujetos de nivel socioeconómico bajo (35%), tienen escolaridad media, estudian, trabajan, o ambas cosas, aquí se ubican los dos únicos profesionistas existentes en el grupo total.

Presentan igual proporción de familias integradas (45%) y desintegradas (45%) un porcentaje menor (10%) viven solos. La mitad del grupo presenta conducta delictiva.

Se localizan en este grupo el mayor número de sujetos con daño

cerebral. La mayoría tienen inteligencia Normal y se presenta un deficiente mental superficial.

La patología característica es Personalidad Esquizoparanoide (20%), exclusiva de este grupo, y Neurosis Depresiva (15%). La Psicosis se da en menor porcentaje (10%).

El número de drogas que usan es alto y está por arriba del promedio general, la duración del consumo es ligeramente mayor que este promedio. Abandonan el consumo (15%), la mayoría continúan - - siendo funcionales (40%) y poco más de la tercera parte evolucionan a disfuncionales (35%).

El grupo disfuncional forma una cuarta parte de la muestra estudiada. Son los de mayor edad. Tienen el menor ingreso y seis de los diez marginados se encuentran en este grupo. Su escolaridad la más - baja, dificulta la obtención de una ocupación que cubra sus necesidades básicas, aunado a esto el nivel de integración familiar es muy bajo (10%) y un gran número de ellos viven solos (55%), por lo que se encuentra un proceso de socialización deficiente, aspecto que favorece la presencia de otras conductas desviadas, además del consumo, como la delincuencia, que es muy alta (80%).

Las limitaciones mencionadas afectan el desarrollo e impiden también el de las capacidades individuales, encontrándose que este - grupo tiene el C.I. más bajo e incluso algunos con daño cerebral y deficiencia mental superficial.

El diagnóstico psicológico más común es el de Personalidad

Sociopática (30%). Es el grupo con patología más severa, pues tiene el mayor número de Psicosis (25%).

Presentan problema de polifarmacodependencia con un elevado número de drogas (5.8), las que han consumido por más largo tiempo (6 años) pues son, en promedio, los que se han iniciado a menor edad. La evolución de su consumo es negativa ya que es mínimo el número de ex-farmacodependientes (5%).

La disfuncionalidad que se presenta en su consumo de drogas también se encuentra en otras áreas que son básicas e indispensables para una adaptación productiva del individuo.

1.3 Análisis Socioeconómico

Al reconsiderar la muestra estudiada, ya no en función del consumo de drogas sino del nivel socioeconómico, se encuentra que la distribución de los sujetos en los grupos forma una curva normal donde el grupo III (Nivel Medio Bajo) es el mayor, con 29.5% de la población, seguido de cerca por el II (Nivel Bajo) con 27% y el IV (Nivel Medio) con 23%, y los grupos I (Marginados) y V (Medio Alto), son los menores con 12.8% y 7.7% respectivamente.

El sexo masculino predomina en todos los grupos a excepción del V en donde el 50% son mujeres.

En cuanto a la ocupación, el porcentaje de los sujetos que se dedican exclusivamente al estudio aumenta conforme el nivel socioeconómico (del 30% al 61.1%) a excepción del grupo V, que con 50% ocupa el segundo lugar.

El porcentaje de desocupación del grupo I es muy alto (60%) alrededor de tres veces mayor que en los otros grupos, que oscilan entre 17% y 22%.

Se observa un aumento en la escolaridad conforme se eleva el nivel socioeconómico y existe una diferencia de 3.8 años entre los promedios del grupo I y el V. En el grupo I, el nivel máximo de estudios es secundaria completa, en el II preparatoria incompleta, en el III estudios profesionales incompletos y en el IV y V se encuentran los únicos casos de profesionistas.

La integración familiar es menor en los grupos I (10%) y V (16.7%) y alcanza su nivel más alto en el grupo IV (50%). También los grupos I y V tienen un porcentaje alto (50%) de sujetos que viven solos.

Se encuentra conducta delictiva en los cinco estratos socioeconómicos pero es mayor en los bajos y disminuye conforme aumenta el nivel, en el grupo I (60%) y (16.7%) en el V. Los sujetos que han sido detenidos se distribuyen de manera similar, sólo que el grupo IV tiene un índice menor que el III, y va del 50% en el grupo I al 16.7% en el V. El sujeto con más detenciones pertenece al grupo V y es el único que ha sido detenido de su grupo y que por sus múltiples detenciones eleva el promedio.

Desde el punto de vista clínico, en el Test Gestáltico Visomotor de Bender, se presentan seis sujetos con daño orgánico y están ubicados 5 en el grupo II y uno en el grupo I.

El diagnóstico del WAIS muestra que el promedio de los grupos

I y II se ubica dentro de subnormales, mientras que los grupos restantes son normales, es el grupo V el que obtiene el promedio más alto - con 99 de C.I. total.

En los cinco grupos el mayor número de casos son diagnosticados como normales, aunque en los grupos I y II el porcentaje se encuentra alrededor de 50%, en el III y IV alrededor del 80%, y el grupo V presenta 100% de sujetos dentro de este diagnóstico.

El análisis del diagnóstico psicológico indica que en todos los grupos los trastornos de personalidad predominan, pues son el 70% del grupo I, el 61.9% del II, el 73.9% del III, el 77.8% del IV y el - - 50% del V.

Las neurosis aumentan conforme el nivel socioeconómico aumenta; en el grupo I alcanza sólo un 10% y se eleva hasta el 33.3% en el V.

Las psicosis tienden a disminuir en relación al nivel socioeconómico, a excepción del grupo V, que con 16.7% ocupa el segundo lugar, el primero lo ocupa el I con 20%

Los dos casos de síndrome cerebral orgánico se encuentran en el grupo II.

El diagnóstico más común es el de Personalidad Sociopática con 19.2% de la población, pero la distribución muestra que el 50% de los sujetos del grupo I lo presenta, mientras que en los demás grupos no llega al 20%

Le sigue la Personalidad Esquizoide con 12.8% y que alcanza

su nivel más alto en el grupo II donde corresponde al 23.7% de los sujetos. El tercer diagnóstico es la Depresión Reactiva que comprende el 9% de los casos y que en el grupo IV alcanza un 27.5% de su población.

Con relación al Tipo de Consumo, el grupo I presenta un alto porcentaje de sujetos disfuncionales (60%), casi tres veces mayor que los demás grupos.

Los consumidores funcionales se presentan con porcentajes elevados en los grupos II y V (33.3% en cada uno), mientras que el nivel más bajo corresponde al grupo I (10%).

El porcentaje de sujetos sociales es mayor en el grupo III - con 34.8% y el menor es el grupo IV con 11.1%.

Finalmente el grupo I no presenta ningún experimentador, teniendo el porcentaje mayor el grupo IV con 38.8%.

La edad de inicio del consumo fue menor en el grupo II, pues se dió en promedio a los 14.7 años, alcanzando el promedio más alto el grupo III con 16.6 años; pero en cuanto a la duración es el grupo IV el que presenta el promedio más bajo con dos años nueve meses de consumo, y el V el más alto con el doble de tiempo de consumo, cinco años seis meses.

El número de drogas usadas es mayor en los grupos I y II con un promedio de 4.4 y 3.6 respectivamente, disminuyendo en los otros grupos a 2.5 aproximadamente.

En los tipos de drogas usadas la marihuana está en primer lugar en todos los grupos, consumiéndola el 100% del I y del V, y dismi -

nuye hasta el 85.7% en el grupo II.

Los inhalantes, segunda droga en importancia, son también consumidos en todos los grupos; pero se observa claramente la disminución del consumo conforme se eleva el nivel socioeconómico, pues va del 80% en el grupo I al 16.7% en el V.

Los barbitúricos, también utilizados en todos los grupos, - disminuyen su consumo a medida que aumenta el nivel socioeconómico, a excepción del grupo IV que presenta un porcentaje mayor que el III. En el grupo I es de 70% y disminuye en el V a 16.7%.

La evolución del consumo se da de la siguiente forma: los grupos I y II son los que obtuvieron el nivel más bajo de exfarmacodependientes, siendo de 0 en el I y llega hasta 14% en el II, ligeramente más arriba se encuentra el grupo V con 16.7%, luego el IV y finalmente el III con 39%, donde se encuentra la mitad del total de exfarmacodependientes.

Los grupos de mayor deterioro en su evolución son el I y el II, que alcanzan el 70% y el 42.8% de sujetos disfuncionales respectivamente, mientras que los tres grupos restantes no llegan a 17%. - En resumen, la evolución a exfarmacodependientes es nula o muy baja en los dos primeros grupos, mientras que la disfuncionalidad es muy elevada en comparación con los tres grupos restantes, lo que parece apoyar la hipótesis mencionada en el segundo análisis estadístico sobre la relación entre estas dos variables.

Al hacer el análisis de los sujetos agrupados de acuerdo -

con su nivel socioeconómico, se encuentran las siguientes características:

El grupo de menores ingresos, el grupo I, está formado por el 12.8% de la población total, con una edad de 18.8 años en promedio. Tienen el mayor índice de desempleo (60%), casi tres veces mayor que los demás grupos y el menor de estudiantes (30%). Tienen también el menor promedio de escolaridad, 7.5 años, y los sujetos presentan como nivel máximo de estudios el tercer grado de secundaria.

Sólo un 10% de los sujetos pertenecen a familias integradas y la mitad del grupo vive solo.

Poseen el porcentaje más elevado de delincuencia y el promedio más alto de detenciones.

Sólo en este grupo y en el II existe daño detectado en el test de Bender y su C.I. es de 87, por debajo del Normal. En el MMPÍ predomina la combinación 842 que, según Nuñez¹⁶⁸ se caracteriza por desconfianza y distanciamiento, temor de involucramiento emotivo, inseguridad y conducta impredecible, rasgos comunes en la adolescencia.

El diagnóstico psicológico en el 50% de los casos es Personalidad Sociopática y tiene el mayor porcentaje de Psicosis de todos los grupos (20%).

En cuanto al consumo de drogas, el 60% son disfuncionales que usan un elevado número de drogas (4.4). Todos consumen marihuana y es el grupo con mayor consumo de inhalantes (80%), antiparkinson-

nianos (80%) y barbitúricos (70%). Presentan la peor evolución en el consumo, pues no existe un solo caso de exfarmacodependencia e incluso la disfuncionalidad se eleva hasta un 70%.

El grupo II, nivel bajo, es el segundo en tamaño (27% de la población), se caracteriza por tener el mayor porcentaje de hombres -- (85%); son los de menor edad (17.6 años) y su escolaridad es baja -- (7.6 años) sólo superior al grupo I.

Comparte con el grupo V el porcentaje más alto de sujetos -- que trabajan (33.3%). El 38% de los sujetos pertenecen a familias integradas, sólo por debajo del grupo IV, pero presentan el mayor nivel de alcoholismo en los padres (38%). Los sujetos de conducta delictiva forman el 47.6% del grupo; sólo el grupo I tiene un porcentaje mayor.

Se encuentra que el mayor número de sujetos con diagnóstico de daño (5) y el C.I. Total, es el más bajo (86) y es el único grupo -- con deficiencia mental superficial (9.5%).

Los diagnósticos más comunes son Personalidad Esquizoide (23.7%) y Personalidad Sociopática (19%) y es el único grupo que presenta diagnóstico de Síndrome Cerebral Orgánico (9.5%).

Este grupo se inicia en el consumo a menor edad que los otros (14.7 años) y el número de drogas usadas es de 3.6, sólo inferior al grupo I.

El número de consumidores de marihuana es el más bajo -- (85%), pero tienen segundo lugar en inhalantes (61.9%), antiparkinsonianos (47.7) y barbitúricos (42.8%) siempre después del grupo I y es

el mayor consumidor de codefna.

Su evolución es negativa pues sólo un 14.2% de los sujetos cambiaron a exfarmacodependientes, mientras que un 42% evolucionan a disfuncionales.

El grupo III, nivel medio bajo, es el mayor con 29.5% de la población y su edad es elevada (19.8 años) sólo inferior al grupo V.

La mayoría se dedican a estudiar (56.5%), nivel sólo superado por el grupo IV.

Aunque en todos los grupos hay un alto índice de desintegración familiar, éste es el más alto (43.6% de la población). Un 30.5 de los sujetos presenta conducta delictiva, pero su índice de detenciones es el más bajo, 0.3 en promedio.

Este grupo obtiene un C.I. Total de 97, sólo inferior al grupo V.

En cuanto al diagnóstico psicológico es el único grupo donde se presenta la Hipomanía (17.4) y el de mayor porcentaje de Personalidad Borderline (13%) y de Neurosis de Angustia (13%).

Es, junto con el grupo V, el de menor número de drogas usadas (2.5) y su evolución en el consumo es la mejor, pues el 39% de los sujetos cambiaron a exfarmacodependientes, un 26% se ubicaron como funcionales y su porcentaje de disfuncionales es el menor (13%).

Por su parte el grupo IV (23% de la población), tienen una edad de 18 años y su escolaridad es alta (9.7 años) sólo menor al grupo V y tiene el porcentaje más elevado de estudiantes (61%).

Tiene el mayor nivel de integración familiar (50%) y el menor de su-

jetos que viven solos (16.7%). La presencia de conducta delictiva es -
baja (27.6%).

Su nivel de inteligencia es Normal con un C.I. de 95.

Es el grupo con mayor proporción de Trastornos de Personalidad - -
(77.8%) y el diagnóstico principal es Depresión Reactiva (27.5%) y es -
el único que no presenta casos de Psicosis.

Tiene este grupo el mayor porcentaje de sujetos experimentadores -
(38.8%) y el número de drogas usadas es bajo. Su evolución a exfarmacodependientes es alta (28%) sólo menor al grupo III.

Finalmente, el grupo V, nivel medio alto, es el menor (7.7% de la
población) y es el único donde hay igual número de hombres y de mujeres.

Tienen el mayor promedio de edad (21.8 años), de escolaridad (11.3
años) y, compartido con el grupo I, el mayor porcentaje de sujetos que
viven solos (50%).

Presenta el menor índice de conducta delictiva (16.7%). Obtiene -
el C.I. mayor con 99. Todos los sujetos tienen diagnósticos distintos,
50% Trastornos de la Personalidad, 33.3% de Neurosis y 16.7% Psicosis.

Tiene, junto con el grupo II, el mayor porcentaje de consumidores-
funcionales (33.3%); y es el menor en disfuncionales (16.7%). Tiene -
la más alta duración de consumo (5.6 años), mayor en más de año y me-
dio al grupo que le sigue, pero el número de drogas usadas es bajo (2.5).
Todos consumen marihuana y el 50% anfetaminas, pero el consumo de -
depresores es bajo. La evolución a exfarmacodependientes y a disfun-
cionales es igual (16.7%).

2. Conclusiones.

A través de los resultados de esta investigación se pretende ofrecer respuestas a las interrogantes formuladas en el planteamiento del problema.

El estudio de campo comprende una muestra pequeña de un ambiente particular que no representa a la población de nuestro país, por lo que no intenta generalizar los resultados, sino obtener respuestas para la situación particular de este lugar y compararla con las investigaciones mencionadas en la revisión bibliográfica y con el marco teórico expuestos anteriormente.

Los sujetos presentan rasgos coincidentes con las características del consumo a nivel nacional que se expresan en el segundo capítulo en relación al predominio del consumo masculino, la edad, principales drogas usadas y en el incremento de la polifarmacodependencia en el consumo problemático.

Desde un punto de vista clínico, es importante encontrar aquellas variables asociadas a situaciones problemáticas, ya sean de tipo psicológico, social y/o de consumo, así como aquellas otras que se dan en los sujetos que presentan un desarrollo más o menos adecuado.

Un primer cuestionamiento es si el uso de drogas es causa de la patología del consumidor o ésta es causada por otros factores.

La muestra estudiada presenta una relación estadísticamente significativa entre el tipo de consumo y la patología existente.

Los sujetos no dependientes presentan rasgos patológicos poco severos, mientras que en los grupos dependientes la patología es mayor, particularmente en el grupo de farmacodependientes disfuncionales, que son los consumidores problema; en este grupo, por ejemplo, se encuentra el 75% de las Psicosis de la Muestra total. Su consumo es elevado tanto en intensidad como en diversidad de drogas, lo que representa un mayor riesgo no sólo psicológico sino físico, por las características químicas de las sustancias ingeridas, en muchas ocasiones simultáneamente. Como consecuencia, la evolución tiende a ser más negativa conforme el consumo aumenta.

Estos datos parecen confirmar que el consumo intenso tiene una capacidad patogénica, pero al observar la muestra se encuentran otros factores que propician la Disfuncionalidad de los sujetos, ya que presentan una elevada proporción de limitantes que dificultan su desarrollo y obstaculizan su integración a la sociedad y que, al mismo tiempo, parecen facilitar el surgimiento de conductas desviadas. Estos factores en muchas ocasiones anteceden al consumo de drogas, por lo que la disfuncionalidad de los sujetos no es producida por la farmacodependencia, sino por el contrario, aquella puede ayudar al desarrollo de una farmacodependencia severa, y/o al surgimiento de otras conductas antisociales.

En la clasificación del tipo de consumo, parece quedar implícito que el avance de la farmacodependencia lleva a la disfuncionalidad; sin embargo, en la muestra estudiada los sujetos son disfuncionales

farmacodependientes más que farmacodependientes disfuncionales.

En el Análisis Psicosocial se busca respuesta a la manera en que los factores sociales favorecen o dificultan la patología, y se encuentra que conforme el nivel socioeconómico es menor, es mayor el grado de disfuncionalidad y de patología severa. La falta de actividad laboral y social, factores que conforman la disfuncionalidad, son considerados en sí mismos síntomas importantes de patología,* pues implican pasividad y aislamiento y, de acuerdo con el marco teórico mencionado, son índices de enfermedad.

En todos los estratos socioeconómicos se da la disfuncionalidad, pero ésta aparece especialmente elevada en el grupo de marginados.

En los dos grupos de menores recursos, la presencia de conductas desviadas es mayor. el 55% de la delincuencia de la muestra total se encuentra en ellos.

Estos grupos presentan una evolución negativa ya que tienen el 70% de los sujetos que evolucionan a disfuncionales, mientras que no existe ningún marginado exfarmacodependiente, y en el grupo II sólo un 14.7% alcanzan este nivel. El diagnóstico principal del grupo marginado es personalidad sociopática en la mitad de los casos y un 20% de psicosis, junto con el grupo II tienen el 71% del total de psicosis y el 60% de las personalidades sociopáticas, pero la patología, más que producto de conflictos individuales, parece tener un origen social.

Los datos concuerda con los estudios mencionados en el marco teórico en relación con las características generales de los sujetos de

* Breviario DSM III, 1983, pp. 16

menores recursos y sugieren la necesidad de replantear las formas de tratamiento en un contexto más amplio, que busque dotar a estos sujetos de recursos que faciliten un proceso de integración social, productividad, autoconocimiento y de conocimiento de la realidad, es decir; de salud mental.

En los sujetos marginados y, en general, en los de escasos recursos, el desarrollo psicológico se dificulta por la falta de identidad, pues estos sujetos con un desarrollo fragmentado, sólo pueden tener una captación parcial de la realidad. La competencia desventajosa en que se encuentran en la sociedad contemporánea los lleva a ser incapaces de adaptarse a las normas existentes.

De acuerdo con el marco teórico la enajenación es un proceso de fragmentación, de extrañamiento del individuo ante sí mismo, y es un proceso tanto individual como social. En la muestra de Pachuca, las carencias a las que se encuentran expuestos los sujetos marginados, facilitan la presencia de este proceso de enajenación, al bloquear severamente las potencialidades de estas personas para ser agentes de su propia historia. Estos sujetos, con alta proporción de disfuncionalidad, requieren más que de una rehabilitación, de una habilitación que les permita participar dentro del grupo social. Habilidadación que trasciende el ámbito psicológico y de consumo, pues aunque éste, particularmente la polifarmacodependencia, puede ser un factor patológico, no es un factor causal primario sino secundario y el combate de la farmacodependencia, aunque sea exitoso, sólo soluciona -

parcialmente la problemática de estos sujetos.

Los grupos marginados son grupos de alto riesgo. Su atención implica una acción multidisciplinaria de educación, socialización, capacitación y concientización, que les permita actuar de manera activa - no sólo en la satisfacción de sus necesidades básicas, sino en el desarrollo de su potencial humano.

Los grupos de mayores recursos - los tres de clase media - tienen satisfechas sus necesidades básicas y su proceso de socialización es más favorable. Presentan más actividad, un alto porcentaje - en estos grupos se dedica al estudio, lo que a su vez facilita la obtención de una ocupación.

La evolución es positiva ya que en estos tres grupos se concentran la mayoría de exfarmacodependientes, la disfuncionalidad no llega al 17% en ninguno de los tres y tienen un medio más favorable para el desarrollo de sus potencialidades. Estos sujetos, con un desarrollo más adecuado y una personalidad más integrada, pueden responder más adecuadamente a un tratamiento psicológico.

En resumen se puede concluir que el consumo de drogas es un fenómeno que sigue incrementándose, situación que parece confirmarse en los informes más recientes de la ONU (Caracas, Nov. de 1987).

El consumo de drogas, particularmente el consumo múltiple, puede ser patogénico, pero en la muestra estudiada, especialmente en los "consumidores problema", los disfuncionales, la patología está - más relacionada con limitantes socioeconómicos que directamente -

con el consumo de drogas, conclusión que concuerda con la de otros autores mencionados en el Capítulo III.

La marginación social favorece la presencia de un proceso de enajenación al bloquear el desarrollo de las potencialidades de los sujetos en forma severa, por lo que atacar en estos sujetos el consumo de drogas es inefectivo.

El tratamiento debe encauzarse de manera integral y multidisciplinaria a lograr la habilitación del sujeto para satisfacer sus necesidades básicas psicológicas y sociales.

En aquellos sujetos sin estas limitantes sociales, la farmacodependencia puede ser un factor patógeno primario y el tratamiento psicológico puede ser el más adecuado para la obtención de Salud Mental.

CUADRO I
INFORMACION OBTENIDA

- I. DATOS GENERALES**
1. Sexo. 2. Edad. 3. Estado Civil. 4. Duración de la Asistencia.
- II. DATOS SOCIALES**
5. Escolaridad. 6. Ocupación. 7. Ingreso. 8. Estrato Socioeconómico.
- III. DATOS SOCIALES; FAMILIARES**
9. Situación Familiar. 10. Número de Hermanos. 11. Lugar Ocupado en la Familia. 12. Antecedentes de Consumo en los Padres.
- IV. DATOS DE CONSUMO**
13. Edad de Inicio. 14. Tipo de Consumo. 15. Duración. 16. Evolución. 17. Número de Drogas Usadas. 18. Marihuana. 19. Inhalantes. 20. Antiparkinsonianos. 21. Codeína. 22. Hipnóticos no Barbitúricos. 23. Anfetaminas. 24. Tranquilizantes Menores. 25. Derivados del Opio. 26. Tranquilizantes Mayores. 27. Barbitúricos.
- V. DATOS DE CONDUCTA DELICTIVA.**
28. Delito(s). 29. Número de Detenciones. 30. Causas de Detenciones. 31. Robo. 32. Venta de Droga(s). 33. Vagancia.
- VI. DATOS PSICOMETRICOS**
34. Test Gestáltico Visomotor de Bender. 35. Test de Matrices Progresivas de Raven. WAIS; 36. Información. 37. Comprensión. 38. Aritmética. 39. Semejanzas. 40. Repetición de Dígitos. 41. Vocabulario. 42. Símbolos y Dígitos. 43. Figuras Incompletas. 44. Diseño con Cubos. 45. Ordenamiento de Dibujos. 46. Ensamble de Objetos. 47. C.I. Verbal. 48. C.I. de Ejecución. 49. C.I. Total. 50. Diagnóstico del C.I. Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI. 51. Escala L. 52. Escala F. 53. Escala K. 54. Escala 1. 55. Escala 2. 56. Escala 3. 57. Escala 4. 58. Escala 5. 59. Escala 6. 60. Escala 7. 61. Escala 8. 62. Escala 9. 63. Diagnóstico Psicológico.
- VII. TRATAMIENTOS.**
64. Terapia Individual. 65. Terapia de Grupo. 66. Terapia Conductual. 67. Terapia Familiar. 68. Orientación Familiar. 69. Actividades Terapéuticas. 70. Psicofármacos.

CUADRO II

HIPOTESIS PLANTEADAS EN EL SEGUNDO ANALISIS ESTADISTICO

VARIABLES	HIPOTESIS:	"Existirá relación entre: ... "
1) V14 - V8		Consumo y Nivel Socioeconómico
2) V 8 - V18-27		Nivel Socioeconómico y Tipo(s) de Droga(s) Usada(s)
3) V 5 - V18-27		Escolaridad y Tipo(s) de Droga(s) Usada(s)
4) V 6 - V18-27		Ocupación y Tipo(s) de Droga(s) Usada(s)
5) V 8 - V16		Nivel Socioeconómico y Evolución
6) V 5 - V16		Escolaridad y Evolución
7) V 6 - V16		Ocupación y Evolución
8) V63 - V18-27		Diagnóstico Psicológico y Tipo(s) de Droga(s) Usada(s)
9) V14 - V63		Tipo de Consumo y Diagnóstico Psicológico.
10) V 5 - V28-33		Escolaridad y Delincuencia
11) V 6 - V28-33		Ocupación y Delincuencia
12) V 8 - V28-33		Nivel Socioeconómico y Delincuencia
13) V 8 - V49		Nivel Socioeconómico y Cociente Intelectual Total.

CUADRO III
SUJETOS NO CONSUMIDORES DE MARIHUANA

<u>Sujeto</u>	<u>Edad</u>	<u>Edad I.</u>	<u>Drogas Usadas</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Nivel Socioec.</u>	<u>Ocupación</u>
III-1	16	15	Inhalantes, Barbitúricos y Tranq. Menores	Ns. Mixta	Bajo	Estudiante
III-2	20	16	Inhalantes	Esquiz. Paranoide	Bajo	Chofer
III-3	24	18	Barbitúricos	Psic. Alcohólica	Bajo	Agricultor
III-4	26.6	24	Deriv. del Opio y Tranq. Mayores	Ns. Depresiva	Medio	Médico
III-5	26	17	Barbitúricos	Ns. Depresiva	Medio Bajo	Agricultor
IV-6	29	19	Tranq. Mayores y Barbitúricos	Psic. Maníaco Depresiva	Medio Bajo	Empleado

APENDICE I

LAS DROGAS Y SUS EFECTOS

Las drogas se dividen en Estimulantes, Depresoras y otras.

Dentro del grupo de los Estimulantes se encuentran las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos. El segundo grupo, los Depresores, contiene a los hipnóticos sedantes, alcohol, ansiolíticos, analgésicos, narcóticos y los inhalantes. Finalmente, el grupo especial contiene a los antihistamínicos, los anticolinérgicos y los antiparkinsonianos.

Los efectos de las drogas no dependen sólo de las características particulares de la sustancia, sino que varían de acuerdo con las características del consumidor, así como del ambiente en que son consumidas, pero existen efectos que se mantienen estables y que son característicos de cada sustancia. A continuación se encuentran algunas de las características principales de estas drogas y de los efectos que producen.

Las drogas estimulantes tienen como primera subdivisión a las Anfetaminas, que actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) de manera similar a la epinefrina (adrenalina). La mayoría de las anfetaminas usadas hoy en día son: el sulfato de anfetamina (benzedrina), sulfato de dextroanfetamina (dexedrina) y metanfetamina. Todas se basan en la misma estructura química, semejante a las catecolaminas corporales. Trabaja a nivel sináptico en tres formas: libera reservas de Catecolaminas, previene su almacenamiento posterior, e inhibe a la enzima monoaminooxidasa prolongando la estimulación en la neurona.

Los efectos físicos que produce son principalmente: enmascara la fatiga, afecta los sistemas respiratorio y cardiovascular, incrementando la presión sanguínea, disminuye el apetito y aumenta el estado de alerta quitando el sueño. Acelera y desincroniza las ondas cerebrales.¹⁷¹

Los efectos psicológicos principales son: altera el humor y provoca una sensación de bienestar. El sujeto se vuelve comunicativo, generalmente en el mismo tópico y puede caer en estados de confusión.¹⁷²

Con uso crónico y dosis de 12 a 30 mg. al día se observan episodios psicóticos, como pérdida de contacto con la realidad; pero en general el sujeto no pierde la conciencia y puede funcionar normalmente en la sociedad.¹⁷³

Las anfetaminas tienen muy diversos usos terapéuticos, se usan para disminuir de peso a través de la inhibición del centro del apetito en el encéfalo, se utiliza para regularizar los patrones del sueño así como por efectos antidepresivos.¹⁷⁴

Hay discrepancia entre los investigadores sobre si estas drogas producen dependencia física o no. Algunos estudios (CEMEF, 1976; Jenkins y Brody, 1974, etc.), afirman que no la produce, mientras otros como Sarason, 1975, afirman que sí. Existe cierto acuerdo en que su uso prolongado causa excitabilidad, fatiga acumulada y otros síntomas más o menos severos. También produce tolerancia ligera así como fuerte dependencia psicológica. Pueden producirse intoxicaciones.¹⁷⁵

171 ibid.

172 CEMEF, 1976

173 ibid

174 Jenkins y Brody, 1974

175 Jenkins y Brody, 1974.

ciones por sobredosis con brotes psicóticos que terminan junto con el efecto de la droga. El intoxicado puede presentar irritabilidad, agresividad, insomnio, y otros síntomas, de acuerdo con la intensidad de la intoxicación y llegar, en algunos casos, a la muerte.

176

Esta droga tiende a ser consumida principalmente por mujeres jóvenes, para controlar el peso, así como por personas que requieren permanecer despiertas (choferes, veladores, estudiantes).

Otro estimulante es la Cocaína, que se obtiene de las hojas del arbusto de la coca (*Erythroxylon Coca*), actúa como inhibidor de la monoaminoxidasa y estimula al Sistema Nervioso Central y al Simpático.

Puede ser inhalada o inyectada por vía intravenosa. Consumida en dosis bajas disminuye el ritmo cardíaco, pero con dosis mayores lo acelera, produce presión alta, aumenta la temperatura corporal y causa escalofríos mientras el cuerpo se ajusta.

El uso crónico de esta sustancia da como resultado hiperestimulación, así como malestares físicos, pudiendo, incluso, dañar las membranas nasales.

Los efectos psicológicos que presenta el consumidor son: sentimiento de grandeza, de fuerza física y mental. Se presenta excitación eufórica y en ocasiones alucinaciones.

Esta sustancia tiene uso clínico como anestésico local.

No produce dependencia física, pero puede producir fuerte dependencia psicológica, por las sensaciones que produce. Cuando terminan sus efectos puede causar depresión en el consumidor, pero esto en - -

menor escala que en el caso de las anfetaminas. La intoxicación aguda es similar a la que se produce con las anfetaminas.¹⁷⁷

Los Alucinógenos, también llamados psicoticomiméticos, son sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan la psicosis y suelen provocar alucinaciones.¹⁷⁸ Las más comunes son: LSD (dietilamida del ácido lisérgico),¹⁷⁹ la mezcalina del peyote, la psicocibina, y la marihuana, que por sus características es tratada por separado, y algunas otras sustancias sintéticas (DMT, DET, etc.) y naturales¹⁸⁰ (ololihqui, toloache, etc.).

La mayoría de estas drogas son alcaloides muy parecidos entre sí. Se absorben bien por vía oral y parenteral, distribuyéndose en todos los órganos, metabolizándose casi totalmente. Los efectos son percibidos entre media hora y hora y media después del consumo y dura entre nueve y doce horas.¹⁸¹

Tomando como modelo el LSD, estas drogas parecen actuar bloqueando o reemplazando la producción de catecolaminas. Su acción aparentemente rompe los patrones de comunicación de varias partes del cuerpo al cerebro, por lo que en lugar de tener una percepción ordenada y selectiva, así como un análisis de los impulsos sensoriales, el cerebro es bombardeado por una amplia variedad de estímulos externos indiferenciados, al igual que de material inconsciente que llega a la conciencia al azar. Pequeñas cantidades de esta droga pueden almacenarse

177 *Ibid.*
y Brody, 1975

178 CEMEF, 1976
180 Díaz, 1975

179 Sarason, 1975, Jenkins
181 CEMEF, 1976.

en el hígado y al ser nuevamente liberadas da origen a un fenómeno denominado recurrencia, que consiste en volver a sentir los efectos horas o días después que se consumió.¹⁸²

La diferencia principal entre estas drogas es la potencia de sus efectos. El LSD es sumamente potente, pues con sólo 20 microgramos produce efectos, pero las dosis comúnmente usadas van de 50 a 150 microgramos. La Mezcalina es menos poderosa, pues se necesitan de 20 a 40 miligramos para producir efectos, y la psicocibina de los hongos requiere de dosis de 200 a 300 miligramos.

Los efectos físicos que estas drogas producen son pocos si son comparados con los psicológicos, estas drogas provocan alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo, como midriasis, taquicardia, salivación, así como ataxia ligera, tumblores e incoordinación muscular.

Los efectos psicológicos son muy variables, como alucinaciones visuales ricas en contenido, sensación de movimiento constante, un estado placentero y eufórico que puede cambiar a un estado de ansiedad y angustia. Puede ocasionar despersonalización, distorsión perceptual, distorsión de tiempo y espacio y en ocasiones sinestesia.¹⁸³

De estas drogas sólo el LSD ha tenido algunos usos clínicos, utilizándose en tratamientos psicoterapéuticos de alcohólicos y de personas desahuciadas por causa de alguna enfermedad, obteniéndose resultados bastante significativos.¹⁸⁴

El peyote y los hongos alucinógenos tienen una larga tradición de uso místico en nuestro país, como hemos visto.

¹⁸² Jenkins y Brody, 1975. ¹⁸³ Jenkins y Brody, 1974 y Sarason, 1975

¹⁸⁴ DeBold y Leaf, 1970.

Este tipo de drogas no produce dependencia física, pero sí una tolerancia grande y rápida, la cual desaparece con unos días sin consumo. La intoxicación aguda junto con los síntomas psicológicos mencionados, pueden provocar brotes psicóticos por tiempos largos. Los efectos de estas drogas están muy determinados por situaciones externas o ambientales.

185

La Marihuana, aunque es un alucinógeno leve, se trata por separado, debido a que es la droga más consumida en el país, como se mencionó anteriormente; tiene, además, un gran consumo mundial y es probablemente la droga más estudiada en la actualidad.

Esta planta cuyo nombre científico es Cannabis, tiene dos variedades, Sativa e Indica, y se extiende a lo largo de casi todo el mundo del Ecuador hasta las zonas templadas. Recibe los más diversos nombres y se prepara de diferentes maneras.

186

La sustancia activa de la marihuana es el Á 9 Tetra hidro cannabinoil, que parece actuar sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y el Hipotálamo.

187

Generalmente se consume fumándola y sus efectos se presentan entre cinco y quince minutos después y duran entre una hora y dos y media horas, aunque también puede ser ingerida.

188

Como en el caso de los otros alucinógenos, sus efectos físicos son insignificantes al compararse con los psicológicos. Los más comunes son la sensación de hambre y sed, provocados al parecer por la resequedad de las mucosas, boca y garganta; la percepción visual cambia

185 Jenkins y Brody, 1974

187 Grinspoon, 1973

186 CEMEF, 1975

188 Jenkins y Brody, 1974

los colores son percibidos como más intensos y brillantes; parece haber una disminución del umbral auditivo y aumento del ritmo cardíaco.¹⁸⁹

En cuanto a los efectos psicológicos que produce son variables e impredecibles. La primera vez que una persona siente los efectos de la marihuana, generalmente se muestra en un "éxtasis" eufórico, en ocasiones provoca volubilidad, en otras laxitud y ocasionalmente angustia e ideas paranoides. Comúnmente causa sensación de irrealidad ligereza o pesadez. Las ideas fluyen con gran rapidez, sobre todo con los consumidores menos experimentados, la memoria inmediata se altera, por lo que con igual velocidad se pierden las ideas. Altera también la percepción del tiempo y el espacio y muy raras veces produce alucinaciones,¹⁹⁰ sobre todo por las dosis que se usan comúnmente en nuestro país.

La marihuana tuvo en la antigüedad un amplio uso medicinal, pero actualmente no se le reconoce ningún valor clínico y es considerada droga ilegal en gran número de países.

No produce dependencia física ni tolerancia, incluso se habla de una tolerancia inversa, es decir, que cada vez es necesario dosis menores para producir los efectos.¹⁹¹

Aunque algunas investigaciones mencionan intoxicaciones agudas con efectos de tipo psicótico, éstas son muy raras y parecen deberse más bien a problemas de personalidad del usuario, que a la misma droga.¹⁹²

El segundo grupo de drogas son las denominadas Depresoras e incluyen a los Analgésicos Narcóticos, los Hipnóticos Sedantes, los -
189 Grinspoon, 1973 190 ibid. 191 ibid. 192 ibid.

Ansiofíticos, el Alcohol, y los Solventes Inhalantes.

Por su capacidad de producir dependencia y trastornos físicos, se les llama también drogas "duras".¹⁹³

Los Analgésicos Narcóticos, son sustancias que actúan directamente en el SNC, suprimen el dolor y son magníficos inductores del sueño; también actúan sobre el SNP.¹⁹⁴

El narcótico más antiguo y conocido es el Opio, que se obtiene de la amapola (*Papaver Somniferum*) que puede fumarse o utilizarse en la elaboración de morfina, heroína o codeína.

Según su origen, los narcóticos pueden ser de tres tipos: a) Alcaloides naturales del Opio; b) Alcaloides semisintéticos (morfina, heroína y codeína); c) Alcaloides sintéticos (metadona y otros).¹⁹⁵

Dependiendo de la droga que se trate puede ser fumada (opio), inyectada en el torrente sanguíneo (morfina y heroína) o ingerida por el tracto gastrointestinal (metadona y codeína).

Todos los efectos centrales de estas drogas ocurren en el cerebro y en la médula espinal y parece que provocan un aumento en las catecolaminas o transmisores neuroquímicos.

En dosis pequeñas producen analgesia, alivian el dolor, la fatiga y el hambre; causan euforia, la cual, conforme aumenta la dosis pasa rápidamente a sueño profundo, respiración deprimida y miosis. En dosis muy altas pueden producir estados de coma capaces de llegar a la muerte por paro respiratorio. También producen constipación en el tracto gastrointestinal.¹⁹⁶

193 Jenkins y Brody, 1974

194 CEMEF, 1976 195 CEMEF, 1976

196 ibid.

Los efectos psicológicos más comunes son: la hipnosis, alivio de miedo, ansiedad y aprehensión, creando una sensación de bienestar y euforia. Deprime la atención y concentración del individuo y produce sedación y apatía.

197

El Opio y la Herofina no tienen ninguna aplicación médica y están legalmente prohibidos, pero la morfina se usa como analgésico y sedante en enfermedades dolorosas; la Metadona se utiliza en muchos países como forma de tratamiento de la herofina; sin embargo, el narcótico que parece tener un uso clínico más amplio es la Codefina, que se utiliza extensamente en los jarabes y medicinas para la tos, ya que es un efectivo antitusivo.

198

Todos los narcóticos producen dependencia física, aunque no todos los usuarios la desarrollan. Produce tolerancia y la suspensión del consumo puede ser desagradable por el síndrome de abstinencia, que es doloroso, pero no tan peligroso como el que se presenta con los barbitúricos. El síndrome empieza comúnmente de seis a doce horas después del último uso; se empieza a bostegar, se suelta la nariz, los ojos se ponen llorosos y se empieza a sudar; después se entra en un sueño inquieto por aproximadamente diez horas, al despertar el sujeto se torna irritable y cansado. Se sufren calambres y dolor muscular, así como una marcada pérdida del apetito.

El peligro mayor de los narcóticos es la posibilidad de una sobredosis, que puede provocar, incluso, la muerte y requiere acción médica inmediata para evitar el shock y el paro respiratorio.

199

Los narcóticos son, quizás, las drogas más atacadas, y debido a ellas se ha desarrollado la legislación que ataca el fenómeno, aunque existan drogas más peligrosas, como en el caso de las que serán tratadas a continuación.

Los Hipnóticos Sedantes son depresores que provocan efectos sobre las funciones cerebrales y se dividen en Barbitúricos (derivados del ácido barbitúrico) y No Barbitúricos (glutetimida, hidrato de cloral, carbromal y etilurea). Por sus efectos similares se tomarán como ejemplo los barbitúricos.²⁰⁰

El Acido Barbitúrico fue sintetizado en Alemania a finales del siglo pasado; las distintas sustancias barbitúricas tienen una estructura química similar variando según se sustraen o agregan diferentes cadenas, lo que da drogas con diferentes índices de metabolización y por lo tanto, de acción en el cuerpo. Los hay de acción ultracorta, como el exobarbital con efectos que duran de quince a treinta minutos y de acción corta como el seconal, nembutal, tuinal, etc., de treinta minutos a tres horas de duración, de acción intermedia de seis a diez horas, como el amobarbital, y de larga acción como el fenobarbital, con duración mayor a diez horas.²⁰¹

En dosis bajas, los efectos físicos que producen son sedación e hipnosis, pero a diferencia de los opiáceos, no tienen propiedades analgésicas.

Existe una clara relación entre la dosis y la acción corporal, pudiendo presentarse una sobredosis fatal con aproximadamente diez

veces la dosis terapéutica. Reduce la excitación y el funcionamiento corporal y produce relajación y debilidad general. El sueño que provoca es diferente al fisiológico, pues disminuye la fase REM.²⁰²

El usuario crónico sufre temblores, camina vacilante y habla arrastrando las palabras aparentando estar borracho, pero sin el olor característico del alcohol.²⁰³

En cuanto a los efectos psicológicos disminuye la tensión y ansiedad. Cuando el consumidor no duerme, puede mostrar signo de confusión mental, euforia y, ocasionalmente, cambio de humor e irritabilidad. Se pierde la capacidad de juicio y de concentración.²⁰⁴

Los barbitúricos tienen diversas aplicaciones clínicas. Por su acción anticonvulsiva se utilizan como antidotos contra algunos venenos, como la estricnina, así como contra la epilepsia. Disminuye el componente psicógeno de las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares y respiratorias.²⁰⁵

Produce dependencia física con dosis altas así como un síndrome de abstinencia muy severo, pues con el abandono súbito de la droga se puede provocar la muerte. El síndrome de abstinencia requiere atención médica y se presenta de seis a dieciocho horas después de la suspensión, con los siguientes síntomas: debilidad, temblores, malestar, ansiedad, temperatura alta y pulso acelerado, convulsiones pseudoepilépticas que pueden ser fatales. Al tercer día se pueden presentar psicosis y algunas personas pueden fallecer de agotamiento. Produce tolerancia y tolerancia cruzada con otros depresores. La intoxicación

puede presentarse fácilmente por sobredosis, que es muy peligrosa, ya que produce fallas respiratorias que pueden ser mortales.²⁰⁶

Estas drogas son consumidas principalmente por adultos, con el fin de disminuir la tensión; estas personas difícilmente se consideran farmacodependientes. Provocan potencialización de otras drogas, y son peligrosas para las mujeres embarazadas, pues atraviesan la barrera placentaria fácilmente.²⁰⁷

De acuerdo con su potencial de abuso, efectos debilitantes y peligros físicos, estas drogas se pueden considerar sumamente peligrosas, incluso más que los opiáceos.

Los Ansiolíticos son depresores del sistema nervioso, utilizados en el control de los estados de ansiedad.

Por su estructura química se dividen en: Derivados del alcohol propílico (meprobramato, fenaglicodol, etinamato); derivados de la benzodiazepina (clordiazepóxico, diazepam, oxazepam), y otras sustancias químicas heterogéneas (metacualona, benacticina, buclicina, etc.).

Parece ser que actúan sobre el sistema límbico y la formación reticular.²⁰⁸ En dosis altas provocan depresión y sueño, incoordinación motora severa, relaja los músculos estriados y genera alteraciones electroencefalográficas. En dosis bajas disminuye intranquilidad, tensión y ansiedad sin mermar la percepción sensorial y el estado de alerta.

Puede producir dependencia física y, por lo tanto, también síndrome de abstinencia. Produce tolerancia con síntomas similares a los barbitúricos, pero menos graves.

Tiene un amplio uso clínico como el control de estados de ansiedad, de epilepsia, así como tratamiento del alcoholismo y de neurosis. ²⁰⁹

Alcohol. Es un depresor del SNC; particularmente de la corteza cerebral y sus funciones inhibitoras. Actúa de manera similar a los hipnóticos sedantes. Se absorbe rápidamente por el estómago y el intestino delgado, para distribuirse sin dificultad en el medio acuoso del organismo, y se metaboliza principalmente en el hígado.

En dosis bajas pospone la fatiga y afecta la coordinación motora. Inhibe emociones como la ansiedad y la ira y es un buen digestivo.

En dosis altas causa vasodilatación periférica e incrementa la pérdida de calor. Cuando se consume en forma habitual puede irritar el estómago y producir gastritis.

Produce tolerancia limitada, y causa dependencia física cuando se usa en forma constante y prolongada. También afecta el hígado en forma severa.

Es una droga que, junto con el tabaco, tiene aceptación social que favorece un gran consumo.

Inhalantes. Estas drogas son un grupo especial, ya que son principalmente sustancias de uso industrial, como pegamento, gasolina, solventes y anestésicos. ²¹⁰

Los signos y síntomas más frecuentes de la intoxicación aguda son: lenguaje incoherente, desorientación, excitación inicial, dificultad de concentración, percepción y juicio menoscabados, conducta errática, estupor posterior a la excitación, midriasis, diplopía, irritación de las

membranas mucosas, incoordinación muscular, pulso rápido, delirio y - en casos graves convulsiones, inconsciencia y muerte.

Su uso crónico produce tolerancia y parece presentarse síndrome de abstinencia de poca consideración.

Es común que los consumidores presenten alitosis, fatiga, depresión, pérdida de peso, temblor, trastornos de memoria, irritación de la piel y del sistema respiratorio.

Otras complicaciones que pueden tener son: depresión de la médula ósea, degeneración cerebelosa, daño hepático y renal, neuritis periférica y algunas otras complicaciones.²¹¹

El tercer grupo está integrado por otras sustancias que también tienen capacidad de provocar alteraciones fisiológicas en las personas, - como los Antihistamínicos que tienen la propiedad de disminuir y anular la principal acción de la histamina en el organismo, actuando sobre las células efectoras y bloqueando sus respuestas ante estas sustancias.

Los Antihistamínicos (Difenhidramina, Clorhidrato de Meclizina y - Clorhidrato de Prometina) en dosis bajas actúan como depresores, y - en altas como estimulantes del SNC y producen tolerancia.

Otro grupo son los Anticolinérgicos (Belladona y Atropina), que pueden tener una acción depresora o estimulante, dependiendo de la dosis, además de su acción parasimpaticolítica o anticolinérgica.

Finalmente están los antiparkinsonianos que tienden a atenuar el - Síndrome de Parkinson y también pueden producir depresión o estimulación del SNC.²¹²

²¹¹ CEMEF, 1976.

²¹² *ibid.*

BIBLIOGRAFIA

- Abbagnano, N. Diccionario de Filosofía. México, D.F. FCE, 1974.
- Allain, P. Alucinógenos y Sociedad. Bogotá. Ed. Pluma, 1977.
- American Psychiatric Association. Breviario DSM III. Criterios Diagnósticos. Barcelona. Masson, S.A., 1983.
- Arias, F. Introducción a la técnica de investigación en psicología. México, D.F., Trillas, 1971.
- Ariza, A. Ma. M. Estudio psicológico de la estructura de la personalidad de los morfinómanos y su valor en la psicología clínica. Tesis de Lic. México, D.F. Fac de Psicología. Z.5053.08. UNAM 1983.
- Arce, R. Estrategia de tratamiento familiar para farmacodependientes en la ciudad de Pachuca, Hgo. Tesis de licenciatura en psicología, México, D.F. Facultad de Psicología, Z.5053.08. UNAM 113, Julio, 1981.
- Badille, R. Beatriz E. Comparación de las características psicológicas encontradas en un grupo de esquizofrénicos y otro de farmacodependientes, por medio del Rorschach y MMPI. Tesis de licenciatura. México, D.F., Facultad de Psicología. Z.5053.08. UNAM 68, 1977.
- Balzaretti, G. Mónica. Estudio comparativo de personalidad en adolescentes farmacodependientes (Inhaladores versus no inhaladores) a través del MMPI y del EPG. Tesis de licenciatura en psicología. México D.F. Facultad de Psicología. Z.5053.08. UNAM 47, 1981.
- Ballín, J.E. "Las convulsivas psicotrópicas: sus usos aborígenes, efectos clínicos y análisis recientes" en Cuadernos Científicos CEMEF IV (México, Mayo de 1975) pp. 93-194.
- Belsasso, G. "Panorama general del campo de la farmacodependencia en México" en Las Toxicomanías II, 4 (Enero-Julio, 1975) pp 38-43.
- Belsasso, G. "Aspectos generales sobre inhalantes" en Cuadernos Científicos CEMEF. II (Enero de 1975) pp. 25-34.
- Benítez, F. Los hongos alucinantes. México, D.F. Era, 3a ed. 1972.
- Benítez, F. En la tierra mágica del peyote. 3 ed. México, D.F. Era 1976.

Calderón Narváez, G., et al. "El problema de la dependencia a drogas en la juventud de México" en Gaceta Médica de México CCCIII, 5 (mayo, 1972) pp. 379-392.

Cameron, D. "Facts about Drugs" en World Health, IV, 11 (abril, 1971).

Cárdenas, O. Toxicomanía y narcotráfico. Aspectos legales. México. FCE, 1975.

Castaneda, C. Las enseñanzas de Don Juan. México. FCE, 1978

Castañeda, E. Ma. del R. Estudio de correlación entre las causas que llevan a la farmacodependencia y el MMPI. Tesis de licenciatura. México, D.F., Fac. de Psicología. Z.5053.08. UNAM 35, 1980.

Chávez, M.I. y et. al. Drogas y Pobreza. México; Trillas, 1977.

Chomsky, N. Proceso contra Skinner. Barcelona; Anagrama, 1974.

Ciarac, P. y Rosales, L. "Investigación social sobre el adolescente - farmacodependiente en el D.F. y zonas colindantes" en Cuadernos Científicos CEMEF. V. México: (marzo, 1976).

Cohen, A. "The journey beyond trips: alternatives to drugs" en Journal of psychedelic drugs. III, 2 (primavera, 1971).

CEMEF. "Gufa para el método de estudio de casos". Serie Folletos Técnicos. México, s.f.

CEMEF. "Cómo identificar las drogas y sus usuarios". Serie Folletos Técnicos. México, s.f.

CEMEF. "Cuatro años de realizaciones". Serie Folletos Técnicos. México, s.f.

CEMEF. "La aplicación del método etnográfico en el estudio de la farmacodependencia". Serie Folletos Técnicos. México, s.f.

CEMEF. "Fármacos de abuso". México, 1976.

De Bold, R. y Russell, C. LSD: Individuo y Sociedad. México. Ed. - Joaquín Mortiz, 1970.

De la Garza, F., et al. Adolescencia marginal e inhalantes. México. Trillas, 1977.

Del Pozo, E. "Las fuentes históricas de las drogas vegetales mexicanas" en Cuadernos Científicos CEMEF. IV. México: (noviembre 1975) pp. 1-12 y 13-16.

Destre, T. y Jareck, H. Terapéutica Psiquiátrica. México: Salvat Editores, S.A., 1974.

Días, A. "Epidemiología y profilaxia de las drogas" en Cuadernos Científicos CEMEF. VII, (noviembre, 1976) pp. 1-21.

Díaz, J.L. "Etnofarmacología de algunos psicotrópicos vegetales de México" en Cuadernos Científicos CEMEF. México: IV. (noviembre, 1975) pp. 195-202.

Diccionario Enciclopédico Espasa. Madrid: ed. Espasa Calpa, 1979.

Dobkin, M. "Una teoría transcultural del uso de los alucinógenos de origen vegetal" en Cuadernos Científicos CEMEF, IV, México: (noviembre, 1975) pp. 17-34.

Enciclopedia de México. IX. 1977.

Enciclopedia de México. III. 1977.

Ericson, E. Adolescencia y Sociedad. México: ed. Siglo XXI, 1972.

Estrada, L. et.al. Sexo, violencia y drogas. 2 ed. Samo, 1974.

Ey, H. et. al. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: ed. Toray-Mazón, 1971.

Ferrara, L. "Estudio de un grupo de menores que inhalan thiner y la observación de rasgos de personalidad" en Cuadernos Científicos CEMEF. V. México: (marzo, 1976) pp. 3-40.

Freire, P. La educación como práctica de la libertad. México: 3ed. Siglo XXI, 1978.

Fromm, E. Ética y Psicoanálisis. FCE. México, 1971.

Fromm, E. El arte de amar. Buenos Aires: Paidós, 1966.

Fromm, E. Marx y su concepto del hombre. 6 ed. México: FCE, 1975.

Fromm, E. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México. FCE, 1976.

Fromm, E. El miedo a la libertad. Buenos Aires: Paidós, 1977.

Fromm, E. Tener o Ser. México: FCE, 1978.

Galán M., Rosa Ma. Grado de coincidencia entre el Síndrome Orgánico Cerebral y la Farmacodependencia Inhalantes a través de las pruebas de Wechsler y Bender. Tesis de licenciatura en psicología. México, D.F. Facultad de Psicología, 2.5053.08. UNAM 29, 1975.

Galanter, M. et al: "Marihuana and social behavior" en Archives of general psychiatry. XXX (abril, 1974) pp. 518-521.

Gannon, F. Drogas. ¿Qué son y cómo actúan?. México: ed. Pax, 1981.

Gómez, L. "Consideraciones teóricas sobre la farmacodependencia des de el punto de vista antropológico" en Cuadernos Científicos CEMEF. VII, México, 1976, pp. 57-88.

Grinspoon, L. Reconsideración de la marihuana. México: ed. Extemporáneos, 1973.

Grinspoon, L. "Marihuana" en Scientific American. CCXXI, 6 (diciembre 1969), pp. 17-25.

Guerra T., Teresa. Estudio comparativo entre dos grupos de adolescentes mexicanos drogadictos a través del MMPI. Tesis de licenciatura. México, D.F. Facultad de Psicología 2.5053.08. UNAM 49, 1973.

Hathaway, S. y Meeni, P. Atlas Clínico del MMPI. México: Manual - Moderno, S.A., 1975.

Hernández, F. "Historia Natural de la Nueva España". II. UNAM, 1975.

Hirsch, R. e Imhof, M. "A family therapy approach to the treatment of drug abuse and addiction" en Journal of Psychedelic Drugs. VII, 2 (abril junio, 1975) pp. 181-185.

Huberty, D. "treating the adolescent drug abuser: A family affair", en Contemporary drug problems. IV, 2 (verano, 1975) pp. 141-178.

Iturbe, U. "En torno a la farmacodependencia" en Semana Médica. LIV (agosto, 1975).

Jenkins, D. y Brody, R. Facts about commonly used drugs. USA.: ed. Do it Now, 1974.

Kalina, E. y Kovadloff, S. La droga: máscara del miedo. Caracas: - Monte Avila Editores. s.f.

- Kolb. *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: ed. Prensa Médica, 1971.
- Klimenko, A. "Multifamily therapy in the rehabilitation of drug addicts" en Perspectives and Psychiatric Care, VI, 5. 1968. pp. 220-223.
- Laurie, P. *Las Drogas*. Madrid: 2ed. Alianza Editorial, 1970.
- López, E. *El Parámetro Cronológico I*. México: Anvies, 1977.
- Llanes, J. *La sociedad ante las drogas*. México: ed. Concepto, 1982.
- Llanes, J. *Crisis social y drogas*. México: ed. Concepto, 1982.
- Llanes, J. *La juventud y las drogas*. México: ed. Concepto, 1982.
- Llanes, J. *Drogas, mitos y falacias*. México: ed. Concepto, 1982.
- Marín, G. *Manual de investigación en psicología social*. México: Trillas, 1975.
- Menéndez, M.I. Estudio comparativo de capacidad intelectual entre un grupo de adolescentes adictos a la marihuana y otro adicto a los inhalantes a través del Wechsler. Tesis de licenciatura en psicología, México D.F. Facultad de Psicología. Z.5053.08. UNAM.110. México, 1985.
- Miles, C. "An experimental study of the effects of daily cannabis smoking on behavior patterns" en Acta Pharmacologica et Toxicologica. --- XXXIV, 1. pp. 1-44, 1974.
- Mirolli, A. *Las Drogas*. El Ateneo, 1976.
- Morales, A. y Atilano, J. "Encuesta sobre farmacodependencia en la población escolar de Barranquilla" en Cuadernos Científicos CEMEF. VI (- (noviembre, 1976) pp. 23-56.
- McGuigan, F. *Psicología Experimental*. México: Trillas, 1972.
- National Clearinghouse treatment of drug of abuse: and overview. USA, 1975.
- Núñez, R. Aplicación del inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. México: Manual Moderno, S.A., 1968.
- Olavarría, V. Marco A. Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos: uno de usuarios crónicos de inhalables y otro de no usuarios. Tesis de licenciatura. México, D.F., Facultad de Psicología. Z-5053.08. UNAM 25. 1987.

Organización Mundial de la Salud. Technical Report Service. 407, 1969.

Orcutt, J. y Brigs. "Testing and sociological theory of recreational -- drug effects" en Sociology and Social Research. LIX, 2 (enero, 1975) - pp. 136-149.

Orcutt, J. "Social determinants of alcohol and marijuana effects: a -- sistematic theory" en The International Journal of the Addictions. X, 6. 1975. pp. 1021-1033.

Ott, J. "Amanita Muscaria: Uso y Química" en Cuadernos Científicos CEMEF. IV (noviembre, 1975) pp. 203-218.

Pappenheim, F. La enajenación del hombre moderno. México: ed. Era 1976.

Romero, L. y Quintanilla, A.M. Prostitución y Drogas. México: Trillas, 1977.

Ropp, R. Las drogas y la mente. 3 ed. Cecsá. 1982.

Rosenthal, M. e Moahner, I. Drogas, Padres e Hijos. México: Diana 1977.

Rubio, C. Sylvia. Estudio Epidemiológico del consumo de drogas en la ciudad de Puebla en la población de 14 años en adelante. Tesis de licenciatura. México, D.F. Facultad de Psicología. Z-5053.08. - - - UNAM. 37. 1978.

Sahagún, B. Historia general de las cosas de la Nueva España. 3 ed. México: ed. Porrúa, 1975.

Salinas, O. y Gómez, A. "Correlación entre el estudio epidemiológico en fase piloto y el estudio epidemiológico realizado en el tribunal para menores y escuelas de orientación en el D.F. Análisis Estadístico. en Cuadernos Científicos CEMEF. II. México, (enero, 1975) pp. 59-72.

Salinas, O. et. al. "Epidemiología de la farmacodependencia en el D. F. Estudio piloto. Uso de estupefacientes psicodislépticos" en Cuadernos Científicos CEMEF, I. México, 1975. pp. 139-172.

Salinas, O. et. al. Estimación de la incidencia de marihuana y disolventes volátiles hasta 1980. México: CEMEF, 1976.

Sánchez, M., Ma. O. "Estudio comparativo de características de personalidad en un grupo de farmacodependientes hospitalizados y un grupo de sujetos no farmacodependientes a través del MMPI. Tesis de -

licenciatura en psicología. México, D.F. Facultad de Psicología. Z. 5053.08. UNAM. 14. 1981.

Sarason, I. *Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada.* México : Trillas, 1975.

Segura, J. *Marihuana.* 3 ed. México : ed. Costa-Amic. 1977.

Singer, E. *Conceptos fundamentales de la psicoterapia.* México : -- FCE. 1969.

Schroeder, R. *El mundo de las drogas,* 2 ed. Edamex, 1983.

Szass, T. et al. *Psicología del drogadicto.* Buenos Aires: Rodolfo - Alonso editor, 1972.

Terroba, G. *Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en el D.F. Tesis de licenciatura en Psicología.* México, D.F. Facultad de Psicología. Z.5053.08. UNAM. 126, 1978.

Torres, A. "Manifestaciones clínicas en los usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables" en Cuadernos Científicos CEMEF. (enero, 1975), pp. 73-84.

Ullmann, L. y Krasner, L. *A psychological approach to abnormal behavior.* New Jersey : ed. Prentice-Hall Inc. 1969.

Un signo de nuestro tiempo: las drogas. Barcelona : ed. Magisterio Español y Prensa Española. 1975.

Velasco, R. *Esa enfermedad llamada alcoholismo.* México: Trillas, 1981.

Vivanco R. Leonor M. *Evaluación de la personalidad de los inhaladores y sus madres. Tesis de licenciatura,* México, D.F. Facultad de Psicología. Z.5053.08. UNAM. 104. 1979.

Wasson, R. *Soma: Divine Mushroom of Immortality.* Nueva York : ed. Harcourt, Brace and World, 1968.

Zermeño, G. et al. "Características socioculturales y familiares de adolescentes infractores farmacodependientes" en Cuadernos Científicos CEMEF, México, 1976, pp. 85-134.