

2 ej 78



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

## IMPACTO DE LA FARMACODEPENDENCIA EN LOS ASPECTOS LABORALES, JURIDICOS Y CRIMINOLOGICOS DEL INDIVIDUO

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
CLAUDIA GOMEZ HERNANDEZ

Aesor Dr. Lucio Cárdenas Rodríguez

SELLA DE ORIGEN



MEXICO. D. F.

1989



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

	Págs.
INTRODUCCION.....	
TRABAJO Y PRODUCTIVIDAD.....	I
SEGURIDAD INDUSTRIAL.....	II
FARMACODEPENDENCIA - DEFINICION.....	III
FACTORES PREDISPONENTES DE LA FARMACODEPENDENCIA.....	
- FACTORES PSICOLOGICOS DE LA FARMACODEPENDENCIA.	
- FACTORES SOCIOLOGICOS.	
- FACTORES PSICOBIOLOGICOS.	
CONTEXTO SOCIOCULTURAL SEGUN LOS TIPOS DE DROGAS.....	IV
NOCIONES ELEMENTALES DE FARMACOLOGIA.....	V
CLASES DE DROGAS Y SU IDENTIFICACION.....	VI
CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO AL USO DE LAS DROGAS	VII
LEGISLACION.....	VIII
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y APORTACIONES.....	IX

## INTRODUCCION

En la actualidad ningún hecho, teoría o postulado científico es trascendente si no rebasa su campo y se integra a los niveles de máxima complejidad, los biopsicosociales. El psicólogo no conforme con los métodos anatómicos, fisiológicos o patológicos busca el conocimiento de la conducta, en el quimismo cerebral y en las estructuras nerviosas en donde ha encontrado hechos suficientes para explicar alteraciones de conducta por el incremento bioquímico del sistema nervioso central; problemas individuales y sociales producidos por el consumo de drogas así como saber sus acciones sobre la conducta. Tomando en cuenta, el como afecta o afectaría los procesos conductuales, como el condicionamiento, el aprendizaje, los fenómenos cognocitivos, la personalidad, la conducta social, etc.; considerando que con respecto a los Psicofarmacos, los conocimientos de sus respuestas a nivel bioquímico y fisiológico deben ir unidos a los cambios que producen a nivel psicológico.

Anteriormente se hablaba de drogadicción, narcomanía, toxicomanía, toxicofilia. Hoy se ha consolidado el giro farmacodependencia, sobre todo desde 1965, para entenderla, de acuerdo a la definición que da la Organización Mundial de la Salud, como "El Estado Físico" y a veces psíquico causado por la interacción entre un Organismo vivo y un Fármaco; se caracteriza por modificaciones y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el Fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

El fenómeno de la Farmacodependencia es considerado como punto epidemiológico ya que se puede establecer como un importante incremento en el abuso, cuando éste se da en grandes grupos; sin embargo también se puede dar en grupos pequeños o a nivel individual de origen multifactorial en donde se engloban aspectos de índole: Socioeconómico, educacional, cultural, etc. Estableciendo como punto importante que no es exclusivo del

ámbito nacional sino internacional, pudiendo darnos cuenta que ciertos - países de América del Sur se consideran como procesadores de droga al - igual que México, aunando el hecho de que por la situación Geográfica de nuestro país juega un papel determinante en la distribución a Países como Estados Unidos de Norteamérica que es considerado como un gran consumidor.

En este sentido el objetivo principal de la presente investigación, es - el detectar las repercusiones que se han estado presentando como producto de la droga de abuso en el área laboral.

Entendiéndose por drogas de abuso aquellas sustancias que tienen un - efecto estimulante o inhibidor sobre el Sistema Nervioso Central y que - puede producir tolerancia (el individuo debe aumentar cada vez más su do sis para obtener siempre el mismo efecto), dependencia física (el tóxico se incorpora a la fisiología del organismo, forma parte de él pero pasa a hacerse imprescindible para su metabolismo) o psicológica; (Subordinación total en que se siente emocional o afectivamente la necesidad de la droga, como elemental para la sustancia); Algunas de estas sustancias, pueden tener aplicación clínica, aunque nosotros siguiendo la aceptación vulgar excluimos en el término "D" la finalidad o uso terapéutico. Por lo cual las drogas de abuso por el incremento suscitado son y siguen - - siendo un motivo de preocupación.

Hasta el momento diversas investigaciones se han basado en que la dinámi ca de este problema es el resultado de diversos factores sociales entre los que cabe destacar el funcionamiento inadecuado del ambiente familiar y del ambiente escolar, donde la distorsión del desarrollo de la persona lidad de los niños y de los jóvenes se convierte en elemento condicionan te de gran importancia, para que sucumban ante la incitación del consumo de la droga, fomentando su oferta, alrededor de la cual, se propicia necesariamente el narcotráfico y toda una gama de conductas antisociales - con frecuencia altamente delictivas.

Lejos de existir una disminución del fenómeno, se advierte una tendencia por ampliar sus dimensiones, aparentemente apoyado por recursos importantes, ya sea en lo que respecta a cultivo o procesamiento de estupefacientes y psicotrópicos o en lo que corresponde al uso de nuestro País como lugar de tránsito para la transportación de drogas hacia Estados Unidos de Norteamérica, con o sin procesamiento en el Territorio Nacional. Por lo que es necesario interferir cualesquier forma de comercialización ilegal de estupefacientes y psicotrópicos, desde el tráfico en su mas alta escala hasta la venta directa de consumidores; buscando el que de acuerdo a estas acciones se abarquen las fases de producción, comercialización y consumo que conforman el ciclo de este gran problema.

En virtud de que los consumidores se encuentran en todos los grupos sociales, desde servidores públicos, soldados, estudiantes, amas de casa y menores. Se constatan a diario casos en que personas que portaban la droga no tienen la mas mínima idea de ello. Pero en general hay trabajadores migratorios, gente que se dedica al comercio, hombres de negocios o simples turistas, que descubren que traficando pueden tener una renta, un provecho neto y pasan a formar parte del contrabando.

Hay muchas excelentes obras en que se hace una detallada exposición de las prácticas de consumo de drogas culturalmente aceptada, de desviaciones o de aspectos sociológicos, psicológicos y médicos.

Pero es de suma importancia, el darnos cuenta que tan lacerante es el problema de la drogadicción, ya que actualmente en muchos países se comienzan a reconocer los importantes problemas de Salud Pública, tomando como ejemplo aquellas relacionadas con el efecto de las drogas y el alcohol en los accidentes de tránsito.

Detectándose que su consumo combinado es frecuente entre los conductores de vehículos y operarios de máquinas. La relación entre el riesgo de accidentes de tráfico, de trabajo, etc., y el consumo de drogas, ya sean -

adquiridas por prescripción médica, venta libre o ilícitamente, si bien se reconoce en general, es difícil de determinar en lo que respecta a su magnitud y sus repercusiones en la Sociedad y en la Salud y que en este caso no solo es en este tipo de trabajadores, sino en cualquier tipo de actividad que se desempeñe en combinación con cualquier droga.

Por lo anteriormente expuesto se deriva este nuevo enfoque considerando como consecuencia de las drogas de abuso improductividad, ausentismo u otras acciones negativas y por otro lado, el que sea vista como fuente de trabajo afectando a la industria, a la sociedad y causando gravísimos daños a la salud.

## CAPITULO

## TRABAJO Y PRODUCTIVIDAD

El trabajo es la actividad que ha permitido el desarrollo del hombre, en avance, su tecnología y se tendría que seleccionar entre tantas definiciones ¿qué es el trabajo?. Llegaremos a una misma conclusión; ya que el trabajo cambia indudablemente de carácter según los países y la cultura de cada época, pero existe siempre dentro de una sociedad dada.

Marx: Distingue entre "trabajo productivo" aquél que se ejecuta para hacer posible la autoexpansión del capital y el mantenimiento de su valor pesado; y el trabajo improductivo el que no se cambia por capital, sino por ingresos, (sean éstos salarios o ganancias). Se hace esta distinción partiendo de una base fundamental de la actividad propia del hombre: "El trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso con la empresa. El hombre se enfrenta a la materia natural mismo con un poder natural. Pone en movimiento las fuerzas que pertenecen a su corporiedad, brazos y piernas; cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza, bajo una forma útil para su propia vida. Al operar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla, transforma a su vez su propia naturaleza. Desarrolla las potencias que dormitaban en ella y sujeta a su señorío al juego de fuerzas de la misma.

Federico Engels: "El trabajo es la condición básica y fundamental de toda vida humana y lo es en el grado que hasta cierto punto, debemos decir que el trabajo ha creado al propio hombre".

Ahora bien, se podría continuar señalando aquí un gran número de definiciones más acerca del trabajo; pero la que se reconoce mundialmente es la de la OIT (Organización Internacional del Trabajo). Y sin duda entendiéndose por estudio del trabajo genéricamente a ciertas técnicas, y en



particular el estudio de métodos y la medición del trabajo que se utilizan para examinar el trabajo humano en todos sus contextos y que llevan sistemáticamente a investigar todos los factores que influyen en la eficiencia y economía de la situación estudiada, con el fin de efectuar mejoras".

El trabajo por tanto está directamente relacionado con la productividad, puesto que sirve para obtener una productividad a partir de una cantidad de recursos dada, manteniendo constantes o aumentando apenas las inversiones del capital. Y es en este sentido en el que se pretendió basar la investigación, ya que precisamente hablando de trabajo productivo, éste sufre alteraciones que si bien es cierto algunas se originan por las diferencias individuales, otras surgen por variables externas como "las drogas" ya sean por individuos consumidores o aquéllos que las toman como negocio para obtener ganancias por su "trabajo de venta".

Pretendiendo que de alguna manera contribuya al entendimiento concreto, real y que conceptualice este punto que tanto inquieta; se realiza este trabajo bajo un enfoque diferente al tradicional de las drogas que sistemáticamente es clínico.

## SEGURIDAD INDUSTRIAL

Un aspecto de la vida industrial de nuestros días que recibe poca publicidad es su alto riesgo. Todos los días ocurren accidentes; algunos no causan mas que ligeros rasguños, otros provocan incapacidad permanente e incluso la muerte.

Aunque no se conoce con exactitud, es extraordinariamente alto el índice de lesiones incapacitantes, aunado a ésto el costo económico es extraordinario, miles de millones de dólares se pierden por concepto de sueldos no pagados y millones se pagan por concepto de indemnización de los empleados y prestaciones médicas.

La muerte y la incapacidad atribuibles a enfermedades relacionadas con el trabajo pueden ser tan numerosas como el número de accidentes industriales.

Tales desgracias son mas incidiosas que un accidente repentino, pues se presentan en forma gradual y transcurren años antes de que el trabajador manifiesta síntomas físicos evidentes, por ejemplo, el empleado puede contraer enfermedades como la neumoconiosis o pulmón negro, bisinosis o pulmón obscuro y muchos tipos de cáncer; por lo mismo cuando se lastima un trabajador experto es necesario sustituirlo, reparar el equipo y mejorar el estado de ánimo de sus compañeros y es legítimo suponer que el índice de ellos sería más alto aún si la industria no contase con programas de prevención, por muy imperfectos que sean.

A fin de aminorar el elevado número de enfermedades y accidentes industriales, el Congreso Norteamericano aprobó la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional que establece las normas de seguridad industrial y procura hacerlas cumplir.

Uno de los problemas que plantea la investigación de los accidentes es-

triba en que muchas empresas deforman los datos de sus accidentes, pues no los registran todos para mantener estadísticas favorables.

Hay varias causas de accidentes: Algunas se deben al ambiente físico en que se realiza el trabajo y otras dependen de los rasgos de personalidad del empleado.

He aquí los aspectos del ambiente laboral que afectan a la tasa de accidentes: Anterior a esto, el elemento humano (el trabajador, el conductor, el ama de casa) parecen ser los responsables de la mayoría de los accidentes, ocurran éstos en el taller, la carretera o el hogar. Así pues, factores como el estado psíquico, las actitudes y la conducta en general incluyen de manera decisiva en la causa de los accidentes. Ahora bien, también intervienen las condiciones del ambiente laboral y la naturaleza del trabajo; 1) tipo de industria (industrias como la minería, la construcción, la maderería son más peligrosas); 2) las condiciones temporales del trabajo (aunque el número total de horas hábiles no se relaciona con los accidentes, es importante el momento del día en que se ejecutan las tareas; por ejemplo ocurren menos accidentes en el turno diurno que en el nocturno); 3) la iluminación (al parecer una iluminación deficiente propicia un mayor número de accidentes); 4) la temperatura (los accidentes aumentan cuando la temperatura rebasa los 21°C o desciende por abajo de los 20°C); el diseño del equipo, (la ausencia de dispositivos de seguridad instalados en los aparatos o un diseño deficiente de la maquinaria incrementa la probabilidad de un percance).

A continuación se enumeran los factores personales que se han estudiado en relación con los accidentes; 1) Inteligencia, al parecer no existe un nexo entre ella y la tasa de accidentes; 2) La salud y estado físico (ambos factores en especial una visión insuficiente, contribuyen a la aparición de accidentes); 3) Fatiga (el cansancio guarda relación directa con el número de accidentes); 4) la experiencia laboral y la edad (aunque intervienen variables muy complejas se sabe que los trabajadores de mayor edad y con más experiencia labora sufren menos accidentes que los jóve-

nes que empiezan a trabajar); 5) características de la personalidad (en un estudio se observó que un grupo de empleados con alto índice de accidentes mostraban una actitud excesivamente ambiciosa y negativa y a la vez fatalista y temerosa. Otro estudio indicó que los propensos a accidentes tienen menos estabilidad emocional, son hostiles con la autoridad, sufren gran ansiedad, no se llevan bien con la gente y sus antecedentes laborales son erráticos).

A este tipo de accidentes habría que sumarlos los provocados por el alcoholismo. Las alteraciones conductuales se presentan de modo gradual, pero al cabo de 3 a 5 años de una ingestión constante de bebidas alcohólicas el rendimiento y la eficiencia se deterioran tanto que cualquier supervisor lo nota. Los signos visibles y claros de alteración en el rendimiento en los primeros años del alcoholismo: Ausentismo excesivo, largas pausas en la hora de comer, mentiras, errores, disminución de la eficiencia.

Y en los últimos años de la década de 1960, la toxicomanía se convirtió en un grave problema en Estados Unidos, sobre todo entre jóvenes. En los planteles de enseñanza media y superior, así como en el ejército adquirió dimensiones epidémicas. Las estimaciones sobre esos estudiantes fluctuaban entre el 30 y 60%.

Era inevitable, pues, que también invadiera el mundo del trabajo. No había motivo para suponer que los que habían usado drogas en la escuela o en el ejército dejaran el hábito al encontrar un empleo fuera de ese ámbito. Por lo tanto, casi de la noche a la mañana la industria tuvo que afrontar el grave problema de la adicción a las drogas. En 1971 el problema había alcanzado tales dimensiones que la American Management Association celebró su primer seminario sobre el tema y alarmó al mundo de los negocios y del trabajo. Si bien el número de toxicomanos (o el de los que consumen drogas en forma esporádica) no es tan alto como el de los empleados alcohólicos, se trata de un problema bastante grave que tiende a agudizarse. No se dispone de estadísticas sobre cuántos toxico-

manos trabajan en industrias y en empresas estadounidenses. En un estudio se encuestó a 80 compañías y se descubrió que 75 de ellas afrontaban esa clase de dificultades. Las 5 que no estaban en tal situación eran pequeños negocios. En otra encuesta de 50 compañías, con domicilio en la Ciudad de Nueva York, 55 tuvieron incidentes relativos a las drogas. Una de ellas gastaba anualmente 75 mil dólares para reemplazar al personal drogadicto. Otra comunicó haber sufrido un 20% de decremento en la eficiencia a consecuencia del uso de drogas.

Cualquiera que sea la frecuencia real de toxicomanía en el mundo del trabajo, es lo bastante alta y ha obligado a las empresas a ocuparse de ellas.

La tendencia actual indica que la toxicomanía puede afectar más a la industria que el alcoholismo por sus efectos nocivos sobre la producción y al rendimiento. Aparte de la cuestión de legalidad de las drogas, los adictos representan un problema más serio para la empresa por otra razón. El alcohólico rara vez trata de que sus amigos o compañeros de trabajo compartan los placeres del licor; en cambio, el adicto intenta arrastrar a otros a su vicio. Y lo hace con la esperanza de venderles drogas y tener dinero para adquirir su ración.

## CAPITULO I

## FARMACODEPENDENCIA - DEFINICION

## FACTORES PREDISPONENTES DE LA FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia siempre ha existido siendo algunos de los resultados más importantes de trabajos realizados los siguientes:

El Dr. M. Cabildo y sus colaboradores, mencionan que están afectados, en ambos sexos las personas comprendidas entre 11 y 24 años; es decir, los que atraviesan por las etapas evolutivas comprendidas en la tercera infancia, la adolescencia y la primera juventud. La relación eterosexual es de 4 hombres por 1 mujer. Pedagógicamente el grupo más afectado es el de bachillerato, si se tiene en cuenta que el problema se inicia desde la primaria, se duplica en secundaria y se cuadruplica en la preparatoria, para descender en la educación profesional.

Los jóvenes que trabajan, los empleados también están afectados siendo que de 1 de 10 jóvenes que prueban una droga se convierte en adicto.

Como motivaciones se señalan la necesidad del adolescente de llamar la atención, de ser afectado en el grupo y de tener nuevas sensaciones, el escapar de la realidad y reafirmar su personalidad. Generalmente los usuarios tienen menos familias bien constituidas y están menos conformes que los jóvenes abstemios o existe mayor tendencia homosexual entre los farmacodependientes que entre los que no lo son.

En el trabajo de los doctores Pucheu, Campillo y De la Fuente, se menciona que los más afectados están comprendidos entre los 13 y 19 años, señalando lazos de solidaridad, expresando éstos el desaffo a la autoridad y a los convencionalismos sociales, satisfaciendo así sus anhelos exaltados de cambio y aventura.

Señalan que la tendencia es la precocidad en el abuso de drogas y también a pasar a las monointoxicaciones a las poliadicciones, ya que el 25% son adictos a 2 o más drogas.

Las motivaciones frecuentes son el evadirse del tedio, defenderse de la angustia, facilitar la sociabilidad e intensificar sus relaciones humanas, procurarse sensaciones y emociones placenteras y experimentar nuevos estados de conciencia. Las características dominantes de los farmacodependientes son: La inseguridad, el ansia, la incapacidad para mantener relaciones interpersonales y el ser muy influenciables, impulsivos, hábilidos de experimentar sensaciones intensas pero a la vez incapaces de posponer sus satisfacciones; desean de inmediato, han tomado una orientación de vida hacia los aspectos fútiles de la misma, desafiando en actitud de reto que oscila entre la desesperanza y el cinismo manipulador, "del estudio minucioso de los jóvenes farmacodependientes se deduce que un factor social importante es la inestabilidad de los valores tradicionales, que no ofrecen a un número creciente de jóvenes, marcos de orientación hacia la vida. Entre valores y metas contradictorias los jóvenes no pueden orientarse, están agudamente concientes de que en tanto que se habla de amor fraternal, justicia y verdad, se vive en un mismo de discordias, de ideales desacreditados y de abusos consentidos".

Tomando los hechos más sobresalientes, estamos frente a adolescentes en los que su inmadurez afectivo-instintiva se acentúa pudiéndose señalar algunos signos claros: Las facultades pobres para las relaciones sociales, con una franca tendencia a la sumisión del grupo de farmacodependientes y al refugio del núcleo humano en la droga; el rechazo familiar y social cristaliza al grupo y lo refuerza en el abuso de las drogas. Es así como se crea el síndrome motivacional (es decir, aparece la incapacidad de perseguir, de ascender, de tener esfuerzos continuados para llegar a metas fijas o para terminar lo que se inicia); al aumentar el aislamiento afectivo crece también la incapacidad para ligarse emocionalmente a otros, aparece la angustia que conduce a los estados depresivos, se asoma el rostro desencajado del suicidio o el perfil de su tentativa

y se carece de la mínima fortaleza para afrontar las dificultades más mínimas generalmente familiares.

La farmacodependencia tentativa de suicidio son gritos de auxilio frente a esta vida que se siente "como inútil o mala", según Alfonso Quiróz Cuarón, la causa de la farmacodependencia surge en el seno de una sociedad utilitarista, plagada de abstracciones estructurales, cuyas contradicciones evidentes ofrecen al joven dos posibilidades de actuar:

- a) Tomar conciencia social, colocarse a la vanguardia, servir a los intereses de la verdadera justicia social y luchar por la transformación fundamental de la sociedad.
- b) Adoptar numerosas formas que permiten escapar de la responsabilidad. - Entre éstas la farmacodependencia contribuye a que se asimile una concepción del mundo en la que prevalece una absoluta irracionalidad. - En estas condiciones los vínculos familiares se encuentran desorganizados, las clases acomodadas solo ofrecen a los jóvenes una concepción del mundo ligada a sus intereses económicos, recibiendo éstos más que riqueza material a cambio de la drogadicción de los valores humanísticos. El problema de la clase media es diferente, ya que en la mayor parte de éstos, la mayoría de los cónyuges trabajan y tienen que abandonar el hogar para ganar el sustento y, en la clase baja, el problema revista necesidades de evasión, de conductas agresivas como respuestas a la depresión que causan las condiciones del medio, de pautas de imitación, de improyección, del patrón modelo de personalidad del adolescente, etc. Y la patología familiar que por razones económicas no sólo desorganiza el núcleo familiar, sino que lo desintegra.

De lo expuesto se pueden deducir hechos importantes, el primero que el drama más lacerante se da con niños, adolescentes, y jóvenes farmacodependientes.





## ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA FARMACODEPENDENCIA

Los psicofármacos no son tales, si desconocemos sus verdaderas acciones sobre los procesos psíquicos y sobre la conducta tanto normal como subnormal o anormal, y en los diferentes períodos de la vida humana.

Los conocimientos de las respuestas de los psicofármacos a nivel bioquímico y fisiológico deben ir unidos a las respuestas o cambios que se producen a nivel psicológico. Ahora bien, empezaré por mencionar algunas de las bases psicológicas, las cuales pueden ser alteradas por las drogas de abuso:

- A) PERCEPCION. Desde el aspecto fenomenológico, la percepción ocupa una parte de nuestro mundo privado que formamos por nuestra observación y que sólo lo conocemos por la introspección. Sin embargo, los conductistas afirman que ésta debe ser estudiada a través de las relaciones entre las respuestas de un organismo y los estímulos, así como los experimentalistas adoptan puntos de vista intermedios.

Percepción innata y adquirida.

Fantz sugiere que algunas percepciones humanas son innatas, pero algunas de éstas modificadas por la experiencia o el aprendizaje.

Van Holst, distingue dos tipos de cambios perceptuales: La referencia que es debido al observador y la exaferencia que es debido a un agente externo. El aprendizaje perceptual es el resultado de las experiencias reaférentes, o sea que depende de las interacciones entre el observador y su medio externo.

Percepción de la totalidad.

Los psicólogos de Gestalt aseguran que la percepción tiene propiedades holísticas, que se pierden cuando es analizada en las partes que

la constituyen.

La percepción incluye el reconocimiento de patrones y no de unidades que son partes estructurales del todo.

Percepción psicofísica.

Weber y Fechner encuentran en la relación logarítmica entre el "E" y la "R"; relación de la cual depende la modalidad de la percepción. De esta ley W-F; se han propuesto algunos reajustes; ahora se considera que en el juicio perceptual influyen otros factores, además del estímulo que da la información a los receptores; así para la percepción visual influyen entre la distancia del objeto, que determinan el grado de acomodación y convergencia ocular, así como la perspectiva y el tamaño, que dan la percepción de la profundidad.

McClelland y Atkinson encontraron que la falta de alimento llega a afectar la percepción de tal forma que algunos objetos pueden pensarse que son alimento.

De acuerdo a Allport, la percepción es de dos tipos:

1. Los que enfatizan sobre una aproximación fenomenológica, propiedades holísticas y factores innatos, como es la teoría Gestal.
2. Las que hacen sobresalir su criterio conductista, una aproximación analítica y los efectos del aprendizaje, como son las teorías psicofisiológicas y el neoconductismo.

B) APRENDIZAJE. Aprendizaje es el proceso de adquisición de reacciones de forma de conducta, actividades y conocimientos durante la vida de los organismos, que determina su experiencia.

Debido a su carácter social y el gran desarrollo de la civilización,-

cada vez es mayor la cantidad de hábitos, conocimientos, etc., que el hombre actual tiene que aprender; y de acuerdo a Gutthrie y Thorndike, debe de considerarse el factor práctica, de la cual depende la adquisición de respuestas. Sin embargo, es de mayor importancia el reforzamiento para no condicionar fatiga y aumentar la ejecución. Los estudios que más nos han aclarado los mecanismos del aprendizaje, son los de Iván Pavlov, que con los reflejos condicionales explica el aprendizaje de respuestas involuntarias; y los Skinner que con su esquema de generalización explico el aprendizaje y la conducta voluntaria.

Así Tolman ha concluido variables como: herencia, edad, enfrentamiento previo y condiciones endocrinas.

#### Aprendizaje desdiscriminativo.

Quando la respuesta a una clase de estímulo se ha generalizado, el sujeto puede aprender a responder a subclases de estímulos y no responder a estímulos diferentes a producir otras respuestas. La discriminación es lo opuesto a generalización y el aprendizaje desdiscriminativo es el complemento de la respuesta aprendida. La desdiscriminación selecciona la entrada y la respuesta aprendida, selecciona la salida.

Generalización de estímulos: Este fenómeno se debe a mecanismos probablemente innatos que afectan el aprendizaje. Así, si por aprendizaje se logra una respuesta a determinado "E", se puede producir la misma respuesta "E" semejantes. Por ejemplo, un perro condicionado a un tono de campana puede salivar con otros tonos diferentes a los que se emplearon con el condicionamiento original.

#### Aprendizaje perceptual.

Es el aprendizaje que se modifica por la percepción, así la estructuración de la percepción que resulta de la familiaridad de los estímulos modifica el aprendizaje.

### Aprendizaje cognitivo.

Es por el que adquirimos destreza en los pensamientos, así aprendemos - actitudes, creencias, valores y capacidades de imitación.

Con objeto de plantear una metodología adecuada del aprendizaje, de utilidad en el campo de la psicofarmacología, es indispensable brevemente - exponer las teorías actuales del aprendizaje, aún cuando ofrecen zonas - de concordancia y de discordancia al compararse entre sí; ésto debido a - que ninguna teoría sola, explica satisfactoriamente todos los hechos - experimentales que se han realizado y se realizan sobre el aprendizaje. - Por su amplio desarrollo son los grupos de teorías más importantes los - cognoscitivos y las conductistas.

Las teorías cognoscitivas o cognitivas se han originado de la psicología de gestalt y enfatizan sobre el aprendizaje perceptual.

Así los individuos al percibir los estímulos de su ambiente, arreglados - o bien organizados de acuerdo a este ambiente, aprenden las cosas y las - relaciones de ese mundo, sin que ningún esfuerzo o ninguna recompensa se - necesite o acompañe a los estímulos. En otras palabras, el conocimiento - perceptual siempre se adquiere aunque no se manifieste necesariamente en - la conducta aparente de los sujetos.

La teoría cognitiva estudiada principalmente por Kohler, Lewin y Tolman - entre los más importantes se caracteriza por:

- El aprendizaje es fundamentalmente la formación de conexiones o rela-- ciones entre los estímulos en las formas: E-E-E, con los que se desa-- rrollan "mapas cognitivos".
- La respuesta no es necesaria para el aprendizaje.
- El reforzamiento o cualquier tipo de relación E-recompensa o castigo,-

no es necesario para el aprendizaje.

- Las motivaciones, las emociones, las inhibiciones y la facilitación, son necesarios para la ejecución a la acción, pero no para el aprendizaje y
- Aunque el aprendizaje solo puede ser observado por la ejecución o acción, éstos no se presentan cuando la conducta ha sido aprendida.

Las teorías conductistas derivan de las experiencias psicofisiológicas y psicofísicas de Pavlov y Thorndike; las más estudiadas son las teorías de contigüedad, la cual nos indica la importancia de la relación temporal íntima entre el "E" y la "R" en el aprendizaje; la teoría del refuerzo propone que la relación E-R se aprende específicamente según sus efectos, para reducir algunas tendencias o necesidades. Así el aprendizaje es un fortalecimiento gradual de la respuesta obtenida por las pruebas o ensayos, cada uno de los cuales, o factores diferentes pero de igual efecto, actúan aumentando el aprendizaje.

Las teorías del aprendizaje son aparentes y de gran utilidad en las aplicaciones del desarrollo de fobias, adicciones y motivaciones del aprendizaje.

Los factores más importantes que modifican la medición del aprendizaje son: Las exigencias, el número y tamaño de los incentivos, que atraen la respuesta aprendida; los conflictos y facilitaciones entre las exigencias y la respuesta, incluyendo la sensibilización; y la dificultad de discriminación en las situaciones atractivas, las emociones, las inhibiciones, la fatiga, las facilitaciones sociales y los impedimentos físicos. Los factores más importantes que afectan la intensidad del aprendizaje: Los conflictos, la fuerza, número y tamaño de los reforzamientos; la repetición de las situaciones de aprendizaje, la características del reforzamiento (tipo), frecuencia, horario, etc.; castigo y extinción; transferencia de otros hábitos, condiciones físicas durante el aprendizaje

je; conflictos y situaciones.

De tal manera, que el aprendizaje puede ser afectado por:

- La persona que aprende como: sexo, edad, grado de maduración, experiencia previa, inteligencia, estado físico, motivaciones y emociones.
- La ejecución o tarea: Valores de los datos (magnitud o longitud), grado de dificultad y significación.
- El método de aprendizaje: Cantidad de práctica, grado de aprendizaje, participación pasiva, participación activa y conocimiento de los resultados de parte del sujeto que aprende.

C) **MOTIVACION.** Motivación es el hecho de inducir una conducta determinada por metas; teniendo los componentes unos internos como son los fisiológicos o biológicos y otros externos como sociales, culturales, etc. Por ejemplo: Un sujeto al tener hambre presenta un motivo interno, al elegir para calmarle un guiso determinado o bien el horario presenta un motivo externo. Esta relación establece las relaciones motivacionales como ansia, sexo, miedo, deseo de hacer ejercicio, etc. El componente interno puede tener diferentes orígenes, pero especialmente los más importantes son los de imbalance o alteraciones de la homeostasis, así como el débil o experiencias previas; éstos últimos pueden desarrollar fobias o adicción.

Día a día la conducta humana muestra numerosos motivos psíquicos y sociales que no tienen una clara relación fisiológica, por lo cual estos tipos de conducta tenemos que describirlos en términos de dirección hacia fines o metas, ya sean en forma automática o de conducta más compleja. Los mecanismos para alcanzar la meta o fin, no son necesariamente conscientes, pero sí son guiados por serbomecanismos o retroalimentación que ajusta las discrepancias que existe entre la

posición en un momento determinado y el fin deseado.

- D) **EMOCION.** La emoción es un aspecto de la conducta referida a las variaciones de excitación y relajación, con sus actitudes y movimientos expresivos afines. Las emociones humanas más frecuentes son: la cólera, el temor, la alegría, la pena, la culpabilidad, el amor, el odio, el miedo.

Podemos considerar que la emoción es una ruptura o desequilibrio de la conducta, en la que depende cuál es su tipo y origen para que la conducta sea relevante o conflictiva.

A lo cual algunos teóricos afirman:

James-Lange: Indica que la sensación emocional aumenta directamente de acuerdo a los cambios del organismo, que se presentan como recursos en los estados de emergencia.

Cannon-Bard: Indica que los cambios orgánicos emocionales resultan de la desinhibición y corresponde a fenómenos excitatorios.

La expresión emocional humana es modificada por el aprendizaje y gran parte determinada por la cultura y factores sociales.

- E) **MEMORIA.** Entendiéndola como la facultad de recordar o bien la facultad de retener los cambios aprendidos en la conducta, para hacer los actuales o presentes en una situación o momento determinado. Considerando que cualquier experiencia siempre deja su recuerdo en la organización de la respuesta individual, puesto que produce un aumento del aprendizaje.
- F) **PENSAMIENTO.** Definiéndolo como el uso y la manipulación de símbolos abstractos o conceptos, y a la integración de las experiencias pasadas sin elección por ensayo y error. De aquí que el razonar, imagi-



nar, planear, conocer o soñar sean formas de pensar o de pensamientos. Para los humanos el pensar tiene una doble forma de conducta, una objetiva y visible en relación con el medio externo, y otra en la vida privada de cada humano subjetivo y de existencia distinta, pudiéramos decir imaginativa y emocional, que opera a través de símbolos.

McKellar considera que existen dos tipos de pensamientos: El que incluye ensueños, fantasías y pensamientos artísticos y los pensamientos más o menos racionales. Las grandes diferencias individuales en la imaginación y las imágenes, nos explican la gran variedad en los pensamientos sobre un mismo objeto.

- G) PERSONALIDAD. Miller la define como la totalidad psicológica que caracteriza a un hombre en particular comprendiendo tres aspectos importantes: actitud, temperamento y motivación. O bien, Warren la define como la integración integrativa de todas las características cognitivas, afectivas, conativas y físicas de un individuo, tal y como se manifiestan en distinción focal de otros individuos. Sin embargo, cualquier definición que se seleccione siempre la personalidad se refiere a la organización única de características que al final determinan la forma de conducta de un individuo.

Indudablemente la teoría más completa es la de Sigmund Freud: En la que estructura la personalidad dentro de tres conceptos: El id que es el conjunto de tendencias instintivas con las que nace el individuo.

El ego que opera según el principio de la realidad, siendo el mediador entre el id y el super ego.

Y el super ego que se desarrolla por introyección por medio del cual el sujeto incorpora las maneras sociales aceptadas para conducirse y realizar su conducta.

Estos tres conceptos interactuando entre sí, determinan la personalidad y la forma de actuar de un individuo.

## FACTORES SOCIOLOGICOS

Factores sociales y culturales determinan los tipos de abuso de drogas - que son aceptables para un grupo determinado. La marihuana y los psicodélicos forman parte integral de condiciones establecidas en algunos grupos de la clase media de raza blanca. El empleo de la heroína hasta - hace muy poco consistía un anhelo excitante en ghettos de algunas ciudades. Dadas las oportunidades limitadas de lograr una experiencia placentera, una satisfacción, o el orgullo en algunos grupos menos privilegiados, la vida agresiva y tesonera de un heroinomano puede resultar atractiva para un muchacho o muchacha jóvenes.

En 1978, la frecuencia de uso de la heroína, el alcohol y de múltiples - drogas en Estados Unidos es al parecer cada vez mayor; el uso de la anfetamina y psicodélicos está disminuyendo. La cocaína y la marihuana al - parecer se usan cada vez más.

## FACTORES PSICOBIOLOGICOS

La personalidad de los factores constitucionales determinan, en parte, - los efectos psicoactivos que despiertan las drogas en todos los individuos que las usan, e incluyen en la elección de las drogas y en los tipos de abuso. Las enftaminas pueden producir tranquilidad en algunas - personas. El alcohol y los barbitúricos deterioran el control de la conducta y pueden permitir que ciertos tipos de personalidad actúen en forma hostil y violenta.

Las pruebas actuales sugieren que las características de personalidad en las poblaciones que abusan de las drogas varía considerablemente y que - los factores psicológicos juegan un papel muy variable en la etiología - de la toxicomanía; aunque los trastornos premorbidos de la personalidad son cruciales en la etiología de algunos casos de uso compulsivo de drogas, la psicopatología que se observa en otros puede ser una reacción a

los tipos de conducta de abuso compulsivo en una sociedad que condena la vida que depende de las drogas.

El uso compulsivo de las drogas se relaciona con frecuencia con alguna psicopatología. En alguna medicación por sentimientos dolorosos de ansiedad, pena, desajuste, tristeza, culpa y depresión. Es posible que otros traten de aliviar impulsos sexuales o agresivos inaceptables de controlar síntomas psicóticos.

Mientras más anormal es el tipo de conducta del abuso de drogas de un individuo para su medio social o cultural en particular, más probable es que haya un grado importante de psicopatología.

El aprendizaje condicionado es una parte integral del desarrollo y sostenimiento de los tipos de abuso compulsivo de drogas. Los sentimientos de los tipos de abuso compulsivo de drogas. Los sentimientos de disforia que se aliviarán tomando drogas o algunas de las situaciones que acompañaron a esta conducta, se transforman con el tiempo en el estímulo condicionado para sentir el deseo vehemente por la droga y la persistencia de la conducta de buscarla.

Por lo consiguiente en el siguiente capítulo se verán aspectos farmacológicos relacionados con nuestras bases antes mencionadas, tomando en consideración las drogas de abuso.

## CAPITULO II

## CONTEXTO SOCIOCULTURAL SEGUN LOS TIPOS DE DROGAS

## OPIO

El opio se consume en algunos países o regiones del medio, de Asia - -- Sudoriental y del Pacífico Occidental, particularmente en Afganistán, - Bangladish, Birmania, Egipto, Hong Kong, Indonesia, Irán, Macao, Pakistán, Singapur, Tailandia y Vietnam. Donde se produce la mayor cantidad de opio ilícitamente es en el llamado (triángulo de oro), entre Birmania, la República Democrática Popular y LAO y Tailandia y también en - Afganistán y Pakistán. El hábito de fumar o de comer opio tiene una - larga tradición y cumple fines sociales y terapéuticos.

## HEROINA

El consumo de heroína es muy frecuente en Asia, Europa y Estados Unidos de América. Entre los países afectados en mayor o en menor medida figuran Australia, Birmania, Canadá, Estados Unidos de América, Hong Kong, - Icao, Macao, Malasia, República Federal de Alemania, Singapur, Suecia, - Tailandia y Vietnam. Como la heroína procede del opio suele producirse ilegalmente en los mismos lugares que el opio, pero también en otros. - La mayor parte de los usuarios son jóvenes que acostumbran inyectárselo por vía intravenosa, principalmente en Norteamérica y en Europa.

## CANNABIS

El cannabis es una de las drogas más utilizadas en el mundo entero, se - suele fumar pero en la India y Pakistan se toma por lo general en infusión o mezcladas con dulces. Recientemente se ha comunicado el uso de - Tetrahidrocannabinol (el principal componente activo extraído de la planta), en Europa y en los Estados Unidos de América.

El cannabis se utiliza desde hace mucho tiempo entre los grupos de edad más avanzada de las poblaciones rurales, en algunos países de África y del Medio Oriente, otros usuarios más comunes hoy en día son la gente de mediana edad, aunque a decir verdad ya no hay edad específica.

#### COCA Y COCAINA

Es tradicional el consumo de coca mascada o en infusión, su empleo está principalmente limitado en la zona montañosa de los Andes, en América del Sur, que incluye partes de Argentina, Bolivia y Perú. En cambio en empleo de la cocaína se ha extendido en muchos países, se aspira por la nariz o se inyecta por vía intravenosa. Actualmente las hojas de coca se elaboran en forma de pasta que fuman en cigarrillo mezclado con tabaco las personas de las zonas urbanas. En la región andina de América del Sur la modalidad más extendida del consumo de coca en la masticación el hábito de masticar coca ha estado vinculado al trabajo manual duro del tipo que realizan los hombres en los campos o las minas. Es muy probable que esta relación naciese cuando los conquistadores españoles fomentaron el consumo general de las hojas, para lograr la cooperación de los aborígenes forzados a trabajar en las minas.

Existen testimonios históricos de que masticar coca había sido hasta entonces un privilegio concedido a pocas personas en el imperio incaico, ya que al parecer antes que los españoles dominasen la región, solo se permitía esta práctica a ciertas autoridades religiosas y civiles. Es posible pues, que la coca haya sido consumida para fines místicos o de consecución de placer antes de convertirse en uno de los hábitos laborales de millones de hombres de los andes.

En regiones remotas de Perú y Bolivia, algunos obreros siguen recibiendo hojas de coca en pago de su trabajo. La única explicación posible de esta práctica injustificable es el hondo arraigo de la tradición de masticar coca. Los propios mineros bolivianos que figuran entre los trabajadores más progresistas y de mayor conciencia social de la región, se

negarían a trabajar si no se les permitiese llevar hojas de coca a las minas. La coca desempeña también un papel en la convivencia social, en los pueblos y aldeas rurales existe la costumbre de ofrecer las hojas a los demás, en las reuniones a menudo se consumen con bebidas alcohólicas; la infusión de las hojas en agua es otro tipo bastante frecuente del consumo de coca, a menudo los hoteles de la montaña ofrecen este "té verde" a los turistas extranjeros para contrarrestar las incomodidades que causa la gran altitud. Es patente que la infusión de coca se considera medicina reconfortante más que medio de placer y como tal, tomar coca es una modalidad que la sociedad aprueba y en la que participan desde niños hasta ancianos especialmente entre la población andina no indígena.

Contrasta el cuadro de consumo de cannabis por los trabajadores jamaquinos respecto al amplio estudio médico-antropológico que sobre el consumo crónico de marihuana realizaron Robin y otros en 1970-72. En la parte clínica de ese estudio, fueron examinados 30 fumadores crónicos de la clase obrera y 30 testigos de condición equiparable, y no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a enfermedades físicas o mentales, antecedentes penales o un funcionamiento social o económico deficiente. Esto con la información suministrada por el Hospital de la Universidad de Jamaica en el sentido de que se registran más problemas entre los jóvenes de la clase media, a pesar de que el número de los que consumen droga es mucho menor (Breaubrun N.H. 1973).

El masticador habitual consume unos 500 mg de cocaína en el curso de 12 horas de una jornada normal de trabajo, mientras que el consumidor de pasta de coca puede absorber más en una sola "fumada" de media hora; es posible que sus efectos y los del tabaco o cannabis con que se mezcla la pasta contribuyan de manera importante al alto grado de toxicidad que se ha observado.

En las consecuencias y psicológicas de las dos modalidades de consumo de cocaína que se han descrito, juegan un papel muy importante varios facto

res no biológicos:

Disponibilidad de la droga.

A los masticadores de droga les gusta acudir al mercado de su localidad para adquirir legalmente las hojas a precio a su alcance. La pasta de coca ha de conseguirse muy cara, de proveedores clandestinos con los que e comete un delito.

Características individuales de los consumidores.

Los únicos factores que intervienen en el hábito de masticar coca, son la identidad étnica y la clase social. El hábito de fumar pasta de coca entraña la elección personal y otras a los elementos de la comunidad con mayores trastornos psicológicos y sociales, como ocurre en las primeras etapas de implantación social de casi todas las prácticas que no se ajustan a las normas.

Motivación.

Los masticadores de coca no necesitan justificación personal para adoptar el hábito. Fumar pasta de coca conlleva a actitudes conscientemente asumidas que constituyen una transgresión de las normas culturales establecidas.

Reacción social.

El hábito de fumar de coca se practica en contra de las normas y en un estado de grave alineación de la comida, por lo que es objeto de desaprobación social y de la activiación de los mecanismos represivos y correctivos que la sociedad emplea para hacer frente a la desviación.

## ALUCINOGENOS.

Los alucinógenos se usan poco en comparación con otras drogas. En ciertas culturas se han venido empleando tradicionalmente sustancias extrañas de plantas, pero en la actualidad las dos sustancias más difundidas son el LSD y la Feniciclidina.

El período de máximo consumo de LSD fue entre 1976 y 1978; más recientemente ha disminuido. La feniciclidina sigue siendo usada por jóvenes en los Estados Unidos de América.

## ANFETAMINAS Y OTROS ESTIMULANTES, BARBITURICOS, OTROS SEDANTES Y TRANQUILIZANTES MENORES.

Algunas de estas drogas se fabrican ilegalmente, pero el mercado ilícito de esta clase de productos se alimenta principalmente por la difusión de fármacos producidos en los países desarrollados y exportados a los países en desarrollo. Durante los últimos años, el abuso de estos productos ha ido aumentando en muchos países en desarrollo, sobre todo en Africa y en Medio Oriente.

Se toman por vía oral, pero algunos usuarios ilícitos se la inyectan. - La preocupación cada vez mayor que inspira la posibilidad de alguna prescripción excesiva por los medios de algunas sustancias de este tipo, es bastante problemática, contrariamente a lo que ocurre con los consumidos del opio y de heroína; los consumidores de estas drogas pertenecen a distintos factores sociales y económicos. Ha habido entre los adolescentes epidemia de uso indebido de anfetaminas en los Estados Unidos de América y del Japón; la inyección de barbitúricos se ha convertido, asimismo en un problema entre los adolescentes de algunos países. Las dosis altas - y el consumo continuado de estas drogas pueden perjudicar la salud física y mental y a veces causar la muerte.



## CAPITULO III

## NOCIONES ELEMENTALES DE FARMACOLOGIA

La farmacología es la disciplina científica que se ocupa del estudio de los agentes químicos que tienen acción sobre los seres vivos, agentes denominados también drogas o fármacos. Ahora bien, droga o fármaco desde el punto de vista médico, es toda sustancia que puede utilizarse para curar, mitigar o prevenir enfermedades tanto en el hombre como en los animales; las drogas con acción farmacológica definida, actúan modificando las funciones del organismo, ya sea aumentándolas o disminuyéndolas. Existen los siguientes tipos de acción farmacológica:

- a) Incremento de la función de las células de un órgano o sistema del organismo (eter, morfina).
- b) Alteración de la nutrición, crecimiento o morfología de las células, - mediante su estimulación violenta que produce lesión (sales de metales pesados).
- c) Sustitución de la secreción que falta en el organismo (tiroxina, progesterona, etc.).
- d) Atenuación o destrucción de los microorganismos, productores de infecciones (penicilina, sulfamidas).

La acción de los fármacos puede ser local, general o remota:

En el primer caso la droga no penetra en la circulación, en el segundo - penetra en la circulación y su efecto se manifiesta en distintos órganos según su afinidad, en el tercero penetra en la circulación y su acción - se ejerce sobre un órgano que no está en contacto con la droga o que no tiene afinidad con ella, merced a la acción de la misma sobre otras estructuras en relación nerviosa o humoral con el órgano en cuestión.

## FARMACOLOGIA DE LOS HIPNOANALGESICOS

### (Opio y sus alcaloides)

Las drogas que suprimen el dolor y producen sueño, se denominan hipnoanalgésicos, todas en mayor o menor grado producen farmacodependencia, los hipnoanalgésicos se pueden clasificar en alcaloides del opio incluyendo sus derivados semisintéticos y en hipnoanalgésicos sintéticos. La morfina es el principal alcaloide del opio, por lo que sus acciones farmacológicas dependen de la primera.

Alcaloides/derivados de/etilmorfina (deonina)

Sintéticos/la morfina /deacetilmorfina (heroína)

La morfina tiene sobre el sistema nervioso central acciones depresoras y estimulantes; su acción analgésica es la base de su aplicación química más importante, también produce sueño y es especialmente útil en los casos de insomnio por dolor. En pequeñas dosis por vía subcutánea alivia el dolor y produce euforia, teniendo a la vez acciones depresoras y sedantes. En dosis mayores, de 20 mg, el período de euforia pasa rápidamente a un estado de sueño profundo con respiración deprimida y miosis, siendo al despertar acompañado de depresión. Si la dosis es elevada se produce coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

La morfina se metaboliza en el hígado, la mayor parte se excreta por el riñón, el resto por el sudor, jugo gástrico y materias fecales; la intoxicación aguda con morfina puede deberse a tentativa de suicidio o accidente. Puede afirmarse en términos generales que 60 mg. constituyen una dosis tóxica para un adulto no adicto, que 100 mg. producen grave intoxicación y que 200 mg. son mortales.

El opio y la morfina producen dependencia, que puede establecerse de 2 a 3 semanas de uso continuo o aún después de 2 días.

El síndrome de abstinencia aparece de 12 a 15 horas, después de la última dosis, alcanzando un máximo de 48 a 72 horas y desaparece a los 7 o 10 días, se caracteriza por bostezos, lagrimeo, sudoración, midriasis, "carne de gallina", temblor, anorexia, inquietud, espasmos, fiebre, diarrea, etc. La heroína es un analgésico que ejerce sus efectos a inhibir el SNC, especialmente las áreas sensoriales del tálamo y la corteza cerebral, comparte las acciones farmacológicas de la morfina, pero difiere de ella en ser 2 veces más activa por unidad de peso, producir euforia más marcada y menor depresión general del SNC y en implicar un riesgo mucho mayor de dependencia.

#### FARMACOLOGIA DE LOS ANESTESICOS LOCALES

##### (Cocaína)

Se denominan anestésicos locales las drogas que bloquean los impulsos aferentes, desde la piel, mucosas y músculos al SNC, aboliendo tanto la sensibilidad dolorosa, como la táctil, térmica y propioceptiva. El primer analgésico local fue la cocaína, la cual en el hombre, pequeñas dosis actúan sobre la corteza cerebral produciendo estimulación psíquica y con aumento de la capacidad de trabajo, probablemente por disminución de la sensación de fatiga. Posteriormente, se produce excitación, incluso sexual, eufórica, locuacidad e inquietud. En dosis pequeñas, la cocaína puede producir en el sistema cardiovascular bradicardia. A dosis medianas, taquicardia; en dosis alta o inyección intravenosa, sobreviene la muerte súbita por paro cardíaco. En el sistema respiratorio puede deprimir el centro respiratorio, llegando a provocar apnea, que puede ser mortal; aplicada localmente, produce intensa vasoconstricción, llegando a producir a la larga necrosis tisular. La intoxicación con cocaína es generalmente accidental. Se considera como dosis mortal 1 g., aunque se han producido fenómenos alarmantes con 20 mg.

Los dependientes de la cocaína, buscan en la droga euforia, mayor potencial mental y psíquica, sensaciones placenteras y excitación sexual, su

uso habitual no es inocuo y dá lugar a manifestaciones psíquicas (alucinaciones e ilusiones), somáticas (taquicardia, midriasis, temblor, etc.) y locales (absesos, ulceración y tabique nasal).

#### FARMACOLOGIA DE LOS TRANQUILIZANTES

##### (Benzodiazepinas)

Estas corresponden al grupo más importante de las drogas, los psicotrópicos cuya acción principal se ejerce sobre los procesos mentales o emocionales, modificando la actividad psíquica. Poseen un efecto calmante de la hiperexcitabilidad nerviosa, sin embotamiento de la conciencia y sin tendencia al sueño, con las dosis usuales; su aplicación en las enfermedades mentales constituye un importante progreso.

	Mayores:	actúan en las psicosis
Tranquilizantes	Menores:	Tratamiento de neurosis

Los tranquilizantes menores comprenden benzodiazepinas, las cuales en el hombre tiene una acción tranquilizante y ansiolítica, también calman la aprensión, la tensión, alivian el insomnio y producen cierta relajación muscular. Entre los preparados comerciales más conocidos están: Valium, Praxiten, Trapax y Transilium.

#### FARMACOLOGIA DE LOS HIPNOTICOS Y SEDANTES

##### (Barbitúricos)

Se denomina hipnótico a una droga que produce sueño semejante al natural. Estas drogas son depresores centrales no selectivos, al igual que los anestésicos generales. La diferencia entre el efecto hipnótico y la anestesia general, es cuestión de grado, de intensidad de la acción, tam

bién general, es cuestión de grado, de intensidad de la acción, también en dosis pequeñas los hipnóticos actúan como sedantes; de todos los hipnóticos de los barbitúricos son los más importantes. Los barbitúricos son sustancias de origen sintéticos y corresponden químicamente a los cíclicos. Tomando en consideración la duración de su acción se clasifican en:

Acción prolongada (veronal, luminal, gardinal)

Acción intermedia (amytal)

Acción corta (nembital, seconal)

Acción ultracorta (pentotal sódico)

La acción fundamental de los barbitúricos es la depresión no selectiva del SNC, que según la dosis puede ir desde la sedación hasta la anestesia general o el coma y aún la muerte por parálisis del centro respiratorio.

En el hombre en dosis pequeñas producen efectos sedativos, acompañados de agotamiento intelectual, discreta disminución de la tensión, memoria y juicio.

En dosis medianas provocan un sueño semejante al natural; por otra parte los barbitúricos tienen la propiedad de facilitar la acción de las drogas analgésicas y en dosis altas suprimen las convulsiones. La intoxicación aguda se debe a la ingestión de dosis excesivas en forma accidental o con fines suicidas o criminales. Los barbitúricos producen dependencia y su síndrome de abstinencia se caracteriza por ansiedad, astenia, dolor de cabeza, sudores, temblor, sacudidas musculares y en ocasiones, convulsiones.

#### FARMACOLOGIA DE LOS ESTIMULANTES DEL S.N.C.

(Anfetaminas y alucinógenos)

Las drogas que aumentan la actividad de diversos centros nerviosos, se -

denominan estimulantes del SNC, entre ellas figuran las aminas despertadoras, y actúan especialmente sobre los centros superiores, estimulando principalmente la actividad mental; de éstas, su estructura fundamental es la fenilisopropilamina, que corresponde específicamente a las anfetaminas, son todas de origen sintético.

En el hombre ocasionan locuacidas, euforia, mejor asociación de ideas, disminución del sueño y la fatiga, acrecenta el trabajo intelectual sin disminuir los errores y suprime el apetito. La dosis tóxica es variable, pero en general, puede establecerse que la de 30 mg es peligrosa y la de 20 mg por kilo de peso puede ser mortal, la muerte en los casos de grave intoxicación cursa con coma, colapso circulatorio o parálisis respiratoria.

La anfetamina y derivados son capaces de producir dependencia. Sin embargo no provoca dependencia física ni tampoco el síndrome de abstinencia, característica por supresión; entre los preparados comerciales más conocidos, se tienen la benzedrina, la dixedrina, omnibex, ponderal, preludein, etc., dentro de los estimulantes también están consideradas las drogas, alucinógenas o psicodélicas que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento semejantes a las que se manifiestan en la psicosis con desorganización de la personalidad y acompañados de alucinaciones.

La mezcalina alcaloide que se extrae del Peyotl, cactus que crece en el Sur de los Estados Unidos y, en México, la psilocibina alcaloide obtenida del teonacatl, hongo que crece en México y la lisergida (LSD 25), compuesto semisintético obtenido de los alcaloides del centeno, son las tres drogas mejor conocidas, éstas drogas producen en el hombre excitación psíquica, distorsión de las sensaciones, alucinaciones y despersonalización. Este fenómeno justifica la aceveración de que provocan una psicosis experimental o psicosis modelo. Las drogas alucinógenas son capaces de producir dependencia; sin embargo, no producen síndrome de abstinencia por supresión. Asimismo, las sustancias farmacológicamente

activas de la marihuana, principalmente de tetrahidrocannabinol, se consideran drogas alucinógenas o sicodélicas. Los efectos de la marihuana varían, según se ingieran o fumen. En este último supuesto, las sustancias activas se absorben rápidamente en pequeñas cantidades, por lo tanto los efectos son más fugaces y la intensidad de los mismos es regulado por la frecuencia de las fumadas. En el primer supuesto la absorción es lenta y de mayor cantidad de sustancias, por consiguiente los efectos tienen un inicio más gradual, son mucho más intensos y persisten por bastante tiempo, el consumo de la marihuana produce en el hombre congestión conjuntival, dilatación pupilar, acortamiento del período de atención, distorsión del sentido del tiempo, incoordinación de los movimientos, pérdida del equilibrio, aumento del apetito y sequedad de la boca y la laringe, en dosis importantes aparecen alucinaciones.

**CLASES DE DROGAS Y SU IDENTIFICACION**



### CLASIFICACION DE LAS DROGAS DE ABUSO

Las drogas que a continuación serán mencionadas, tienen un común denominador: pueden producir efectos considerables y perjudicables en la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo.

Muchas de ellas tienen usos medicinales lícitos, pero pueden provocar - dependencia física y psíquica; otras afectan el sistema nervioso central de tal manera que convierten a los usuarios en un peligro para si mismo\_ y para quienes los rodean.

Todas originan problemas de conducta, salud y convivencia.

\* DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION

DROGAS	NOMBRES COMERCIALES Y OTROS	USOS MEDICOS	DEP. FISICA	DEP. PSIQUICA	TOLE RANCIA	DURACION HORAS	VIA ADMON	EFFECTOS POSIBLES	EFFECTOS SOBREDOSIS	SINDROME DE PRIVACION
NARCOTICOS OPIO	Polve de Dover, Paregoric, Parepectolin	Analgesico Antidiarreico	Alta	Alta	Si	3-6	Oral, fumada	Euforia, Aletargamiento de presión respiratoria, pupilas contraídas, náuseas.	Respiración lenta y superficial, pupilas dilatadas, convulsiones, coma, posible muerte.	Ojos llorosos, flujo nasal, bogorrea, pérdida de apetito, irritabilidad, temblores, náuseas, calofríos y sudoración, cefalea, náuseas.
MORFINA	Morfina Jarabe Pectoral	Analgesico Antitussígeno	Alta	Alta	Si	3-6	Oral, fumada, inyectada			
CODEINA	Tylenol con Codeina, compuesto de Empirin con Codeina, Robitussin, A-C	Analgesico Antitussígeno	Moderada	Moderada	Si	3-6	Oral, inyectada			
HEROINA	Diacetil, Morfina, Caballo, Golpe	Dejo investigación	Alta	Alta	Si	3-6	Inyectada Aspirada fumada			
HIDROMORFINA	Dilaudid	Analgesico	Alta	Alta	Si	3-6	Oral inyectada			
MEPERIDINA (PETIDINA)	Demoral Nupergan	Analgesico	Alta	Alta	Si	3-6	Oral inyectada			
METADONA	Dolefine, Metadona, Metadese	Analgesico	Alta	Alta Baja	Si	12-24	Oral inyectada			
OTROS NARCOTICOS	Lauder, Loritina, Numorin, Percodan, Tusstonex, Tussanal, Davon, Talwin, Lunell.	Analgesico Antidiarreico Antitussígeno	Alta Baja	Alta Baja	Si	Variable	Oral inyectada			

DRUGAS	MOLEZAS COMERCIALES Y OTROS	USOS MEDICOS	DEF. FISICA	DEF. PSIQUICA	TOLERANCIA	DURACION MES.	VIA ADMON.	EFFECTOS POSIBLES	EFFECTOS SOBREDOSIS	SINDROME DE PRIVACION
DEPRESORES HIDRATO DE CLORAL	Moctec Somnus	Hipnótico	Moderada	Moderada	Si	5-8	Oral	Tarfulco, desorientación, comportamiento de ebrio sin olor de alcohol	Respiración superficial, piel húmeda, pupilas dilatadas, pulso rápido y débil, coma, posible muerte	Ansiedad, insomnio, temblores, delirio, convulsiones, - posible muerte
BARSITURICOS	Fenobarbital, Tuinal, Amytal, Neubatal, Secobarbital, Lotusate	Anestésico - Anticonvulsivo, sedativo hipnótico	Alta a Moderada	Alta a Moderada	Si	1-16	Oral			
BENZODIAZEPINAS	Ativan, Acene, Clonopin, Delmasco, Disapen, Librium, Kanax, Serax, Tranxene, Valium, Veratren, Melcion, Fasipax, Restoril	Tranquilizante, anticonvulsivo Hipnótico	Baja	Baja	Si	4-8	Oral			
METACUALONA	Qualude	Sedativo Hipnótico	Alta	Alta	Si	4-8	Oral			
CLUTETIMIDA	Dirien	Sedativo Hipnótico	Alta	Moderada	Si	4-8	Oral			
OTROS DEPRESORES	Equanil, Miltacox, Molodar, Plicidil, Valmido	Tranquilizantes, sedativo, hipnótico	Moderada	Moderada	Si	4-8	Oral			



DROGAS	NOMBRES COMERCIALES Y OTROS	USOS MEDICOS	DEP. FISICA	DEP. PSIQUICA	TOLE-RANCIA	DURA-CION HORAS	VIA ADMON.	EFFECTOS POSIBLES	EFFECTOS POR SOBREDOSIS	SINDROME DE PRIVACION
ALUCINOGENOS	Acido mictropuntico	Ninguno	Ninguna	Desconocida	Si	8-12	Oral	Ilusiones y alucinaciones, bajo percepción del tiempo y distancia	Epiadicos de "viajes" más largos e intensidad, psicosis posible muerte	No hay reportes del síndrome de privación
Mescalina y PETOTE	Mesc. botones cacto	Ninguno	Ninguna	Desconocida	Si	8-12	Oral			
VARIANTES DE ARPETAMINAS	2,5-DMA, PMA, STP, MDA, MDMA, TMA, DOM, DOB.	Ninguno	Desconocida	Desconocida	Si	Variable	Oral, Inyectada			
FENCICLIDINA	PCP, polvo de angel, cardo	Anestésico veterinario	Desconocida	Alta	Si	Días	Fumada, Oral, Inyectada			
ANALOGOS DE FENCICLIDINA	PCE, PCP, TCP	Ninguno	Desconocida	Alta	Si	Días	Fumada, Oral, Inyectada			
OTROS ALUCINOGENOS	Bufotenina, Ibogaina, DMT, DET, Siicocina, Siicocina	Ninguno	Ninguna	Desconocida	Posible	Variable	Oral, Inyectada, Fumada, Inhalada			



PSICOFARMACOS O DROGAS PSICOTROPICAS

Nombre Comercial		Funciones		Dependencia				
				Fisica	Psiquica	Tolerancia	Duración	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     Sustancias que producen diferentes tipos de depresión de las funciones del S.N.C.                 </div>								
1. ANESTESICOS	{ Etar Cloroformo Óxido nitroso Fluotamio			Agentes químicos que producen un estado de inconciencia (hipnesia) con pérdida de la sensibilidad dolorosa (analgesia) con aumento del umbral al dolor y a los reflejos, retardo en la conducción nerviosa, depresión general de la excitabilidad del S.N.C. En períodos, el tórax se autóbica, tras el anest.	N	N	Variable	
2. ANALGESICOS	{ Acido acetilsalicílico y derivados	Aótro Aspirina		Deprimen o suprimen la excitabilidad dolorosa, aumentan el umbral de percepción del dolor y no producen adicción.	N	N	SI	Variable
3. NARCOTICOS	{ Naturales Sintetiz- cáticas Sintetiz- cicas	Opio (M) Morfina (M) Codeína (M) Tebaina (M)	Dover, Perogerto Pectoral Tylenol, Rubiteusan	Aumentan el umbral a los impulsos dolorosos que llegan a los centros superiores del S.N.C., disminuyen la agitación y la angustia provocada por la percepción del dolor; a dosis altas producen incoherencia y sopor, crean hábito y adicción, intoxicación narcotica y tolerancia y a la suspensión, aparece el síndrome de abstinencia.	A	A	SI	3-6
		Heroína (M) Hidromorfona (M) Deltoideno (M) Etarfin y di- proporfina	Dilaudid Dolofino Metadona					
4. HIPNOTICOS	{ Barbitúricos (D) Hierato de etilal (D)	Meperidina (mg) Lidina (M) Metadona y dro- gas atípicos (M)	Demoral Mepergin	Producen un estado semejante al sueño fisiológico, con la conservación de la memoria de los reflejos, relajación muscular y disminución del metabolismo basal; producen de sedación ligera a sedación profunda y anestesia ligera	N	N	SI	5-8
			Fenobarbital Secoral					
5. SEDANTES	{ Codeína (M) Bromuro		Espirin con codeína Coderial Calcironat	Deprimen la excitabilidad del S.N.C. en forma selectiva, pero sus efectos son más mani- festos sobre las funciones corticales y sobre ciertos reflejos (to)	N	N	SI	3-6

**6. DÉPRESORES DE LA CORTEZA**

Prilidom  
Mefenamina  
Trimestina

Resolino  
Fendimetil  
Tridione

Deprimen la excitabilidad cortical a los estímulos físicos y químicos, son útiles en los síndromes convulsivos (antiepilépticos).

AM AM SI 1-16

**7. ATARÁXICOS O TRANQUILIZANTES MENORES O TENSÍOLÍTICOS**

Mezocametas (D)  
Benzodiazepinas (D)  
Derivados del Clorazepato

Apocil, Escotalco, Eouanilol, Diltiazem, Librium, Valium

Reguladores del equilibrio neuroquímico, disminuyen la actividad funcional de las estructuras límbicas que participan en ira, temor, euforia y en estados motivacionales como hambre, sed, sueño sexual, producen ansiedad, tranquilidad y ataraxia (equilibrio entre lo que se quiere y se puede ser) no dando lugar a la tensión o la angustia.

B B SI 4-8

**8. NEUROLÉPTICOS O ANTIPSICÓTICOS O TRANQUILIZANTES MAYORES**

Derivados de la fenotiazina

Clorpromazina

Depresión y ataraxia en estados psiquiátricos, depriéndolo o evitando las distracciones, sin niemas, cambios de percepción y trastornos de la conducta de entornos psíquicos, de tipo psicótico o esquizofrénico.

M M SI 3-6

**11.- PSICOMALEPTICOS**

Sustancias que producen diferentes tipos de estimulación o excitación somatopsíquica en estados fisiológicos y patológicos.

**1. ANTIDÉPRESIVOS O TIMOLEPTICOS O ANSIOLITICOS**

- 1.1 Estimulantes psicomotoros
- 1.2 Tónicos de la dopamina (MAO)
- 1.3 Derivados del iminodibenzil

Antisergina (S)  
Imprazida

Benzodrina  
Desoxy  
Mardil  
Imazepam

Agentes químicos que estimulan el S.R.C. de principio, producen euforia, reduce el dolor, antagonizan a los neurolépticos (1-8), - " - antagonizan a los, también la convulsión, agitan la presión arterial y actúan la epilepsia y en dosis altas producen convulsiones.

A A SI 12-24

**2. PSICOTONICOS O PSICOESTIMULANTES O ESTIMULANTES CORTICALES**

Cafeína  
Alcohol  
Nicotina  
Tabaco

Cafespirina, café  
Alcohol M\*

Estimulan las actividades mentales superiores, imaginativas, abstractas, etc., y facilitan el aprendizaje o imitan el dolor.

M M SI 5-8



4. ANALEPTICOS  
BULBARES Y  
REGULARES O  
CARDIORES-  
PIRATORIOS

Coramina  
Estricnina

Estimulación contra del 4º ventrículo y parte alta de la médula, en dosis altas pueden producir estados convulsivos.

D D Variable 4-8

III.- PSICODISLEPTICOS

O PSICOMOTORES  
O ALUCINOTENOS

L.S.D.  
Pasticibina  
Mescalina (Pejeta)  
Marijuana Hashish solo  
acrita  
Varitas thal  
Adenocromo

Acido, micropunto  
Norgo (Lorazepam),  
(Café de los dios  
Sed)  
Maz, botones o -  
saco  
Pot. Acapulco - -  
Gold, thi

Adramolutin

Producen alucinaciones, alteraciones de la percepción sensorial y de la conducta social, alteraciones sensoriales - acústicas, visuales y táctiles, alteraciones simpáticas, de la percepción del tiempo (estado psicodélico (revelador del psíquico), desmoronamiento de la personalidad, semejante a la esquizofrenia.

N D SI 8-12

IV.- SUSTANCIAS  
ARTIFICIALES

Cocaina (I)

Niave, copo, coca

Reducen el hambre, la sed, la fatiga y el dolor sin alterar la coordinación o la percepción.

Posible A SI 1-2

A = Alta  
M = Media  
B = Baja

D = Desconocido  
N = Ninguna

(M) = Narcóticos  
(D) = Depresores  
(E) = Estimulantes

## EL OPIO Y LOS DERIVADOS DEL OPIO

## Historia

La historia está repleta de relatos que mencionan el uso del opio. Algunos son ciertos y otros son fábulas. Sin embargo, es interesante saber que las referencias a su uso antedatan el nacimiento de Cristo. Sabemos, por ejemplo, que las civilizaciones antiguas usaban el opio, en varias preparaciones, tanto para placer como con propósitos medicinales.

Uno de los descubrimientos más significativos de la historia tuvo lugar a principios del siglo diecinueve (1803-1805), cuando un científico alemán logró aislar la morfina del opio. La morfina fue introducida al mercado más tarde como la maravilla curativa para la adicción al opio. Este descubrimiento marcó el principio del uso y abuso de los narcóticos, tal cual existe hoy en día. La codeína fue aislada en 1832 y poco después se identificaron y aislaron muchos otros alcaloides del opio.

Inicialmente, el opio y sus derivados fueron considerados como el curativo para muchas dolencias pero se conocía poco de sus características o efectos farmacológicos o de su toxicidad. Ciertos individuos comenzaron a ensalzar o alabar el efecto eupéfaciente de las drogas y poco después un alto número de personas comenzó a abusar de ellas. El número de adictos comenzó a aumentar en los países europeos debido al uso continuo y descontrolado de las drogas.

La invención de la aguja hipodérmica, alrededor de 1853, fue considerada un adelanto científico de gran importancia. Ahora era posible administrar la droga directamente, introduciéndola en los tejidos del organismo humano y obteniendo una acción más rápida y una absorción mayor. En cuanto a los narcóticos, algunas personas llegaron a creer que el administrar la droga inyectándola eliminaba algunos de los peligros de la adicción, que decían era consecuencia de la administración oral.

En 1875 dos químicos ingleses desarrollaron el compuesto químico morfina diacetilica. Esto lo lograron sometiendo el alcaloide de morfina a una alteración química. Se iniciaron entonces, en Europa, estudios para determinar las propiedades fisiológicas de este nuevo compuesto. En 1898, la empresa química Friedrich Bayer, S. A. le dió el nombre de Heroína al nuevo narcótico. La empresa Bayer comenzó el mercadeo de la heroína como cura para la adicción al opio y a la morfina y dijo que era completamente no adictiva.

Entre 1923 y finales de la década de 1940 se produjeron varios otros derivados del opio y narcóticos sintéticos, usados hasta el día de hoy por los médicos. Posiblemente, las más importantes de estas drogas sintéticas es la metadona, desarrollada, igualmente, en Alemania. La metadona sería usada más tarde como una cura para la adicción a la heroína. La mayoría de los países reconocieron la posibilidad de abuso que presentaban estas drogas y desde 1912 trataron de establecer leyes y restricciones para su control. Sin embargo, todos estos esfuerzos alcanzaron poco éxito y como resultado, los Estados Unidos se convirtió en el mayor centro de abuso en el mundo.

Debemos reconocer, sin embargo, que recientemente debido a consideraciones internacionales y políticas y a una falta de control mundial, varios otros países han visto surgir grandes problemas relacionados con la heroína. En Irán, únicamente, hay aproximadamente un millón de adictos.

Los países escandinavos, Italia, Francia, España, Tailandia y Gran Bretaña reconocen que la heroína es un problema significativo. Alemania Occidental ha publicado estadísticas que afirman que la heroína es la causa principal de fallecimientos en la juventud alemana.

El control óptimo sería, por supuesto, la abolición a nivel mundial de la producción de opio. Desafortunadamente, la demanda legítima de narcóticos, especialmente de codeína y morfina, nos impiden alcanzar esta meta en un futuro próximo.

## LA COCA Y LA COCAINA

## Cocaína

La cocaína (Benzoilmetilo ecgonina -C17 H21 NO4) es un alcaloide cristalino blanco (uno de una clase de bases orgánicas nitrogenadas, especialmente de origen vegetal, que tiene un efecto fisiológico sobre animales y seres humanos) que se encuentra en las hojas del arbusto de coca (Eritroxilea coca) y que actúa como un estimulante sobre el sistema nervioso central.

La planta de la coca es de hoja perenne, originaria de América del Sur, sobre todo de Perú, Bolivia, Brasil, Chile y Colombia, y no debe ser confundida con la planta del cacao, de la coca es originaria de América del Sur, ha sido cultivada con éxito en Java, las Indias Occidentales, India y Australia.

La coca es un arbusto que crece de cinco a diez pies de altura con troncos que se extienden ampliamente y que tienen un ramaje muy frondoso - hacia los extremos. Las hojas verdes con bordes lisos varían de una a tres pulgadas de largo y huelen como hojas de té.

El proceso de secado es muy importante y toma aproximadamente dos días - de por lo menos tres hojas de sol diario. Durante el proceso, las hojas tienen que darse vuelta para un secado parejo. Si es demasiado intenso, las hojas secan demasiado y pierden su valor comercial. En el proceso - del secado, la hoja de coca pierde más del 75% de su peso original.

La hoja se divide en tres categorías básicas:

1. Hojas de un verde profundo que se secan por métodos mecánicos o al aire y que luego se comprimen en fardos. Esta manera es la que más se presta para la exposición.

2. Hojas oscuras que resultan de un secado defectuoso son golpeados a propósito con el fin de satisfacer una alta demanda de consumo.
3. Hojas que por descuido, humedad, atraso en el secado o enfermedad, han perdido parte de su contenido de alcaloides y que prácticamente no tiene ningún valor comercial. Este tipo de hoja de coca se usa a menudo como abono local.

Los nativos de los Andes de América del Sur gustan de masticar la hoja de coca. Dicen que la coca disminuye el hambre y aumenta su fuerza. -- Las hojas son muy amargas al masticarlas y a menudo se condimentan con otra sustancia tal como el limón. Se calcula que más del 90% de los indios mastican la hoja de coca. Los indígenas mastican un promedio de una - dos onzas (57 gramos de hoja de coca diariamente y característicamente sus dientes tienen manchas rojo negruzcas. La hoja de la coca es consumida ya sea por los indígenas de los Andes de América del Sur o se exporta a otros países para su consumo. Otro uso de la hoja de coca consiste en la extracción de cocaína ya sea para fines ilegales o legítimos. La mayoría de las fábricas de cocaína, ya sea legales ó clandestinas, se encuentran en América del Sur debido al alto costo y volumen del transporte de la hoja entera. La cocaína alcaloide se extrae de la hoja de la coca básicamente con tres procedimientos se usan tanto en los laboratorios lícitos como ilícitos para la producción de la cocaína.

#### El tráfico de cocaína

Legal.- Una vez que se ha producido legalmente la cocaína a partir de la hoja de coca se exporta a diferentes países para uso médico, sobre todo como anestesia local (aplicada a la superficie, no inyectada, sólo para el tratamiento de una sección en particular). La cocaína sigue siendo una droga preferida por muchos médicos como una anestesia local tópica puesto que la droga tiene calidades vasoconstrictivas (restringe y detiene el flujo de la sangre). Las anestésicos locales sintéticos ta-

les como la novocaína, y xilocaína (lidocaína) también han sido descubiertas y usadas obviamente como anestésicos locales.

**Ilícito.** - La fabricación ilícita de cocaína en diversos laboratorios clandestinos de cocaína en América del Sur, se envía de contrabando a varios países para ser usada en el tráfico del mercado negro. Los sistemas de contrabando no tienen límites y varían de una organización a otra. A menudo en camino a los Estados Unidos, la cocaína pasa primero de contrabando por México en vez de venir directamente de América del Sur.

La cocaína, así como la heroína, se empaca generalmente en bolsas plásticas herméticamente selladas o condones de goma para fines de contrabando. Básicamente la cocaína ilícita viene en tres formas:

1. En forma de una pequeña piedra dura fácilmente obtenible sobre todo por el traficante mayorista.
2. En forma de escama que constituye generalmente una cocaína bastante pura, descompuesta en pequeños copos o escamas que se considera como una delicadeza entre los consumidores de cocaína.
3. En polvo, que es generalmente la cocaína en forma de piedrilla o escama diluida con otras sustancias tales como lactosa o procaína.

En el tráfico ilícito de la cocaína -así como en el de muchas otras drogas- hay un canal determinado por el cual pasa la droga del momento de su cosecha hasta su consumidor. Inicialmente hay un campesino que cultiva, seca y envía las hojas de coca al laboratorio ilícito. Los laboratorios clandestinos luego extraen químicamente noventa o cien por ciento de cocaína pura de la hoja. Del laboratorio, la cocaína se vende generalmente a los contrabandistas o a los comerciantes mayoristas. Estos llevan la cocaína de contrabando y la venden a un distribuidor importan-

te de cocaína por un precio acordado de antemano, que es variable. El distribuidor toma la gran cantidad de cocaína y la vende en cantidades menores a un cierto número de traficantes. Puede vender la cocaína en su forma pura o puede diluirla y venderla por un precio más bajo. La mayoría de los traficantes tienen que tomar en cuenta que la cocaína pierde su fuerza rápidamente, y a veces la sustancia usada para cortarla o diluirla tendrá la tendencia, después de un cierto período de tiempo, de destruir el contenido de cocaína. Cuando los traficantes entran en posesión de 1/2 libra o de 1 libra de cocaína casi siempre la diluyen con una sustancia para cortarla y la venden en cantidades de una onza a pequeños traficantes. El vendedor callejero de cocaína a su vez la vende al consumidor en gramos.

En los últimos años se ha visto a menudo que los contrabandistas expertos en heroína también vendían de contrabando cocaína cuando antes sólo se "especializaban" en heroína. En los últimos años se ha visto a menudo que los contrabandistas expertos en heroína también vendían de contrabando cocaína cuando antes sólo se "especializaban" en heroína. En vista de la volatilidad del mercado de cocaína siempre se encuentran clientes disponibles, y la cocaína se vende rápidamente. El contrabandista/traficante de heroína puede dedicar entonces su tiempo al metódico tráfico de heroína que toma mucho tiempo. Rara vez un mismo individuo consume cocaína y heroína a la vez.

#### Efectos de la cocaína

Casi inmediatamente en cuanto un individuo ingiere cocaína, ya sea por inhalación o inyección, y tres o cinco minutos después de haber ingerido cocaína oralmente, un individuo siente lo que se llama un arrebató (una euforia intensa). Esta euforia comienza casi inmediatamente al inyectarse, un poco más tarde al inhalarse, y bastante más tarde al ingerirse oralmente. El tiempo de duración de la euforia también varía ya que con inyección la euforia dura menos tiempo que con la inhalación o ingestión

oral. Inmediatamente después de la euforia, que puede durar de un par de segundo a medio minuto, el usuario pasa por un período que puede durar de treinta minutos a una hora de estar "enchufando" es decir bajo la influencia de cocaína.

### Efectos psicológicos

1. Los usuarios de cocaína tienen sensaciones de estimulación mental y física, euforia, auto-satisfacción, y bienestar mental y del cuerpo. El usuario siente frecuentemente que es capaz de emprender cualquier cosa por muy difícil que sea.
2. El usuario se pone hiperactivo, locuaz y sufre de falta de memoria. A menudo siente un aumento de sus capacidades. Muchos músicos sienten que tocan mejor sus instrumentos cuando están bajo la influencia de la cocaína. Los experimentos han demostrado que a menudo ocurre precisamente lo contrario.
3. La cocaína tiende a dar salida a inhibiciones reprimidas lo que hace que el usuario cometa actos que normalmente son indeseables, tales como actos criminales y actos sexuales extraños.
4. Algunos usuarios dicen que su capacidad de audición de los sonidos alcanza un alto grado de sensibilidad.
5. La mayoría de los usuarios de cocaína dicen que la cocaína no es sólo un estimulante del sistema nervioso central, sino que también un estimulante sexual. La mayoría de los estudios hechos sobre la cocaína indican que no existe ninguna razón física real para la estimulación sexual, y que ésta es más bien psicológica. Tal como se ha mencionado anteriormente, la cocaína tiende a dar salida a inhibiciones reprimidas de una persona, y por lo tanto aumenta el deseo sexual y el de actividades sexuales variadas. Muchos usuarios dicen que sus goces



sexuales se intensifican dos o tres veces más que los goces sexuales normales, lo que indica de nuevo un efecto psicológico.

6. Frecuentemente los usuarios de cocaína sienten una paranoia semejante a la de los usuarios de metaanfetamina lo que los hace muy recelosos y desconfiados.
7. Muchos usuarios de cocaína tienen alucinaciones que pueden describirse más bien como ensueños intensos. Hay aquellos que dicen que algunos usuarios de cocaína sufren de sensaciones paraestéticas o sea una sensación de hormigueo de insectos, culebras o piojos en sus cuerpos o debajo de la piel lo que los lleva a rascarse constantemente.
8. Algunos usuarios de cocaína describen la sensación de estar bajo la influencia de cocaína como una sensación más intensa a la de estar bajo la influencia de anfetaminas pero de mucho menor duración. Otros la describen como estar bajo la influencia de alcohol sin tener los reflejos lentos, mareo o malestar después de una borrachera.
9. La cocaína causa una dependencia psicológica y por lo tanto es una droga sumamente adictiva. Cuando los efectos de la cocaína empiezan a disiparse, el usuario frecuentemente se siente agitado, incapaz de concentrarse, pendenciero, deprimido, cansado y perezoso. A veces tiene efectos físicos adversos tales como estreñimiento, calambres y náusea. Ocurre a menudo que la depresión es muy seria y el usuario pierde interés en la vida y desarrolla tendencias suicidas o mórbidas. Esta depresión ha sido descrita como una sensación en la que el usuario se siente morir. Se siente sin vida, descorazonado, prefiere estar solo y a veces siente que la muerte es inminente. En este momento también sufre de alucinaciones paranoicas que consisten en un sentimiento de persecución por parte de las autoridades. Para contrarrestar estas sensaciones negativas el individuo a menudo usa más cocaína. El sentimiento de supremo placer que se obtiene con

el uso de la cocaína crea un deseo muy fuerte para continuar usándola. - Esto desarrolla un círculo vicioso de grandes euforias seguidas de depresiones, y luego el deseo de restablecer la gran euforia. Como consecuencia se desarrolla una dependencia psicológica extremadamente fuerte en - esta droga. La depresión que sigue después de los efectos de la cocaína se llama la morrina de la coca o "la tristeza de la coca".

**CANNABIS SATIVA**

## MARIHUANA Y DERIVADOS

El nombre botánico del arbusto leñoso, alto dioclefino, anual, conocido vulgarmente como marihuana, es *Cannabis Sativa* L, del género *Cannabis* y de la familia de las cannabáceas. El término "marihuana", tal como lo define la ley, se refiere a todas las partes de la planta, tanto las que crecen como las que no, las semillas de la misma, la resina que se extrae de cualquier parte de la planta, y cualquier producto compuesto; los derivados salinos, mezclas o preparados con esta planta; sus semillas o resinas. Este término no incluye el tronco maduro de la planta, las fibras que producen dichos troncos, los aceites o pasteles hechos con las semillas de la planta, cualquier otro compuesto, producto, derivado salino, mezcla o preparado con estos troncos maduros (excepto la resina extraída de los mismos), fibras, aceites o pasteles, o la semilla esterilizada de la planta que no puede germinar.

Se han descrito algunas variedades de la especie *Cannabis sativa* que reciben los nombres de "cañamo (*Cannabis*) indico" y "cañamo americano". Sin embargo, los botánicos están de acuerdo en que éstas representan variedades y modificaciones de la especie *Cannabis sativa*, que es la única especie verdadera en el orden. La Concención hace esta distinción entre el material primario de la planta natural y sus derivados únicamente por razones de estadística.

La planta del cañamo contiene algunos alcaloides; los principales son el cannabínol, el cannabidiol y los tetrahidrocannabinoles. Los tetrahidrocannabinoles son los alcaloides más activos y se los considera como los agentes responsables del efecto alucinógeno de la marihuana. El cannabidiol, un difenol,  $C_{21}H_{28}(OH)_2$ , y el cannabional, un fenol,  $C_{21}H_{26}(O_2)$ , son fisiológicamente inactivos pero sirven de precursores en la biosíntesis de los tetrahidrocannabinoles.

El cañamo indico se cultiva en todo el mundo. Se supone que su cultivo

comenzó en China, desde donde se propagó. Actualmente crece silvestre - (sin cultivar) o se cultiva en América del Norte y del Sur, Asia, Africa y en algunos países de Europa. Aunque esta planta crece en muchas áreas del mundo, las variables ecológicas gobiernan la extensión de su crecimiento y son las responsables de muchas modificaciones morfológicas de la planta.

El verdadero origen del nombre marihuana se pierde en la antigüedad. -- Gray atribuye la derivación griega de la palabra "Cannabis" al nombre - persa "Kanab". Otros autores citan muchas palabras en diversos idiomas como posibles orígenes de la palabra "marihua". La historia nos cuenta que el delirio asesino de los malayos, caracterizados por su conducta - violenta, era resultado del uso habitual de hachis. También se cuenta - que los líderes mahometanos, que se oponían a los cruzados, utilizaban los servicios de individuos que estaban bajo los efectos del hachis para cometer asesinatos secretos. El delirio producido por la droga llevó a llamar a estas personas "haschichin", "hashihas" o "hashishi", de donde se deriva la palabra moderna "asesino".

Las sumidades floridas, hojas y pequeños tallos se recogen se secan y - normalmente se fuman en pipa o como cigarrillos. El uso de cigarrillos - es el método escogido con más frecuencia.

Desde principios de 1900 hasta 1937, muchos preparados farmacéuticos que contenían extractos resinosos de cáñamo indico estaban fácilmente al alcance de todo el mundo, y se recomendaban extensamente como analgésicos y sedantes. Los expertos clínicos, sin embargo, pronto descubrieron que estos preparados, más que contribuir al tratamiento de enfermedades clínicas, revelaban los síntomas y causaban efectos secundarios tan adversos que se vetó su uso.

El cáñamo indico que crece en climas cálidos o en climas húmedos subtropicales normalmente produce más resina, y es la planta escogida para el

uso clandestino. Hay una tendencia a creer esta teoría, ya que el cáñamo indico que crece en los climas cálidos y secos del Haimalaya, en ciertas partes del Africa, y en las laderas áridas de los Andes en América - del Sur, es famoso por su relativamente alta producción de resina.

Bajo condiciones ecológicas ideales, se ha sabido que la marihuana crece hasta 20 pies (6m); sin embargo, normalmente no excede de 8 a 10 pies - (2,5 -3m). La planta es fácilmente reconocible por su tallo carnoso, - hojas palmado-partidas, de 3 a 7 estípulas libres, toscamente aserradas, y su olor acre.

#### Uso y efectos de la Marihuana.

El consumo de marihuana produce varios efectos inmediatos, mentales y - físicos, que generalmente son más pronunciados con el uso crónico. La - Organización Mundial de la Salud (OMS), creado en los Estados Unidos, - describe la intoxicación con marihuana del siguiente modo: "Entre los - efectos subjetivos más sobresalientes del cáñamo indico se halla la alegría, falta de atención, euforia, distorsión de las percepciones y de - las sensaciones, deterioro del juicio y la memoria, distorsión de las - respuestas emocionales, irritabilidad y confusión".

Aún se conoce poco sobre los efectos tóxicos del cáñamo indico, aunque - las investigaciones científicas están progresando. Los efectos del - principio activo del tetrahidrocannabinol parecen limitarse a los centros neurálgicos superiores. Produce una sensación de bienestar acompa - ñada de una sensación de mayor fuerza física y una euforia general. A - la estimulación de la imaginación le sigue un estado de apacible delirio, caracterizado por visiones calidoscópicas. Juntamente con este - estado de delirio aparece la pérdida de las nociones de espacio y de - tiempo; las personas y cosas alrededor se ven pequeñas; los segundos - parecen minutos y las horas parecen días. Cuando el delirio es más pro - fundo, gradualmente se combina si la dosis es suficiente, con un estado

de debilidad motora general, fatiga, somnolencia y sueño.

Poco después de haber inhalado el humo, el usuario nota una sensación de "alegría interior" totalmente desproporcionada y sin ninguna causa aparente. A esto se le denomina estar "drogado". Si el usuario se encuentra solo puede sentarse tranquilamente a observar como pasan las imágenes e ilusiones en tecnicolor por su mente. En compañía, puede volverse extraordinariamente hablador, extrovertido. Se altera la coordinación, aunque el usuario puede ser que no lo note. Las actividades del cerebro se deterioran, particularmente aquellas que rigen la velocidad y la precisión. La personalidad básica del individuo no sufre ningún cambio - - apreciable, pero las reacciones de conducta pueden modificarse. Una de las reacciones habituales es una mayor confianza en sí mismo, a menudo injustificada. El usuario se desinhibe en mayor o menor medida.

Mientras el "viaje" continúa, el juicio y la memoria se van deteriorando. El usuario se irrita fácilmente, y puede llegar a estar confundido o atemorizado. El comportamiento es impulsivo, y las reacciones de humor son variables. Con no poca frecuencia, el usuario experimenta fantasmagoría: la sensación de que hay figuras avanzando hacia él a velocidades desorbitantes, aumentando de tamaño al ir acercándose.

Como lo describió el usuario "es como el zoom de una cámara de televisión". Los efectos totales de un "viaje" con marihuana duran de tres a cinco horas, después de las cuales el usuario se siente ligeramente alestargado y hambriento.

La naturaleza inestable del ingrediente activo de la planta hace totalmente imposible la identificación del nivel de dosificación, fuera de los análisis cuantitativos en el laboratorio. La química corporal, receptividad psicológica, estabilidad emocional, personalidad y condiciones socioambientales juegan un papel importante en el tipo de comportamiento que produce esta droga y la duración de su efecto.

El hachís, o "cáñamo indico concentrado" como se conoce legal y médicamente, es simplemente la resina concentrada que se extrae de la marihuana. Es lógico suponer que la potencia del contenido de THC en el hachís está directamente relacionada con la marihuana de la que se extrajo; sin embargo, una regla básica es que el hachís es de 8 a 10 veces más fuerte que el grado medio de la marihuana "comercial".

La India, Oriente Medio, Marruecos, Pakistán, México y las regiones del Caribe son los principales países productores de hachís. El hachís es normalmente granular o sólido, en forma de pequeños pedazos, variando de un color amarillo mostaza o marrón oscuro.

Normalmente el hachís se fuma o se come.

#### Efectos agudos

Un exámen de los efectos agudos de la marihuana sobre el funcionamiento intelectual ha puesto de relieve que los datos concuerdan generalmente entre sí: la intoxicación con marihuana interfiere con la memoria inmediata y con toda una serie de funciones intelectuales de forma que puede preverse que dificultará el aprendizaje en los estudiantes que la consumen. También hay buenas pruebas de que la marihuana interfiere con la capacidad de los conductores y es un importante factor de conducir erráticamente.

#### Efectos a largo plazo

Aún cuando es mucho lo que queda por aprender acerca de los efectos crónicos de la marihuana, hay toda una serie de pruebas que corroboran sus efectos pulmonares. Los experimentos realizados tanto en el hombre como en los animales indican que la marihuana dificulta la función pulmonar en un grado mayor que los cigarrillos de tabaco. Aún cuando todavía no existen pruebas de que desempeñe un papel causal en el cáncer de pulmón,



se sabe que, al igual que los residuos del humo del tabaco, el "alquitrán" procedente de la marihuana produce tumores cuando se aplica a la piel de animales de prueba. Se ha declarado que un producto químico cancerígeno, el benzopireno, es 70 por ciento más abundante en el humo de la marihuana que en el del tabaco. Se ha constatado que, tras la exposición al humo de la marihuana, pierden eficacia los sistemas de defensa de los pulmones contra la invasión bacteriana.

Si bien las pruebas no son en modo alguno definitivas, varias clases de investigaciones en animales y seres humanos han indicado que un asiduo consumo de marihuana puede dificultar el funcionamiento reproductivo. Entre los efectos pueden figurar una disminución del contenido espermático y motilidad en los varones y una posible interferencia con la fecundidad en las hembras. Dichos resultados preliminares pueden tener un significado mayor para las personas caracterizadas por una fecundidad marginal. En vista de las numerosas incógnitas acerca de los efectos de la marihuana sobre el desarrollo fetal, debería desalentarse enfáticamente el consumo de marihuana durante la gravidez.

#### Efectos psicopatológicos

Ha habido algunos nuevos acontecimientos en esta esfera. Una reacción aguda de ansiedad y pánico es el efecto psicológico adverso más común del consumo de la droga, especialmente cuando se consume material inespablemente fuerte. Cierta número de clínicos han desaconsejado el consumo de la droga por personas que tienen un historial de graves problemas psicológicos o que han sufrido anteriormente perturbaciones emotivas precipitadas por la droga (llamadas "malos viajes").

#### Efectos Agudos

Se han realizado ahora docenas de estudios experimentales, todos los cuales concuerdan generalmente entre sí. Si bien los efectos agudos de la

marihuana sobre la memoria y la facultad de reconocer varfan con la tarea y cantidades utilizadas, casi invariablemente son perjudiciales.

Intoxicación aguda con marihuana y el desempeño psicomotor complejo al conducir un vehículo y pilotar un avión.

Hay pruebas fidedignas de que el consumo de marihuana a los niveles sociales típicos reduce definitivamente la capacidad de conducir y realizar afines. Entre los estudios que indican que la marihuana reduce la capacidad para conducir figuran los siguientes: evaluación de laboratorio de las aptitudes relacionadas con la conducción de vehículos, estudios con simuladores de conducción, desempeño en un recorrido de prueba, desempeño real conduciendo en las carreteras y, tal como se declaró anteriormente, un estudio realizado para la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico de Carreteras en relación con los conductores que sufrieron accidentes fatales.

El Equipo de Investigación de Accidentes de la Universidad de Boston realizó un estudio de los conductores que habían sufrido accidentes fatales en la zona metropolitana de Boston. El equipo constató que los fumadores de marihuana estaban representados en grado sumo en los accidentes fatales de carretera en comparación con un grupo escogido de personas de la misma edad y sexo que no consumían marihuana.

Un estudio más reciente, realizado por el Departamento de Justicia del Estado de California, constató que de casi 1,800 muestras de sangre tomadas de los conductores detenidos por conducir en estado de intoxicación, 16 por ciento presentaban síntomas positivos de marihuana. En los casos en que no se hallaba presente alcohol en la muestra de sangre (un diez por ciento de las muestras), la incidencia de marihuana detectada aumentó a 24 por ciento.

Por tanto, hay varias líneas convergentes de pruebas que indican que se

produce una merma en la capacidad de conducir un vehículo cuando se está bajo la influencia de la marihuana.

Si bien no se han realizado estudios recientes, los resultados de investigaciones anteriores indican que los pilotos experimentados sufren un pronunciado deterioro en su desempeño, medido en condiciones de prueba con simuladores de vuelo, al estar intoxicados con marihuana. Por tanto, es evidente al peligro que entraña el pilotar un avión en estado de intoxicación.

Un peligro común continuo tanto al conducir como al pilotar un avión es el de que algunas de las reducciones en la capacidad de percepción u otras actividades del desempeño resultantes del consumo de marihuana, pueden persistir por cierto tiempo (quizás varias horas) más allá del período de intoxicación subjetiva. En tales circunstancias, el individuo puede tratar de volar o conducir sin comprender que su capacidad para hacerlo está todavía mermada, aunque no se sienta intoxicado.

La reacción psicológica adversa más común del consumo de la marihuana representa una exageración de la reacción más usual a la marihuana en la que el individuo pierde la perspectiva (es decir, la comprensión de que está experimentando una distorsión transitoria de la realidad inducida por la droga) y sufre un estado de ansiedad aguda.

Se ha subrayado repetidas veces que las reacciones agudas adversas de los consumidores están grandemente influenciadas por el marco y la serie de condiciones que rodean el consumo.

El marco se refiere a las expectativas preexistentes que tienen el individuo con respecto al consumo de la droga; y la serie de condiciones se refiere al ambiente físico habido durante el consumo.

Un estudio clínico en la India ha contrastado las características de un

psicosis paranoica producida en el curso del consumo de cannabis a largo plazo con la de la esquizofrenia paranoica. Se compraron 25 pacientes consecutivos admitidos con cada diagnóstico. Se informa que los fumadores de cannabis habían estado adictos a la droga por 5 ó más, consumiendo hasta varios gramos diarios en cantidades cada vez mayores. Las personas a quienes se les diagnosticó psicosis ocasionada por el cannabis, fueron caracterizadas por los autores como dominadas por un comportamiento extravagante, más violencia y pánico, ausencia de pensamientos esquizofrénicos y mayor comprensión de su enfermedad. Los pacientes con desórdenes relacionados con el cannabis, se recuperaron rápidamente al ser hospitalizados y tratados con un tranquilizante reconocido.

En éste y otros estudios clínicos, con frecuencia es difícil distinguir el papel del cannabis del de los problemas psicológicos preexistentes y otros factores precipitantes ambientales en las dificultades psicológicas relacionadas con la marihuana. Frecuentemente, los consumidores crónicos de marihuana también son aquellas personas que han tenido problemas emocionales antes de consumir la droga.

En un examen detallado acerca de la relación entre el cannabis y la violencia, el autor llega a la conclusión de que la marihuana quizás no precipite un comportamiento violento en la mayoría de los consumidores; sin embargo, puede haber algunos individuos con un historial de control deficiente de los impulsos o circunstancias especiales de tensión que, combinados con la personalidad preexistente, hagan aconsejable su consumo.

Un estudio clínico en la India ha contrastado las características de una psicosis paranoica producida en el curso del consumo de cannabis a largo plazo con la de la esquizofrenia paranoica. Se compararon 25 pacientes consecutivos admitidos con cada diagnóstico. Se informa que los fumadores de cannabis habían estado adictos a la droga por 5 ó más años, consumiendo hasta varios gramos diarios en cantidades cada vez mayores. Las

personas a quienes se les diagnosticó psicosis ocasionada por el cannabis, fueron caracterizadas por los autores como dominadas por un comportamiento extravagante, más violencia y pánico, ausencia de pensamientos esquizofrénicos y mayor comprensión de su enfermedad. Los pacientes con desórdenes relacionados con el cannabis, se recuperaron rápidamente al ser hospitalizados y tratados con un tranquilizante reconocido.

En éste y otros estudios clínicos, con frecuencia es difícil distinguir el papel del cannabis del de los problemas psicológicos preexistentes y otros factores precipitantes ambientales en las dificultades psicológicas relacionadas con la marihuana. Frecuentemente, los consumidores crónicos de marihuana también son aquellas personas que han tenido problemas emocionales antes de consumir la droga.

En un examen detallado acerca de la relación entre el cannabis y la violencia, el autor llega a la conclusión de que la marihuana quizás no precipite un comportamiento violento en la mayoría de los consumidores; sin embargo, puede haber algunos individuos con un historial de control deficiente de los impulsos o circunstancias especiales de tensión que, combinados con la personalidad preexistente, hagan inadecuado su consumo.

## ESTIMULANTES

### Introducción

Los dos estimulantes más frecuentes son la nicotina, en el tabaco, y la cafeína, el ingrediente activo en el café, el té y algunos refrescos embotellados. Si se consumen con moderación, estos estimulantes tienden a aliviar la fatiga y a despabilar. Estos productos han sido aceptados como parte de nuestra cultura.

Sin embargo, hay otros estimulantes más potentes que, debido a su capacidad para crear dependencia, están regulados por las leyes de muchos países. Estas sustancias que están bajo control se pueden adquirir si se posee una receta para fines medicinales; pero también se producen clandestinamente en grandes cantidades para su distribución en los mercados ilegales.

### Definición.

Los estimulantes son compuestos que afectan al sistema nervioso central al acelerar su actividad. Pueden ser sustancias naturales, como la epinefrina, o sintéticas, como la anfetamina ó la fenmetracina.

### Historia

El primer estimulante natural que se descubrió fue la epinefrina (adrenalina). Esta sustancia se encontró en las glándulas suprarrenales de los animales. Sus efectos se describieron por primera vez en 1899.

El primer estimulante sintético fue elaborado por un químico japonés en 1919. Esta sustancia se identificó más tarde como metilamfetamina. En 1927 Gordon Alles describió por primera vez una sustancia llamada 1-fenil-2-aminopropano y su actividad. Los laboratorios Smith, Kline y French estudiaron esta sustancia y desarrollaron la bencedrina. Duran-

te el proceso, el compuesto fue denominado con su verdadero nombre químico: alfa-metil-fenetil-amina o anfetamina.

### Abuso

El problema del abuso comenzó en 1932 con la introducción del inhalador de bencedrina. Empeoró con la aparición de las tabletas de bencedrina y dextedrina. La superproducción que tuvo lugar durante la Segunda Guerra Mundial abasteció de los materiales iniciales para el abuso de las anfetaminas. Japón fue el primer país que experimentó graves problemas con el abuso de la metanfetamina inyectada por vía intravenosa, mientras que los Estados Unidos experimentó graves problemas con el abuso de la metanfetamina inyectada por vía intravenosa, mientras que los Estados Unidos experimentaron su primer problema de carácter serio con el abuso de los inhaladores de bencedrina.

### Efectos

Síntomas.- En etapas progresivas, los efectos tóxicos agudos del abuso de las anfetaminas incluyen inquietud, temblores, locuacidad, irritabilidad, insomnio, ansiedad, delirio, estados de pánico, ideas paranoicas, palpitaciones, arritmias cardíacas, hipertensión, colapsos circulatorios, sequedad de boca, náuseas, vómitos, calambres abdominales, convulsiones, coma y muerte. La dosis tóxica varía dentro de un amplio margen y, dependiendo de las características de cada individuo, puede aparecer con sólo dos mg. aunque más generalmente aparece en dosis muy por encima de la cantidad recomendada. En un análisis de 310 casos de abuso de anfetaminas debido a la inyección intravenosa de altas dosis de las mismas, se dividieron las reacciones psicológicas adversas en cinco categorías:

1. Reacciones de ansiedad, en las que el individuo se vuelve temeroso y tembloroso, mostrando inquietud por su salud física.

2. Psicosis de la anfetamina, en la que el individuo interpreta mal lo que hacen los demás, alucina, y se vuelve ilusionariamente receloso.
3. Síndrome de agotamiento, una profunda sensación de cansancio y la necesidad de dormir una vez pasada la fase de estimulación.
4. Depresión prolongada.
5. Alucinación prolongada, en la que el individuo sigue alucinando después de que la droga ya ha sido metabolizada.

Los efectos secundarios causados por el consumo de la droga incluyen, - si además se padece malnutrición, lesiones de la piel, abscesos, problemas respiratorios, desarreglos intestinales agudos, calambres abdominales como resultado de los factores ambientales en los que vive el usuario. Normalmente los consumidores de dosis altas presentan una marcada pérdida de peso, múltiples deficiencias vitamínicas y caries dentales. - También se ha sugerido la posibilidad de daños en el cerebro, ya que el coma y su consiguiente daño cerebral puede aparecer al consumir una sobredosis de anfetaminas.

Abstinencia.- Hay cierta polémica sobre la existencia del síndrome de abstinencia. Durante muchos años la opinión médica sostenía que las anfetaminas no causaban adicción ya que, supuestamente, no había síndrome de abstinencia. Parte del problema se basaba en la falta de acuerdo sobre la definición de adicción, pero una parte mayor se debía a que no se reconocía al síndrome de abstinencia ya que presentaba características cualitativas distintas del síndrome de abstinencia causado por narcóticos o depresivos generales. El síndrome de abstinencia producido por anfetaminas se caracteriza por la apatía, descenso en la actividad, y en mayor medida, perturbación del sueño que pueden durar semanas o meses. - También se descubrió que, después de abandonar el consumo de altas dosis de anfetaminas de una manera repentina, se producía un aumento en la pro



porción de sueño de movimiento ocular rápido (MOR). Este volvía a la normalidad al proporcionarse la anfetamina, pero aumentaba de nuevo si ésta se retiraba. Este fenómeno, observado bajo condiciones clínicas, añade evidencia al hecho de que existe dependencia física. Dado que se han producido algunos suicidios durante los periodos de abstinencia de anfetaminas, los médicos aconsejan llevar a cabo este proceso de retirada lentamente, dentro de un ambiente controlado.

## DEPRESIVOS

Los depresivos son compuestos que afectan el sistema nervioso central - disminuyendo su actividad. Pueden ser naturales o sintéticos. Los depresivos también se pueden clasificar como hipnóticos (si producen o provocan sueño), sedantes (si producen un estado relajado que puede conducir al sueño), o tranquilizantes (si proporciona alivio del cansancio, - relajación de los músculos, y calman sin provocar sueño o somnolencia). - Esta clase de drogas fue descubierta por primera vez en 1864 por el químico alemán Adolf Von Beayer, que sintetizó el ácido barbitúrico. En 1903, las investigaciones condujeron al desarrollo del primer derivado - hipnótico del ácido barbitúrico, el Barbital. Después de éste se han descubierto más de 2.500 derivados. Los depresivos también tienen otros usos médicos legales, como anestésicos en operaciones poco importantes, - tratamiento con calmantes en situaciones pre y postoperatorias, y como - anticonvulsionantes. Dado que la dependencia física resulta del abuso - de los depresivos, también aparece el síndrome de abstinencia. La abstinencia de depresivos no narcóticos pueden ser fatal, por lo que se debe supervisar médicamente. Estos depresivos no narcóticos se pueden dividir en tres categorías principales: barbitúricos, tranquilizantes, y drogas ácidas no barbitúricas.

## ALUCINOGENOS

El término alucinógenos se refiere a un grupo de drogas que afectan el sistema nervioso central, produciendo alteraciones en la percepción, cambios emocionales intensos y variados, distorsiones de personalidad e interrupción de ideas. Tecnicamente, estas drogas incluyen marihuana. Sin embargo, debido a su amplio consumo y extraordinaria suavidad de efectos, la marihuana la trataré en un capítulo separado. En éste trataré sobre el LSD, (PCP) feniciclidina (phencyclidine), peyote mescalina, psilocibina, DOM/STP, DET, DMT, ibogaína, bufotenina y las semillas de dondiego de día. La mayoría de estas sustancias no tienen ningún uso médico, y se consumen simplemente por los efectos subjetivos que producen. No se consideran adictivas, aunque pueden, y de hecho lo hacen, producir dependencia psicológica. Los alucinógenos son unas drogas exóticas a las que los medios de comunicación y los educadores sobre el abuso de las drogas han prestado considerable atención. Muchas de estas drogas disfrutaron de períodos de gran popularidad que van acompañados de una demanda temporal de las mismas en el mercado ilegal de narcóticos, mientras otras, como el PCP, han estado siendo utilizadas durante la última década.

Los alucinógenos (también llamados psicodélicos) son capaces de provocar alteraciones en la percepción del tiempo y el espacio, ilusiones, alucinaciones y delirios. Los resultados son variables; la misma persona puede experimentar un "buen viaje" o "mal viaje" en ocasiones distintas. Muchos narcóticos causarán delirio, acompañado de alucinaciones e ilusiones, a aquellas personas que sean hipersensibles a ellas. Muchísimas otras drogas de tipos distintos pueden producir también alucinaciones debido a su acción directa sobre las células cerebrales. Debido a los efectos potencialmente adversos de los alucinógenos en el cuerpo humano, estas drogas representan un peligro a cualquiera que esté en contacto con ellas. Los investigadores policiales deben ser extremadamente cuidadosos al manejar o empaquetar los alucinógenos que incautan como prue-

bas, ya que cantidades muy pequeñas, en algunos casos incluso miligramos, pueden tener extraordinaria potencia. En ningún caso deberá el investigador probar este tipo de droga o narcótico o ningún otro. Igualmente importante es que evite cualquier contacto físico directo con la presunta droga.

La mayoría de las drogas alucinógenas que se encuentran en los canales de distribución ilegales se fabrican en laboratorios clandestinos. Los laboratorios legítimos de productos químicos de algunos países producen ciertas drogas alucinógenas, pero únicamente con fines químicos o de investigación. Algunas de estas drogas han llegado hasta el mercado ilícito a través de robos o compras ilegales. Aunque algunos entusiastas los recomiendan abiertamente como un medio para ampliar el conocimiento, aún no se ha demostrado que los alucinógenos tengan ningún valor medicinal. De ahí que no existan modelos de dosificación o marcas visuales que faciliten la identificación. Los laboratorios ilícitos elaboran estas drogas en forma de cápsulas, tabletas, polvos o líquidos, mientras los vendedores ambulantes y los usuarios utilizarán cualquier método para trasladar o esconder estos productos.

## OPIACEOS

## Historia

La humanidad ha utilizado el opio con fines médicos, religiosos o recreativos desde la antigüedad. Se han producido grandes cambios en las características de la población de toxicómanos de opio en Estados Unidos durante los últimos 100 años. El uso de medicinas de patente que contienen opiáceos era muy frecuente en la clase media de 1850 a 1906, cuando aparecieron las obligaciones legales de la Pure Food and Drug Act que obligaron a suprimir muchos preparados del comercio. La Ley de Narcóticos Harrison de 1914, y las decisiones de la Suprema Corte en el decenio de 1920 hicieron que la posesión de narcóticos sin una receta fuera delito y crearon un clima en el cual los adictos pasaban a ser delincuentes, y los médicos no podían prescribir narcóticos a los toxicómanos. El número de personas que consumían opiáceos por vía bucal disminuyó, y el grupo primario restante era el de quienes se inyectaban heroína o morfina. Pronto pudieron obtenerse los opiáceos sólo por vía ilegal. Los precios aumentaron mucho y los toxicómanos con frecuencia recurrían a actividades criminales para cubrir, sus necesidades de tóxico. La población de toxicómanos, en los años 1930 hasta la Segunda Guerra Mundial, incluía sobre todo individuos de raza blanca que intervenían en actividades criminales, o en profesiones que utilizaban por vía intravenosa heroína, morfina, cocaína y otras drogas. El desarrollo y crecimiento de los ghettos urbanos de negros y el desarrollo de sistemas de producción y obtención eficaces originaron la era actual de empleo muy frecuente de heroína, asociado con un tipo de cultura particular que sostiene la vida de los heroínomanos. El uso de la heroína alcanzó proporciones epidémicas en Estados Unidos entre 1955 y 1960. La mayoría de los drogadictos eran miembros de grupos de minorías étnicas y vivían en zonas urbanas; predominaban los varones y la población era de gente joven. En Nueva York, en 1971 la heroínomanía fue la causa principal de muerte en varones de 15 a 35 años. También se volvían toxicómanos gran número de

jóvenes suburbanos blancos de posición social elevada. Durante los primeros años del decenio de 1970, disminuyó la frecuencia de la heroínomanía por diversos factores, como los cambios de estilos sociales y culturales, la proliferación de programas de tratamiento eficaces y la disponibilidad cada vez menor de la heroína. En los últimos años al parecer ha resurgido el problema con un aumento de la frecuencia en ciudades pequeñas y áreas rurales en que el número total de heroínómanos en Estados Unidos era entre 500,000 y 600,000.

Los consumidores suelen ponerse en relación con la droga gracias a su amigo o conocido que ya la utiliza. La mayoría de las personas que la usan por primera vez, ya han tenido experiencia con otras drogas, en particular el alcohol y la marihuana.

A medida que aumenta la tolerancia y resulta cada vez más manifiesta la dependencia física, hay que utilizar más droga, con mayor frecuencia. El toxicómano que obtiene el producto de la calle, con poco acceso a fuentes legítimas de dinero o de droga, ha de destinar todo su tiempo y energía a la adquisición de heroína para sostener su hábito. Entonces penetra en la subcultura con sus sistemas de lenguaje y de conducta para obtener la droga y vivir como adicto; los varones muchas veces roban y falsifican firmas y documentos; las mujeres se prostituyen y roban en las tiendas. La alimentación, el vestido, los deseos sexuales y la dignidad quedan subordinados a la necesidad constante de opiáceos.

Los adictos al opio forman un grupo heterogéneo. Muestran una cantidad importante de psicopatología, como niveles elevados de personalidad neurótica y característica psicóticas, aunque no se observa un tipo patológico común. La frecuencia de psicopatología premórbida es contradictoria y depende en parte de qué tan desviada sea la conducta en relación con un medio social determinado y cuán difícil sea conseguir la droga. Los grupos minoritarios de toxicómanos que residen en una ciudad son muy estables por lo difícil de las situaciones de su vida y el alto grado de integración de la personalidad e inteligencia necesarios para sobrevivir

como toxicómanos anónimos.

Es muy frecuente que en las personas de la clase media el trastorno sea más intenso y el uso de la droga representa un intento de automedicación para los síntomas concomitantes a los trastornos de su personalidad casi o francamente psicótica. Algunas de estas personas pueden actuar bien como toxicómanos anónimos pero se descompensan en forma aguda o crónica cuando se les suprime la heroína y se substituye la metadona.

Los toxicómanos de la calle pueden gastar de 20 a 200 dólares o más al día en heroína, y pueden inyectársela ellos mismos cada tres a seis horas.

La pentazocina (Talwin) droga con efectos débiles de antagonista del opio, y moderados de tipo agonista, logra efectos subjetivos parecidos a los de la morfina en individuos intolerantes. Las dosis mayores producen efectos disfóricos, como nerviosidad, ansiedad y, raras veces, alteraciones raras de la percepción y la conducta.

La teoría psicológica tradicional para la recaída supone que después de suprimidas las drogas desaparecen las causas fisiológicas del consumo, pero los toxicómanos tienen un trastorno de "personalidad adictiva" que les impulsa a volver a tomar opiáceos para escapar a la realidad. Intervienen factores psicológicos, pero no se ha creado ninguna prueba que permita distinguir futuros adictos de personas que no lo serán.

Las asociaciones condicionadas que experimentan los abstinentes toxicómanos cuando entran nuevamente en contacto con el medio y los amigos también intervienen en la persistencia del deseo para la droga. La adicción a los narcóticos, con sus recaídas después de períodos de abstinencia, debe considerarse como una enfermedad de etiología compleja en la cual un trastorno neuroquímico persistente y una serie de factores importantes psicológicos y sociales contribuyen a la dominancia de la conducta del individuo que busca afanosamente la droga.

### Complicaciones médicas

Los tipos de consumo, como el estilo de vida, las dosis muy variables de opiáceo, la ausencia de técnicas higiénicas de administración, y los diversos adulterantes utilizados para diluir el producto, explican la extensa morbilidad y mortalidad (estimada en 1 por 100 aproximadamente por año) que acompaña al abuso y la dependencia de los opiáceos.

Las complicaciones más frecuentes de la heroínomanía son abscesos cutáneos se observan sobre todo después de la inyección subcutánea de heroína y sus adulterantes.

La hepatitis viral transmitida por el uso en común de agujas contaminadas es complicación frecuente de empleo intravenoso de la droga.

Las complicaciones neurológicas de la heroína de la calle incluyen mielitis transversa, lesiones de nervios periféricos, ambliopa tóxica secundaria a quinina, trastornos musculares con rabdomiólisis aguda y mioglobiuria, y una miopatía crónica fibrosante. Los estados sépticos pueden ser causa de meningitis bacteriana y de abscesos en cerebro subdurales y epidurales. En Estados Unidos la narcomanía es una de las causas principales de tétanos, en particular cuando las drogas se inyectan por vía intramuscular.

Se han descrito irregularidades menstruales en mujeres adictas, pero no sabemos si pueden atribuirse a la supresión de la hormona adrenocorticotrópica y la liberación gonodotrópica, que producen los narcóticos o bien a desnutrición, infecciones frecuentes, y el estilo general de vida de las mujeres toxicómanas. Hay una elevada frecuencia de toxemia y prematuridad en criaturas nacidas de madres toxicómanas, probablemente a consecuencia del estilo de vida y la ausencia de cuidado prenatal. Se observan síntomas de supresión en una proporción variable de estos recién nacidos. En heroínomanos se encuentran trastornos sexuales, como disminución de la libido, impotencia y retardo de la eyaculación, aunque no



se ha aclarado la etiología.

El homicidio, suicidio, y los accidentes, causan del 20 al 40 por 100 - del total de muertes por narcomanía.

#### Manifestaciones clínicas

La intoxicación aguda por depresores puede ocurrir de manera accidental\_ o como intento de suicidio. Los signos y síntomas agudos y crónicos de\_ intoxicación ligera por hipnóticos se parecen a los de la intoxicación - alcohólica. El individuo muestra torpeza general, dificultad para pensar, lentitud de palabra y comprensión, poca memoria, juicio equivocado, labilidad emocional y poca capacidad de atención. Los signos neurológicos de la intoxicación barbitúrica incluyen palabra farfullante, nistagmo, diplopia, estrabismo, vértigo, marcha atáxica, signo de Romberg positivo, hipotonía, dismetría y disminución de los reflejos superficiales, - los reflejos tendinosos profundos y las respuestas pupilares no están - alterados.

## ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

### Frecuencia y tipos de abuso

El abuso de anfetaminas es muy frecuente en sociedades industriales, sobre todo de Japón, Suecia, Gran Bretaña y América del Norte. Se prescribían cantidades enormes para tratar muy diversos procesos, como la obesidad, síndromes depresivos, trastornos de la conducta, narcolepsia y disminución de la fatiga. Muchos pacientes, sobre todo mujeres de clase media, pasan a depender de estas drogas cuando las toman para evitar la presión y trabajar lo mejor posible. Es muy frecuente el abuso de anfetaminas por estudiantes, atletas, conductores de camiones y otros que de sean aumentar su eficacia o su productividad. Ambos tipos de individuos utilizan preparados por vía bucal. La toxicidad aguda de la anfetamina se manifiesta por aumento de los efectos simpatomiméticos, como taquicardia, hipertensión y arritmias que culminan en accidentes cerebrovasculares, convulsiones y coma. La toxicidad aguda de la cocaína se caracteriza por efectos simpatomiméticos iniciales, seguidos a depresión cortical y anestesia de cerebro medio y bulbo que origina insuficiencia respiratoria y colapso cardiovascular.

Se observa una frecuencia elevada de psicopatología en personas que utilizan anfetamina y cocaína en forma compulsiva y el abuso en sí produce complicaciones psicológicas graves.

Las complicaciones más frecuentes de la anfetamina y la cocaína son la ideación paranoide y la conducta compulsiva estereotipada. Los consumidores crónicos muchas veces se dan cuenta de estas características de las drogas, y no quieren actuar con ideas de persecución. Si falta esta autocomprensión es posible la conducta antisocial o violenta. El empleo continuado repetido origina una psicosis de anfetamina o cocaína que muchas veces no puede distinguirse de la esquizofrenia paranoide aguda. Estas reacciones parecen ser inevitables si la dosis y el uso frecuente

de anfetamina y cocaína aumentan continuamente, o si se conservan dosis elevadas. También se han desencadenado episodios psicóticos en algunos individuos después de una sola dosis bucal pequeña. El síndrome se caracteriza por ideación, paranoide, con conducta compulsiva estereotipada; alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, y desaparición de las asociaciones que se producen en un estado normal de conocimiento y de orientación.

## PSICODELICOS

Las características distintivas de esta clase de sustancias son su capacidad de producir alteraciones características de la percepción, el pensamiento, sentimiento y conducta. Se hallan entre las drogas psicoactivas más viejas conocidas; con frecuencia han sido utilizadas como complemento de prácticas religiosas en algunas sociedades. A veces se clasifican como alucinógenos, psicotógenos o psicotógenos o psicotomiméticos.

### Frecuencia y tipos de abuso

LSD se puso a disposición de los consumidores por vía ilícita en 1960, y su uso parece que alcanzó el máximo en el período de 1967-1968 con los nuevos estilos de cultura juvenil y sus dirigentes popularizados por medios masivos. LSD es el psicodélico más poderoso conocido. Es más de 100 veces más potente que la psilocibina y 4,000 veces más potente que la mezcalina para producir efectos psicológicos. La dosis usual ilícita de la calle probablemente se halle alrededor de los 200 mg., pero dosis tan pequeñas como 20 mg., producen efectos psicológicos en individuos sensibles.

No se conocen los mecanismos de acción de LSD pero pueden deberse a una interacción compleja de serotonina y noradrenalina en el sistema nervioso central. La LSD disminuye el umbral para el despertar reticular por la vía de los ingresos sensoriales, y puede influir en los procesos que intervienen en la filtración o integración de la información sensorial.

### Efectos adversos

La toxicidad fisiológica aguda de las drogas psicodélicas es baja en dosis que producen efectos psicológicos acentuados. Se discute acerca de si el empleo ilícito de LSD aumenta la proporción de roturas cromosómicas en los consumidores, y tienen por consecuencia un aumento de la fre-

uencia de defectos congénitos en niños nacidos de padres que la han consumido.

La reacción aguda de pánico es la complicación más frecuente del empleo de psicodélicos. Tiene intensidad diversa y ha originado algunas veces intentos de suicidio y accidentes.

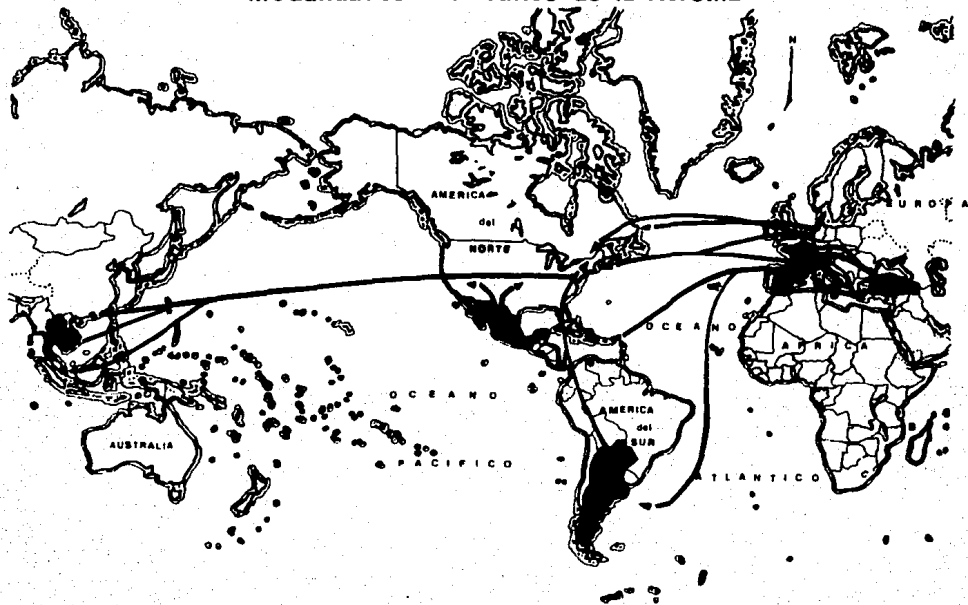
El miedo a la muerte o la locura, o las sensaciones de disnea ó parálisis, suelen ser frecuentes. Otras complicaciones son los trastornos psicóticos prolongados, reacciones paranoides agudas y crónicas, y estados depresivos.

Las reacciones psicológicas adversas son muy frecuentes en individuos emocionalmente perturbados en situaciones críticas, ó en ambientes inseguros, quienes toman la droga sin supervisión ninguna. Las dosis elevadas de drogas psicodélicas aumentan la frecuencia de estas complicaciones. No sabemos si el consumo prolongado de psicodélicos origina reacciones adversas en personas estables desde el punto de vista emocional.

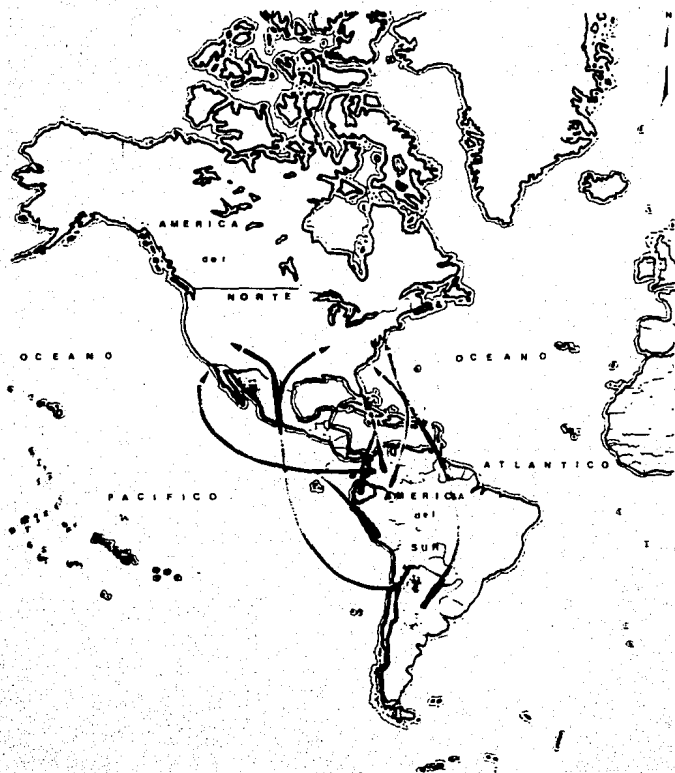
**MODALIDADES DEL**

**TRAFICO DE DROGAS**

## Modalidades del Tráfico de la Heroína

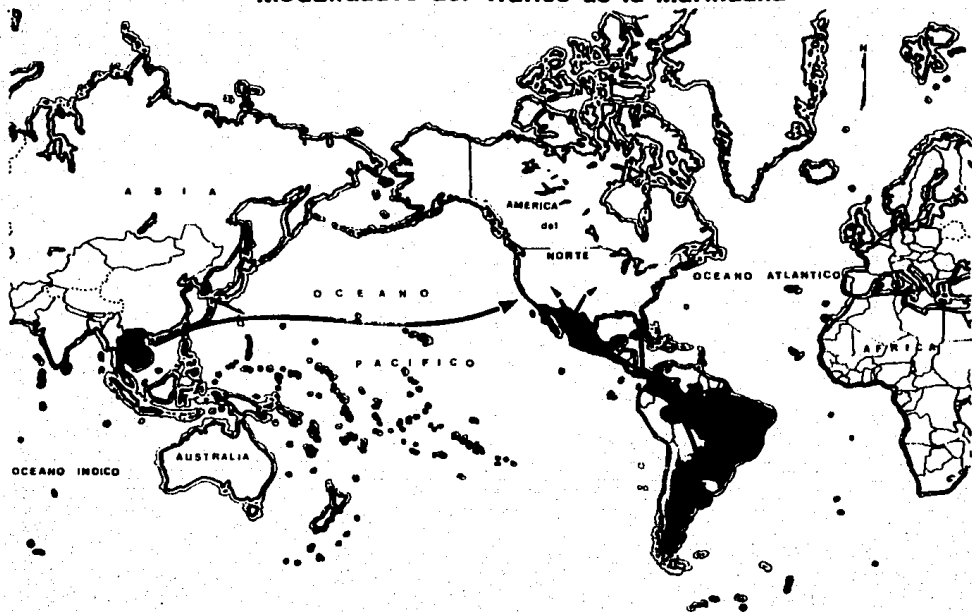


## Modalidades del Tráfico de la Cocaína

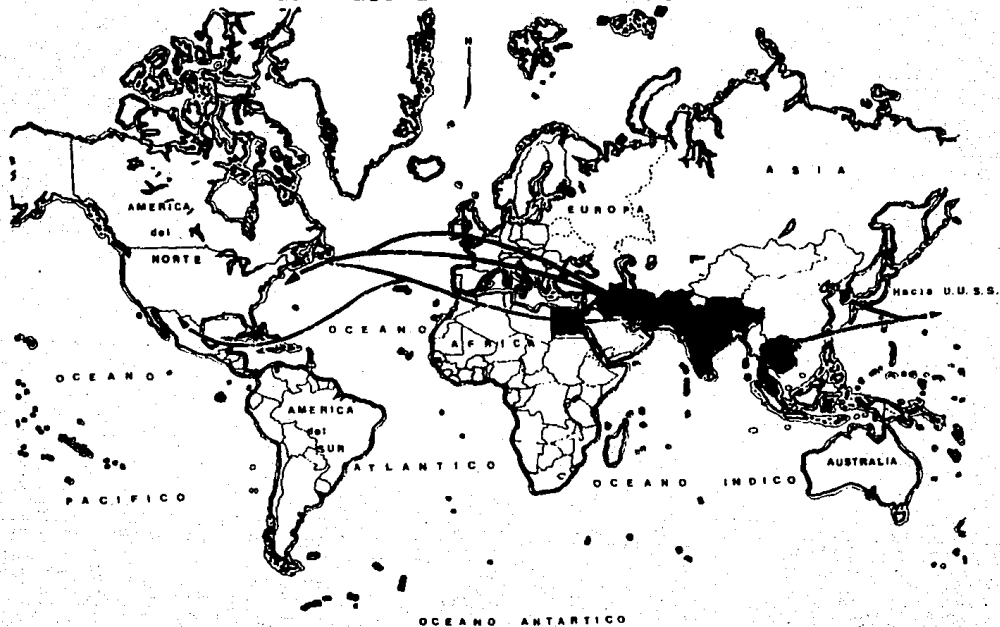




## Modalidades del Tráfico de la Marihuana



## Modalidades del Tráfico del Hachís



**MAGNITUD DEL**

**PROBLEMA EN MEXICO**





INFORMACION DE RECONOCIMIENTO Y VERIFICACION  
1 9 8 7

FUMIGACION			DESTRUCCION MANUEL				P. G. R. TOTAL		
MES	PLANT. SUF	AMAPOLA	MARIHUANA	P. G. R.		EJERCITO NACIONAL		AMAPOLA	MARIHUANA
				AMAPOLA	MARIHUANA	AMAPOLA	MARIHUANA		
ENE.	PLANTIO SUPERFICIE	3237 244.9	1280 275.5	60 5.8	52 4.8	2056 82	75 19	3297 250.7	1332 280.3
FEB.	PLANTIO SUPERFICIE	2320 176.7	1721 160.7	13 0.8	14 4.0	1015 77	48 14	2333 177.5	1735 168.7
MAR.	PLANTIO SUPERFICIE	3420 229.1	903 90.7	5 0.5	22 17.3	688 91	169 37	3425 229.8	925 108
ABR.	PLANTIO SUPERFICIE	1588 137.4	922 69.2	5 0.5	32 12.9	481 48	112 29	1593 137.9	954 82.1
MAY.	PLANTIO SUPERFICIE	819 67.8	793 55.9	24 6	51 65.8	252 4472	12 310	843 73.8	844 121.7
JUN.	PLANTIO SUPERFICIE	86 4.7	1449 205.2	99 8	92 16.3	16 4	113 41	185 12.7	1541 251.5
JUL.	PLANTIO SUPERFICIE	122 11.6	1654 135.4	0 0	52 30.1	875 43	274 52	122 11.6	1706 165.5
AGT.	PLANTIO SUPERFICIE	1312 90.2	2885 387.1	0 0	146 208.6	786 50	273 59	1212 90.2	3031 595.7
SEP.	PLANTIO SUPERFICIE	1486 125.2	4018 511.9	0 0	653 282.2	509 36	1927 67.8	1486 125.2	4671 794.1
OCT.	PLANTIO SUPERFICIE	2282 329.1	3341 329.1	2033 264.9	920 225.7	102 14.7	323 165.1	4315 564	4261 554.4
NOV.	PLANTIO SUPERFICIE	1281 226.6	2072 221.8	2273 353.9	1029 192.0	- -	- -	3554 580.5	3101 413.8
DIC.	PLANTIO SUPERFICIE								

N O T A : CIFRAS VALIDADAS HASTA EL MES DE AGOSTO.

INFORMACION ESTADISTICA

INDICADOR	1 9 8 6				1 9 8 7								TOTAL	OBSERVACIONES	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC			
<b>CAMPANA CONTRA EL MARIJUANA</b>															
<b>Destrucción de Ampolla</b>															
- Hectáreas	138.6	201.6	194.3	464.9	250.7	177.5	229.8	137.9	73.8	12.7	11.6	90.2	1983.3		
- Plantío	1174	1772	2036	4331	3297	2333	1625	1593	843	185	122	1312	22423		
<b>Destrucción de Marihuana</b>															
- Hectáreas	762.1	484.3	103.9	62.5	232.3	164.7	108	82.1	121.7	221.5	165.5	595.7	3114.3		
- Plantío	5461	3959	1059	811	332	1735	925	954	844	1541	1706	3031	23458		
<b>Laboratorios Desmantelados</b>	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	2	0	9		
<b>Decesos</b>															
- Derivados de la ampolla (Kg.)	9.1	4.2	18.4	166	4	5.2	22.6	12.4	65.5	29.8	16.5	79.2	432.9		
- Derivados de la marihuana (Kg.)	8.6	52.4	169	29.8	15.5	10.9	94	46.3	18.3	42.7	24.5	19.2	531.2		
- Planta seca de marihuana (Kg.)	10469.7	24675.2	46204	51950.0	9165.6	17255.9	37940.3	35745.6	37230	26818	12628.1	8726.4	440500.7		
- Psicotrópicos (Paa. mil)	4.1	128.4	20.6	4	12.5	24.4	73.0	20.9	23.2	94.6	2709.6	42.05	3157.35		
- Poyote (Kg.)	0	0	0	0	0	0.3	0	16.6	1.7	0	.054	0	18.654		
- Cocaine (Kg.)	3.6	40.6	596.4	7.2	7.3	75.2	864.5	882.6	1392.4	853.9	244.1	191.9	5189.7		

TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION ESTUDIANTIL DE  
MEXICO Y ESTADOS UNIDOS

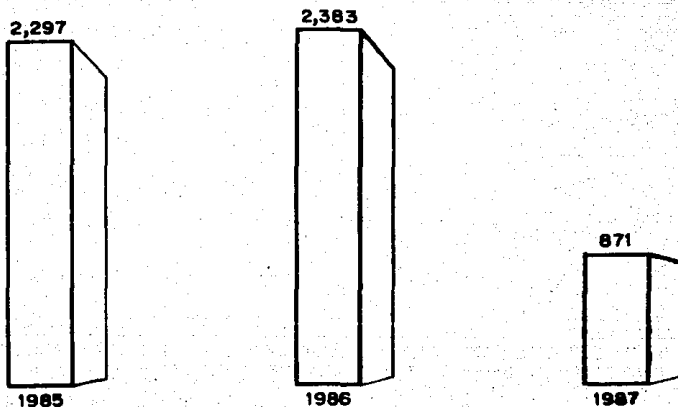
DROGA	MEXICO [CASTRO Y COLS.]			ESTADOS UNIDOS [JONSTON Y COLS.]		
	1976 [N=9,900]	1986 [N,9,967 ]	DIFERENCIA 76-86	1976 [N=15,400]	1986 [N=16,000]	DIFERENCIA 76-85
ALCOHOL	ND	56.7	ND	91.9	92.2	+0.3
TABACO	ND	42.2	ND	75.4	68.8	-6.6
INHALANTES	85	4.4	+3.55	10.3	15.4	+5.1
MARIHUANA	1.6	3.2	+1.6	52.8	54.2	+1.4
ANFETAMINAS	2.0	3.5	+1.5	22.6	ND	ND
SEDANTES	1.2	.9	-0.3	17.7	11.8	-5.9
TRANQUILIZANTES	2.6	2.5	-0.1	16.8	11.9	-5.9
ALUCINOGENOS	.7	.6	-0.1	15.1	10.3	-4.8
COCAINA	.50	1.0	+0.50	9.7	17.3	+7.6
HEROINA	.28	.5	+0.22	1.8	1.2	-0.6

ND Indica que los datos no están disponibles



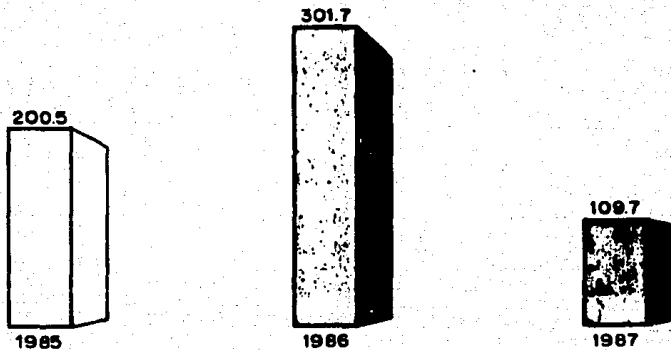
**DESTRUCCION DE PLANTIOS DE AMAPOLA**  
(superficie en hectáreas)

**DESTRUCTION OF POPPY FIELDS**  
(area in hectares)



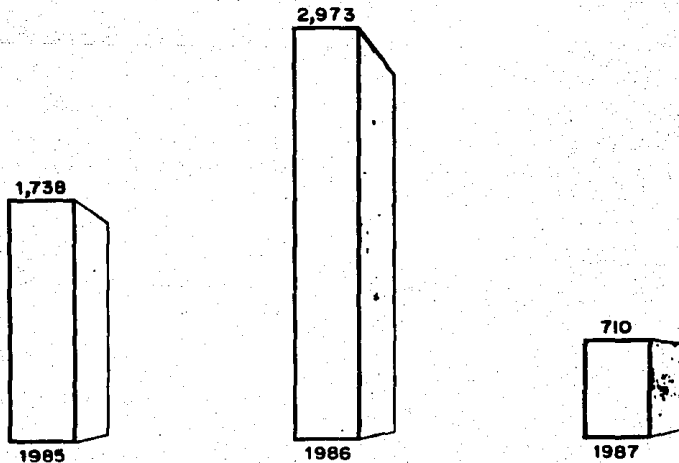
**ASEGURAMIENTOS DE DERIVADOS DE AMAPOLA  
(kilogramos)**

**SEIZURES OF POPPY DERIVATIVES  
(kilograms)**



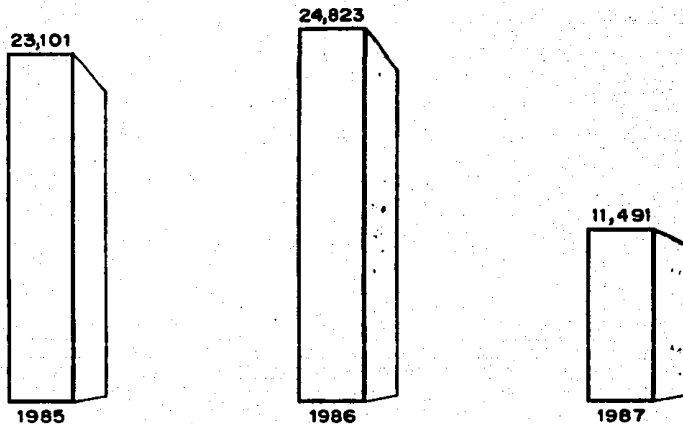
**DESTRUCCION DE PLANTIOS DE MARIHUANA**  
(superficie en hectáreas)

**DESTRUCTION OF MARIJUANA FIELDS**  
(area in hectares)



**DESTRUCCION DE PLANTIOS DE AMAPOLA \***  
(número de plantios)

**DESTRUCTION OF POPPY FIELDS \***  
(number of fields)

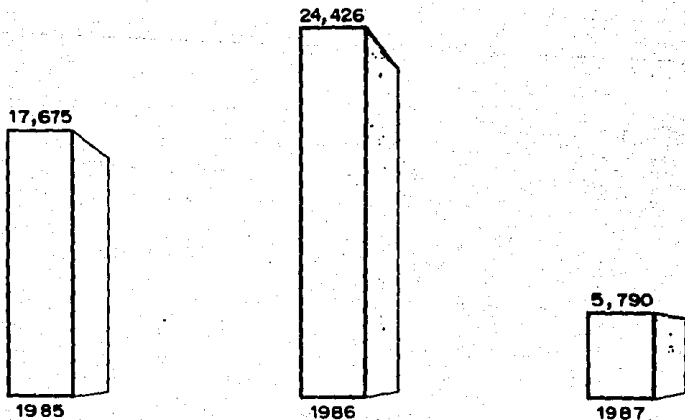


\* NO SE INCLUYEN LOS DATOS RELATIVOS A LAS  
MÚLTIPLES DESTRUCCIONES DE PLANTIOS ILICITOS  
EFECTUADAS POR EL EJERCITO MEXICANO.

\* THIS DOES NOT INCLUDE DATA ON MANY  
ILLICIT FIELDS DESTROYED BY  
THE MEXICAN ARMY.

**DESTRUCCION DE PLANTIOS DE MARIHUANA \***  
(número de plantíos)

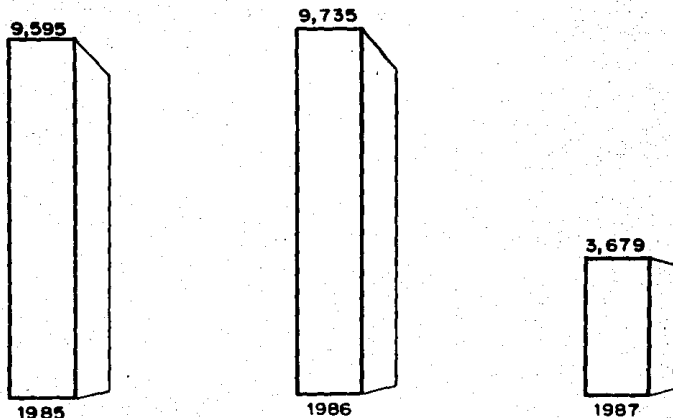
**DESTRUCTION OF MARIJUANA FIELDS \***  
(number of fields)



\* NO SE INCLUYEN LOS DATOS RELATIVOS A LAS  
MÚLTIPLES DESTRUCCIONES DE PLANTIOS ILÍCITOS  
EFECTUADAS POR EL EJERCITO MEXICANO.

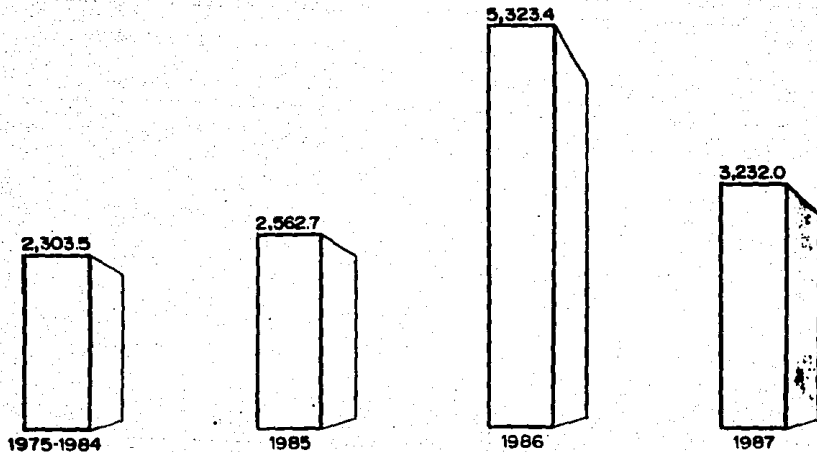
\* THIS DOES NOT INCLUDE DATA ON MANY  
ILLICIT FIELDS DESTROYED BY THE MEXICAN  
ARMY.

**PERSONAS DETENIDAS Y CONSIGNADAS A LA AUTORIDAD JUDICIAL,  
POR DELITOS CONTRA LA SALUD**  
**PERSONS ARRESTED AND ARRAIGNED BEFORE THE JUDICIAL AUTHORITIES  
AND PRESUMED GUILTY OF CRIMES AGAINST HEALTH**



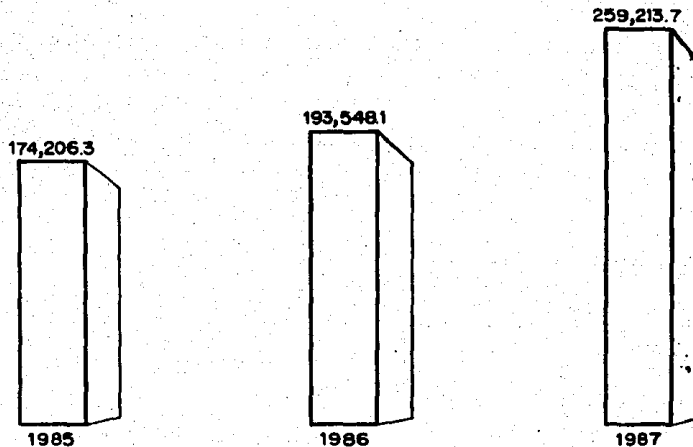
**ASEGURAMIENTOS DE COCAINA**  
(kilogramos)

**SEIZURES OF COCAINE**  
(kilograms)



**ASEGURAMIENTOS DE DERIVADOS DE MARIHUANA  
(kilogramos)**

**SEIZURES OF MARIJUANA DERIVATIVES  
(kilograms)**





## CAPITULO IV

## CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO AL USO DE LAS DROGAS

De acuerdo a la posición P.R.I.D.E. (Asociación de Padres de Familia en Estados Unidos), en su reporte anual 1984 (ADEFAR); la Ofical Internacional de Control de Narcóticos de las Naciones Unidas, establece que el tráfico ilícito y el consumo de sustancias generadoras de dependencia, ha aumentado importantemente en los grandes países consumidores de Europa Occidental, Norteamérica, Australia y en las Naciones Productoras de Africa, Sudamérica y Sudoeste de Asia.

En contraste con los países productores y consumidores de la esfera "Occidental". la Unión Soviética y sus aliados, así como China han conservado el consumo de estas drogas bajo control, usando métodos represivos - muy rigurosos en contra de traficantes y adictos por igual.

Por lo que la Oficina de Narcóticos hace un llamado a las recomendaciones recientes OMS (Organización Mundial de la Salud) "estableciendo que ya no existe cura para los farmacodependientes, la única medida efectiva es suprimir la droga lo más posible, tratándola como agente infeccioso y rehabilitar al adicto a través de una "cuarentena" hasta que sea capaz de llevar una vida libre de drogas".

En las últimas dos décadas, estas medidas se han implementado exitosamente en Japón, Taiwan, Singapur, donde existen un concenso nacional para tratar como tabú el uso de drogas de abuso. Dicha política ha permitido a Japón y Singapur evitar grandes epidemias de anfetaminas y heroína en la última década.

En contraste, Estados Unidos y los países occidentales han fallado para seguir las recomendaciones de la OMS y Naciones Unidas; y no han logrado erradicar su epidemia de farmacodependencia. Por otra parte, sus políti

cas antidrogas han sido influenciadas por los puntos de vista teórico-sociales, quienes han cometido tres grandes errores de juicios que han contribuido a la extensión de la epidemia.

A los que a continuación menciono:

- I. "las drogas ilícitas y adictivas (principalmente cannabis, cocaína y opiáceos) no son malas por sí solas, son sustancias como cualquier otra que pueden ser usadas con buenos o malos propósitos. Las drogas ilícitas no son más peligrosas que las lícitas como el alcohol y el tabaco. No hay drogas malas, sino malos usuarios de drogas, uno puede distinguir entre el uso recreativo y excesivo".

(Dichos conceptos devalúan las propiedades adictivas inherentes a las drogas ilícitas).

- II. "Una persona puede ser enseñada a través de una educación e información adecuada, a usar drogas adictivas en forma responsable, la farmacodependencia es una enfermedad que puede ser tratada como tal".

(Dichos conceptos sobreestiman la habilidad de los hombres para controlar el uso de las drogas adictivas y la efectividad del tratamiento médico).

- III. Una sociedad progresista debe legalizar la venta de drogas adictivas de acuerdo al modelo actualmente usado para la venta de drogas lícitas, tabaco y alcohol. Dicha medida erradicará los delitos de corrupción y tráfico de drogas.

(Estos conceptos minimizan el costo social e individual asociado con la disponibilidad comercial legítima de las drogas, adictivas actuales como la puntualizan estudios científicos).

Ahora bien, examinando estos tres conceptos o juicios:

(Menosprecia las propiedades inherentes a las drogas adictivas).

- I. De acuerdo a la actual teoría permisiva del consumo de drogas, los daños a la salud física y mental producidos por las drogas ilícitas han sido exagerados. Estas drogas actúan inicialmente sobre la mente y la mente puede controlar su uso; además una droga adictiva debe considerarse como cualquier otra sustancia. De acuerdo a un psiquiatra, hay poca diferencia entre la heroína y el azúcar, ambos polvos blancos cristalinos que producen adicción. Los mismos teóricos afirman que la marihuana es una droga "suave", menos peligrosa que el tabaco y el alcohol y que su venta debe ser legalizada lo que aumentaría su aceptación y consumo.

Una organización especializada creada para la prevención del consumo de drogas manifestó en 1980 que el uso de cocaína produce pocos efectos adversos y que no lleva a la dependencia.

Estos "teóricos" minimizan también los efectos a largo plazo que tienen las drogas ilícitas cuando son usadas con regularidad.

- II. (Sobreestiman la capacidad del hombre para controlar el uso de drogas adictivas).

De acuerdo a este razonamiento el hombre o la mujer americana moderno, debe ser considerado como un individuo maduro o racional. Cada uno tiene derechos inherentes "sobre sí mismos" cuerpo o mente, el individuo es soberano, como lo ha definido John Stuart Mill. La acción del gobierno sobre las drogas es visto como una invasión a la privacidad y como una intromisión en la libertad del individuo. La razón del hombre debe prevalecer sobre su antojo de usar drogas adictivas y muchos individuos están capacitados para controlar el uso de las drogas.

De acuerdo a esta postura el experimentar con drogas es una característica básica de la conducta humana, por lo que la educación en la escuela sobre el cómo consumir en forma "responsable", el cómo "entablar relaciones interpersonales" con drogas, y cómo intoxicarse - sin entrar en problemas; y los que entren en problemas serán tratados por especialistas.

Estos mismos teóricos afirman que los farmacodependientes poseen - un perfil psicológico que desencadena la dicción, lo que no ha sido probado científicamente; los individuos son susceptibles de crear - adicción a las drogas que producen dependencia. Otros sociólogos - han dicho que los drogadictos son víctimas de una sociedad represiva que debe relajar sus políticas anti-droga para poder luchar más efectivamente contra la farmacodependencia.

La historia indica que lo contrario es cierto. Algunos médicos han expresado su optimismo en la cura de adictos, pero la única cura es la abstinencia.

### III. (Subestimar el costo social e individual a legalizar el uso de drogas adictivas).

Los mismos filósofos claman que el hecho de que las drogas están - cada vez más disponibles, su prohibición en una sociedad democrática no debe existir, cuando menos no mayor que la prohibición de alcohol. Cualquier prohibición es contraproducente y complica el - problema al engendrar delito y mayor adicción. Por otra parte el - hombre debe vivir entre drogas y saber cómo usarlas en forma responsable acompañado de un programa educativo masivo.

Sin embargo ninguno de estos teóricos han mencionado los daños individuales y sociales que puede ocasionar la libre disponibilidad de - las drogas, ya que el daño sería infinitamente mayor que el asocia-

do al uso actual del alcohol y el tabaco.

Aunado a ésto, el Senador Alvaro Gómez Hurtado (1977) en su periódico - El Siglo afirmó "los colombianos debemos pensar muy seriamente en una - inmediata legalización de la marihuana, primero porque tenemos que tener en cuenta que no podemos dejar en el extranjero "nuestro dinero" y segun - do porque no podemos desaprovechar las oportunidades que brindan aque- - llos países interesados en legalizar el uso de las drogas, por encima de cargos morales que ni la misma ley considera.

Por otra parte, el Primer Ministro Edward Jeaga, señaló a los periodis- - tas que en Jamaica la legalización y venta lícita de la yerba, traería - un ingreso de más de 1,300 millones de dólares, lo que significaría el - elemento compensador de la balanza de pagos y el mejoramiento económico - de la isla. En el programa Frente a la Nación afirmó: La marihuana es - la corriente económica de la vida de Jamaica y tampoco existen eviden- - cias científicas de que la misma sea dañina y a nosotros no se nos debe - involucrar".

Todos estos falsos conceptos han permeado el pensamiento popular y crea- - do una gran tolerancia para el uso de drogas adictivas, lo que ha dado - por resultado una gran aceptación social.

En la actualidad escribe Roberto Tocaven "la farmacodependencia se ha - convertido en un problema social, en la que ha pasado esta alteración - conductual de grupos aislados de adultos, a estudiantes universitarios - y de educación media, para llegar hasta niños que reciben educación ele- - mental, con lógicas repercusiones que afectan las estructuras de la comu - nidad y sus potenciales de producción y desarrollo".

Hilda Marchiori expone que "la personalidad dependiente, con un síndrome de toxicomanía está muy relacionada a aspectos criminológicos, especial- - mente por la inestabilidad emocional que manifiesta, la desinhibición en

sus relaciones con los demás y el progresivo deterioro psíquico y social".

Octavio Arellano Wisareu manifiesta que "hay una intensa relación entre el tráfico de drogas y el índice de criminalidad; se cae o se delinque en conductas antisociales para obtener la droga.

Sánchez Galindo, investigador penitenciario comenta que "en torno a las drogas, siempre han girado gran número de delitos: Homicidio, robo, fraude, violencia sexual".

Noyes Ikob expone que "la adicción a las drogas y la frecuencia con que aparece resulta de una interacción de fuerzas culturales que determinan con cuánta facilidad es posible conseguir el agente farmacológico, cuántas oportunidades se presentan para iniciar su uso y cuán predispuesto está el individuo para continuar empleándolo" añaden que "los individuos que se vuelven adictos son en su mayor parte casos de personalidad antisocial, pero el neurótico y el psicótico también están predispuestos en vista de sus problemas afectivos. La mayoría de los adictos a los narcóticos son personas cuyo desarrollo se detuvo en las áreas del EGO y del SUPER YO y que casi siempre, se fijan a una figura materna ambivalente".

Hilda Marchiori concluye que las características psicopatológicas de aquéllas configuran "una personalidad inmadura e inestable con aspectos ambivalentes de su misión y agresividad intentando una solución a su conflicto a través de la dicción. La droga sirve para eliminar cualquier esbozo de ansiedad represiva que es así dosociada y evacuada. El efecto de la droga ayuda a un "Yo" muy débil, a eludir la intolerable ansiedad depresiva y la pena y la culpa ligados con la misma. La personalidad está disminuida, el drogadicto tiende a ser pasivo, el deterioro invade progresivamente todos los aspectos de la personalidad, especialmente en los sociales y morales, aquí es donde se advierte una profunda autodestrucción".

David Smith "una de las características de los alucinógenos como el LSD, es que abren la mente a nuevos tipos de pensamiento y sensaciones y tienden a borrar las fronteras del YO o la separación de éste y el medio ambiente.

Un ejemplo es la influencia del LSD en un individuo que interpreta positivamente la experiencia, considerando que las drogas realzan su creatividad; tal vez yo nunca llegue a producir nada creativo, ya que los procesos del pensamiento pueden realizarse, pero se afectan negativamente la motivación al trabajo".

Eliás Newman 1984 "los estupefacientes engañosamente pueden ser usados - "una y otra vez" sin causar daños mayores. Dependerá ahora de la personalidad del predispuesto con el uso repetido se produce un nuevo fenómeno: El abuso que da lugar al acostumbamiento. Es una adaptación por la cual el individuo aprende a vivir con el tóxico o no puede dejar de vivir más tarde sin él".

Asimismo, los efectos de las drogas en el comportamiento de los conductores no se conocen en su totalidad. Investigadores de América del Norte y de Irlanda, han publicado informes sobre análisis de muestras obtenidas de conductores arrestados por infracciones de tránsito o que murieron por accidentes, los barbitúricos fueron las drogas que se encontraron con más frecuencia en los estudios anteriores y el Diazepam ocupó un lugar importante en los más recientes.

Sterling Smith observó que los conductores involucrados en accidentes mortales tenían una mayor tendencia a consumir marihuana.

Johnston hizo un estudio de 16 mil estudiantes del último curso de escuela secundaria e informó que los que fumaban marihuana recibían mayor número de multas por infracciones de tránsito y tenían más accidentes que los estudiantes que no la fumaban.

La OMS está muy interesada en identificar los riesgos asociados con la conducción de vehículos bajo la influencia de drogas.

Estos riesgos son muy variados, por ejemplo que la marihuana altera el tiempo de reacción, la capacidad de seguir un carril, la percepción y una serie de habilidades necesarias para conducir de manera segura "una sola dosis de una droga puede producir una alta variedad de efectos en el comportamiento en distintos sujetos e incluso en el mismo sujeto en distintas oportunidades. Muchos factores, entre ellos la edad, el sexo, las condiciones de salud, la ansiedad y la fatiga pueden influir en la magnitud del efecto de una droga.

También su historia clínica y psicológica del sujeto, los estímulos actuales (por ejemplo la complejidad de las tareas que debe realizar) y las consecuencias de determinada conducta (premios y castigos) a fin de comprender los mecanismos del comportamiento".

David Smith 1970 "los estimulantes como las anfetaminas pueden aumentar el desempeño de un individuo durante un período corto, y ciertas personas como los atletas, conductores de camiones y estu-diantes que velan estudiando, pueden tomar este tipo de drogas, tratando de estimular su ejecución. No obstante esta estimulación puede también dar lugar a conducta irracional, y el individuo que es más sensible podrá experimentar sentimientos de terror o paranoia.



## CAPITULO III

## LEGISLACION

Desde hace tiempo, ya se considera a la farmacodependencia como una patología social y al farmacodependiente como un enfermo que necesita ayuda para incorporarse de manera productiva a la sociedad.

Respecto al drogadicto se marcan dos líneas: La primera se plantea en el marco humanista y considera que el drogadicto está efectuando un acto contra sí mismo y que considerarlo como delincuente sería atentar contra los derechos humanos; además de que su dependencia es un síntoma de una enfermedad que plantea un profundo conflicto de personalidad, el cual se generó por múltiples y variadas causas. La segunda postura propone que al farmacodependiente como eslabón importante en la cadena del narcotráfico y como individuo conciente de que está cometiendo un acto antisocial, debería aplicársele un castigo, ya que además es un elemento de procelitismo para el abuso de drogas, acción que también está considerada en el código penal (ADEFAR 1987).

A pesar de la diferencia que existe, ambas aceptan el perjuicio social que el farmacodependiente ocasiona y plantea la necesidad de aplicar controles administrativos que regulen en cierta medida las conductas antisociales de aquéllos que utilizan sustancias con fines de intoxicación.

Nuestro sistema constitucional preocupado por la creación de un nuevo sistema político y en coincidencia con las actividades y actitudes que se tenían en la época hacia las drogas, no se ocupó en señalar medidas para su control. Ni en la constitución de 1824, ni en la de 1857, como es de suponerse, se encuentra a disposición alguna relativa a estupefacientes o drogas.

Las primeras reglas expresas sobre el particular, se encuentran de hecho

en el código penal para el Distrito Federal y el territorio de Baja California sobre delitos del fuero común, y para toda la República, sobre delitos en contra de la federación, expedido el 7 de diciembre de 1871 y vigente a partir del 1° de abril del año siguiente.

El título séptimo de este ordenamiento, se ocupaba de los delitos contra la salud pública y en él se establecen algunas disposiciones sobre sustancias nocivas a la salud y productos químicos susceptibles de ocasionar daños. Así el artículo 842 señala "el que sin autorización legal elabore para venderlas sustancias nocivas a la salud o productos químicos que puedan causar grandes estragos, sufrirá la pena de 4 meses de arresto y una multa de 25 a 500 pesos. La misma pena sigue diciendo, se impondrá al que comercie con dichas sustancias sin que la correspondiente autorización y al que teniéndolas las despache sin cumplir con las formalidades descritas en los reglamentos respectivos".

La expresión es imprecisa, pero la intención del legislador era combatir lo que hoy llamamos estupefacientes o psicotrópicos, ya que en el artículo 844 se sanciona con multa y 2 años de prisión a los boticarios y los comerciantes en drogas que falsifiquen o adulteren las medicinas, de modo que sean nocivas a la salud.

Esta misma intención puede suponerse en nuestros 3 primeros códigos sanitarios, promulgados en 1891, 1894 y 1902, ya que regulaban la venta de medicamentos peligrosos y en especial del laudano; que era una preparación conforme a la Farmacopea Española, contenía opio, azafrán, canela, clavo y vino blanco, era un medicamento empleado sobre todo por mujeres, ya que las aliviaba de las molestias de la menstruación o menopausia.

Es importante advertir que desde el primero de nuestros códigos sanitarios, se ordena integrar un consejo superior de salubridad, al que concibe como la autoridad suprema en materia de salud pública. La importancia de este organismo, fué que su actividad contribuyó, en gran medida -

a establecer con firmeza el concepto de "salud pública" y promover la convicción de que era necesario regularla. Fueron estas ideas las que, en la primera década de nuestro siglo, motivaron la reforma de la fracción XXI de la Constitución de 1957, entonces en vigor. El texto original de la misma señalaba que era facultad del Congreso de la Unión el "dictar leyes sobre la naturalización, coronización y ciudadanía", pero no lo facultaba para legislar sobre salud pública, así el 12 de noviembre de 1908, la fracción citada fue reformada para otorgarle esta posibilidad. El texto final de esta fracción señaló a partir de entonces que el congreso estaba facultado "para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, coronización, emigración e inmigración y salubridad general de la república".

Las vaguedades de nuestros primeros códigos sanitarios desaparecieron por completo a partir de que se promulgó desde el 8 de junio de 1926, cuyo capítulo 6º se refiere de manera expresa a las drogas enervantes y dedica 13 artículos a señalar las restricciones o prohibiciones que le impone al comercio, importación, exportación, elaboración suministro o tráfico de cualquier clase que se efectúe con este tipo de sustancias en nuestro país.

Las ideas y conceptos centrales del código sanitario de 1926, influyeron de manera decisiva en nuestros códigos penales de 1929 y 1931; así como los códigos sanitarios que los sustituyeron en 1934, 1946, 1954, 1971 y la Ley General de Salud de 1984.

El ya mencionado código de 1926, es el primero en ofrecer a manera de definición, una lista de las sustancias a las que se considera drogas enervantes, entre las que menciona el opio en sus diversas formas: La morfina, la cocaína, la heroína y las sales y derivados de estas tres últimas; la dormidera, las hojas de coca y la marihuana en cualquiera de sus formas. El procedimiento no ha sido alterado en ninguno de los códigos sanitarios subsecuentes que, a lo más, han venido ampliando solo las

listas que ofrecen.

Entre sus prohibiciones, hay claros antecedentes de algunas que registrarán más tarde, nuestros códigos penales de 1929 y 1931, como la que impide el cultivo de la marihuana y de la adormidera en el territorio nacional, y la que hace extensiva la calidad ilícita a todas aquellas peligrosas o dañinas lleguen o no a constituir un vicio, tan pronto como haya productos medicinales que puedan sustituirlas en sus usos terapéuticos.

Otros elementos del código sanitario de 1926, han sido conservados por nuestra legislación, como la disposición que ordenaba la incineración de las drogas enervantes que se decomisaban, a menos de que pudiera aprovecharlas; lo que le permitía al departamento de salud-hoy Secretaría de Salud- el establecer lugares especiales para el restablecimiento de las personas que hubiesen contraído el hábito de ingerir sustancias de esa índole, o el limitar exclusivamente a médicos, cirujanos y veterinarios titulados, la posibilidad de prescribir el empleo de medicamentos que tuviesen entre sus elementos drogas enervantes.

Las características de los códigos subsecuentes al ya mencionado código sanitario de 1926, pueden verse como variantes.

El código de 1934 le otorgó al Departamento de Salubridad facultades más amplias para controlar el tráfico de estos productos; prohibió la entrada a nuestro país de los extranjeros toxicómanos e inició la costumbre de aludir a la sustancias enervantes por su nombre científico, tendencia que se conserva hasta nuestros días.

El código sanitario de 1949, sustituyó la expresión "drogas enervantes" por la de "estupefacientes", y señaló que para poder prescribir estas sustancias, los médicos, los dentistas y los veterinarios deberían registrar su título en la Secretaría de Salud. El de 1954, en este aspecto, presentó pocas variantes con el anterior, entre las que destacan el - -

extendido la posibilidad de prescribir medicamentos que contengan estupefacientes a los pasantes en medicina, en ciertos casos, y el ordenar que constituyeran una tarea permanente "la campaña general contra el alcoholismo, venta y consumo de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana".

El código penal de 1929, señala en su artículo 507 que quedan prohibidas casi todas las conductas en relación a las drogas enervantes, o a las plantas susceptibles de producirlas si carece de la autorización legal - necesaria o deja de cumplir con las leyes, reglamentos o disposiciones - que expidan el consejo de salubridad general.

El artículo 515 señala que estas drogas, sustancias y plantas se "decomisarán en todo caso, y además se inutilizarán cuando no pueda dárseles otro destino sin peligro"; los artículos mencionados son los que considero de mayor importancia en mi estudio.

El problema de la toxicomanía no tenía en ese entonces los graves caracteres que posee hoy en día, pero ya en aquel entonces existían disposiciones para combatirlas, así una de ellas, contenida en el ordenamiento que comento, le otorga la autoridad judicial competente la facultad "para 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" (artículo 521), disposición que complementa al ordenar, poco después que: Se recluirá en el manicomio para toxicómanos a todo aquél que sin prescripción médica que llene todos los requisitos esté o acostumbre estar bajo la influencia de alguna droga enervante. La reclusión durará hasta la completa curación del toxicómano. "A juicio del Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social" (Artículo 525).

Al respecto, en 1972 se creó el Centro de Estudio de Farmacodependientes (SEMEF), 1978 el Centro de Estudios de Salud Mental (SEMESAM), 1980 el -

el Instituto Mexicano de Psiquiatría, quien continúa con su labor y tiene como responsiva la realización de la investigación básica, social y epidemiológica de los problemas de salud mental; 1984 Comunicación Social, dependiente de la Procuraduría General de la República; tiene como objetivo un sistema de comunicación entre la sociedad y la institución, ésta junto con otras dependencias se han unido a fin de poder actuar sobre la cadena del narcotráfico (producción-comercialización y consumo) - y lograr su control y erradicación; por lo mismo de acuerdo con nuestras leyes, todo ciudadano debe saber en primer término lo que es un delito - y es así como de acuerdo al capítulo 1º, artículo 7º del Código Penal - que "delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales y tanto la farmacodependencia como el narcotráfico son constitutivos del delito, ya que se encuentran tipificados en el título 7º del Código Penal, anexo I, estipulándose en éste, la pena a que se hace acreedor quien resulte presunto responsable de delitos contra la salud.

Por lo que se establecen dos clasificaciones para las drogas: Los estupefacientes y los psicotrópicos, los cuales son determinados en la Ley General de Salud en los capítulos V y VI del título décimo segundo (anexo 2), así como los convenios o tratados internacionales de observancia obligatoria en México.

De acuerdo a la Ley General de Salud, Capítulo VI, artículo 456 al que sin autorización de la Secretaría de Salud o contraviniendo los términos en que éste haya sido concebido, elabore, introduzca a territorio nacional, transporte, distribuya, comercie, almacene, posea, desheche o en general realice actos con las sustancias tóxicas o peligrosas a las que se refiere el art. 270 de esta ley, con inminente riesgo a la salud de las personas, entendiéndose sustancia tóxica para efectos de ley, las que por constituir un riesgo para la salud, determine la Secretaría de Salud, en las listas que para efecto de control sanitario publique en el Diario Oficial de la Federación y en la Gaceta Sanitaria.

Se le impondrá de 1 a 8 años de prisión multa equivalente de 100 a 200 - días de salario mínimo general vigente en la zona económica de quien se - trate.

De igual forma, en el Código Penal, se contempla lo referente a siembra, cultivo, manufactura, fabricación, elaboración, posesión, transporte, co - mercialización, tráfico y suministro gratuito de vegetales o sustancias - consideradas como estupefacientes y psicotrópicos por la Ley General de - Salud (Anexo 2).

Para tal efecto, se distingue tres grupos de estupefacientes o psicotró - picos y señalados por la Ley General de la Salud.

- I. Sustancias y vegetales señalados por los arts. 237, 245, Frac. I y - 248 de la Ley General de Salud.
- II. Las sustancias vegetales consideradas como estupefacientes por ley - con excepción de los mencionados en la fracción anterior y los psi - cotrópicos a que hace referencia la frac. II del art. 245 de la - Ley General de Salud y
- III. Los psicotrópicos a que se refiere la Frac. III del art. 245 de la - Ley Genral de Salud.

Queda prohibido en el territorio nacional todo acto de los mencionados - en el art. 235 y 248, cap. 5 y 6 de la Ley General de Salud, respecto a:

Estupefacientes  
Sustancias y vege-  
tales.

- Opio preparado para fumar
- Diazetilmorfina o heroína, sus sales y preparados
- Cannabis Sativa, indica y americana o marihuana
- Papaver somniferum o adormidera
- Papaver bactreatum y erythroxilom
- Novogratense o coca; en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones

Sustancias psicotrópicas: Aquéllas que determine específicamente el consejo de salubridad general o la Secretaría de Salud y en general los barbitúricos y otras sustancias naturales o sintéticas depresoras o estimulantes del SNC que por su acción farmacológica puedan inducir a la farmacodependencia.

Sustancias psico-  
trópicas  
(Clasificación)

- I. Las que tienen valor terapéutico, escaso o nulo y que por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública.
- II. Las que tienen algún valor terapéutico que constituyen un problema grave para la salud pública.
- III. Las que tienen valor terapéutico que constituyen un problema menor para la salud pública.
- IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública.
- V. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industrial.



Quedando prohibido en el art. 248 de la Ley de Salud, todo acto con las siguientes sustancias.

Sustancias  
Psicotrópicas

- Dietilamida del ácido lisérgico L.S.D.
- N.N. Dietil triptamina det.
- N.N. Dimetil triptamina D.M.T.
- 1 Hidroxi 3 (1,2 Dimetiheptil 7,8,9,10)
- Tetrahidro 6,6,9
- Trimetil 6h Dibenzo (B,D) Pirano D.M.H.P.
- Hongos alucinantes de cualquier variedad botánica, en especial las especies psicopsicoclybe mexicana, stophana aubensis y Conocybe y sus principios activos
- 2Amino-1-(2,5Dimetoxi-4-Metil) DOM-STP-Fenilpropano, Parahexilo.
- N. Etil-1-Fenilciclohexilamina PCE
- 1-(1,2-Tienilciclohexil) Piperidina PHP o PCP y TCP
- Peyote (Clophora Williamsii); anahalonium Williamsii; anhalonium Lewinii y su principio activo, la mescalina (3,4,5,- Trimetoxifemetilamina)
- Tetrahidrocanabilones.
- Cualquier otro producto derivado o preparado que contenga las sustancias señaladas en la relación anterior y cuando expresamente lo determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General, sus precursores químicos y en general los de naturaleza análoga.

**CAPITULO V**

**CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y APORTACIONES**

## CONCLUSIONES

A la fecha el problema de la farmacodependencia se ha convertido en un problema social, en el cual surgen en todo individuo lógicas repercusiones que afectan la estructura de la comunidad y sus potenciales de producción y desarrollo; por lo mismo, algunos teóricos nos hablan acerca de los daños gravísimos que causan las drogas de abuso, manifestándolos con todas sus consecuencias tanto en informes presidenciales como en otros documentos; afirmando que la adicción a las drogas y la frecuencia con que aparece resulta de una interacción de fuerzas culturales que determinan con cuánta facilidad es posible conseguir el agente farmacológico, cuántas oportunidades se presentan para iniciar su uso y cuán predispuesto está el individuo para continuar empleándolas. Sabemos que existen diferencias individuales en toda conducta, así como en las funciones psicológicas como ampliamente lo ha demostrado y lo estudia la clínica.

Las diferencias individuales se presentan en la percepción, las formas de respuesta, en la resolución de problemas, en la imaginación, la memoria, la motivación y por supuesto en la personalidad, así mismo existe una gran preocupación científica y tecnológica por las necesidades crecientes de planeación de los problemas en materia de salud mental, ya que la carencia de indicadores confiables impone serias limitaciones a toda tentativa de evaluar la magnitud e intensidad de los diversos fenómenos en el área.

Habiendo realizado un análisis de las estadísticas presentadas, primeramente se deduce que el farmacodependiente es considerado "como un enfermo mental que debe estar recluido en un hospital por que representa una amenaza a la sociedad", aunado a esto, la intención fue abordar las repercusiones que se han presentado en el ámbito laboral por las drogas de abuso, sin excluir la tecnología que cada vez es más avanzada, sustituyendo de esta forma la mano de obra y si esa "poca" mano de obra se ve afectada por las drogas de abuso, nuestra sociedad sufrirá lenta o abruptamente.

tamente consecuencias imprevisibles.

Para tratar de analizar éste y otros problemas en relación, se realizan estudios epidemiológicos, en el que se consideran tres elementos básicos para entender la transmisión o propagación de los fenómenos: El agente (la droga), el huésped (el usuario) y el medio ambiente en donde ocurren eventos que pueden favorecer el que el agente y el huésped entren en contacto y esto nos va a permitir conocer cifras de incidencia y prevalencia en diversos tipos de población.

En base a estudios de 1976 a la fecha se concluye lo siguiente: Podemos hablar de ciertas características comunes en un adicto:

- Una estructura de personalidad patológica previa y proclive.
- Un contexto familiar con eventos desorganizados.
- Una situación de comienzo.
- Un contexto social co-determinante.
- Complicaciones de orden biológico, psicosocial, familiar, legal y otros; por efecto de consumir drogas.

La personalidad del adicto se distingue por inmadurez global, baja tolerancia a la frustración, pasividad, tendencia a actuar evitando el pensar y el sentir, tendencia a quebrantar las reglas formales, tedio vital, melancolía profunda e impulsividad.

A estos elementos anteriores, pueden estar asociados otros rasgos neuróticos definibles en la nosología; puede haber rasgos de tipo psicótico, retardo intelectual y disfunciones cerebrales. El entorno sociocultural es determinante en las toxicomanías, sobre todo en la edad juvenil; la familia tiene como función proveer una identidad individual, estabilización de comportamiento y desarrollo de los valores. Las fallas del sistema familiar conllevan al fracaso de lo anterior, generando stress e inicio de trastornos caracterológicos importantes. En la familia del

adicto es frecuente encontrar: Marcada distorsión en roles, de crecimiento de la co-participación y cercanía de los miembros; disminución de la intimidad familiar con su natural resultante de tendencia al alejamiento mutuo de sus miembros y roles parentales trastornados son frecuentes.

La integridad familiar es inadecuada y la exterioridad marginal, estigmatiza y provoca fenómenos críticos sociales. El individuo se encuentra desarraigado y aislado, concibe una realidad injusta como patrimonio del "estado humano".

Los factores psicosociales que incluyen en la vulnerabilidad en las toxicomanías pueden concentrarse en: La prolongación de la adolescencia en la cultura actual, la tendencia a gratificar de inmediato las demandas; anomia o desesperanza; la carencia de figuras de identificación, el medio cargado de dobles mensajes, violencia y falta de trascendencia; brecha generacional y de diálogo, permisibilidad indiscriminada y la criminal postura de quienes pugnan por la legalización y el consumo de las drogas; olvidándose de que el deterioro causado por la droga invade progresivamente todos los aspectos de la personalidad, especialmente en los sociales y morales en donde se advierte su profunda autodestrucción, que desde el punto de vista psiquiátrico se aprecian y saltan a la luz serios problemas psíquicos subyacentes que pueden conducir al sujeto a psicosis. La despersonalización psicofísica y social suele ser la resultante de la dicción de una variedad de tóxicos en un verdadero curso sin olvidarnos de muchas agravantes más.

Por otra parte, la preocupación general manifestada en los países desarrollados y en los países en desarrollo respecto de la relación entre los accidentes de tránsito y el uso de drogas psicoactivas llamó al comité de la OMS (Organización Mundial de la Salud) a fortalecer los programas de investigación en que se examinaba la relación entre el uso de alcohol y sustancias psicotrópicas y las lesiones, casos de invalidez y

muertes provocadas por accidentes, estando actualmente en estudio además de corroborar que sí existe relación entre unas y otras; así mismo la OMS recomendó que los conocimientos adquiridos y la metodología empleada a esos efectos, se aprovechen para la prevención de accidentes industriales. Por otro lado, tomando en consideración que la utilización de la tierra para el cultivo de los estupefacientes, es el resultado de la intervención de fuertes capitales ligados al narcotráfico y a la necesidad económica e ignorancia de los campesinos entre otros factores, se debe analizar en forma más profunda las diferentes alternativas para acelerar el desarrollo rural integral como una medida preventiva del mal uso de la tierra.

Aunado a ésta, las pruebas procedentes de un cierto número de países confirmaban la conclusión de la comisión de estupefacientes (Viena-1980) en el que existían en muchas partes del mundo, vínculos claramente establecidos entre el tráfico ilícito de drogas y otros tipos de delincuencia organizada.

Así también, la prevalencia actual en México alcanza cifras muy pequeñas en comparación con las cifras reportadas de la población estudiantil de los Estados Unidos. La prevalencia mayor corresponde al consumo de inhalantes (4.4%), seguido por las anfetaminas (3.5%) y la marihuana (3.2%).

En Estados Unidos la cifra mayor corresponde a la marihuana (54.2%), siguiéndole la cocaína (17.3%) y los inhalantes (15.4%), ambas poblaciones aumentaron su consumo de cocaína, marihuana e inhalantes y de heroína y disminuyeron su consumo a tranquilizantes, alucinógenos y sedantes. Respecto al uso de marihuana, la magnitud del aumento de prevalencia en los últimos diez años es pequeño y casi igual en ambos países; los resultados más sobresalientes indican que en la cifra de prevalencia de algunos estados de la región del norte como Baja California Norte y Sur; Sonora y Sinaloa, así como el Estado de Guerrero, localizado en la Zona

Centro, se desvían significativamente en comparación con el promedio nacional, principalmente en el uso de la cocaína.

Por otro lado, sugieren que las diferencias regionales en la prevalencia, pueden atribuirse al frecuente contacto de las personas de la zona norte con poblaciones consumidoras de la frontera de Estados Unidos -- Americanos. En Acapulco, Gro., el alto consumo al parecer se debe al hecho de que se trata de zona turística.

De esta forma, las evidencias basadas en los estudios epidemiológicos -- sobre el uso de las drogas de abuso, permiten plantear el hecho de que las cifras de prevalencia varían de acuerdo a la zona geográfica, así mismo que la cadena de narcotráfico es productividad, distribución y -- consumo, causan gravísimos daños a todo género humano desde médicos y -- psicológicos, sin olvidar la "mafia del crimen organizado" y la narcoeconomía que hace posible su subsistencia, a esto es importante señalar que existe el consumo liberal y al parecer en diferentes ámbitos laborales. El consumo inducido por el tipo de actividad que se desarrolla, requiriéndose un control más estricto de la producción y distribución de las drogas, un enlace y comunicación rápidas al mejoramiento del conocimiento de las condiciones interantes en otros países por parte de los -- funcionarios encargados de aplicar la ley, una estrecha cooperación y -- coordinación entre los organismos de aplicación, tanto en el intercambio de información como respecto de los procedimientos de extradición, cuando correspondieran y finalmente el desarrollo de estrategias eficaces de defensa social para la reducción del uso indebido de drogas ilícitas.

En la medida en que lo permita la complejidad de criterios nacionales -- diferentes sobre los principios de legislación en materia penal respecto a las drogas de abuso, se trata de asegurarse de que todas las actividades del tráfico ilícito y todas las formas de participación en estas actividades sean reprimidas, que no sólo los infractores sino también sus cómplices sean sometidos a acción judicial, que las activida-

des de tráfico ilícito sean objeto de sanciones penales aún cuando no hayan sido completas (actos preparatorios, confabulación y tentativas), que los delincuentes no se libren del enjuiciamiento y el castigo alegando el motivo puramente formal de la falta de competencia de los tribunales del país en que hayan sido sorprendidos, y que las sanciones penales sean adecuadas a la finalidad para la cual impone la sociedad, o sea en particular, para que tengan un efecto disuasivo.



## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

El presente estudio se considera que tiene como limitantes algunas variables extrañas como el hecho de que no se le pueda administrar a determinada población algún tipo de droga, para ver sus efectos a mediano y largo plazo en diferentes ámbitos, y sólo está basada en estadísticas que arrojan algunas de nuestras dependencias gubernamentales (Centro Comunitario - Cuajimalpa, Centro Comunitario Padierna, Centros de Integración Juvenil, - Consejo Tutelar para menores infractores, Dirección General de Servicios - Coordinados de Prevención y Readaptación Social, Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F., Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Hospital Central de la -- Cruz Roja, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y Procuraduría General de la República), de antemano conociendo el hecho que es probable que los datos no sean del todo reales; así mismo el hecho de que esta investigación requiere del tiempo - suficiente y en todo caso, tratar de sacar datos de expedientes en relación al tema (Delitos Contra la Salud) en diferentes Reclusorios para poder correlacionar varias variables con el fin de llegar a datos más precisos, aunque ésta también puede ser una gran limitante, ya que el tema se considera "tabú" y representa interés económico social, como lo hemos - visto en encabezados de periódicos, algunos de ellos enfatizando "La lucha antidrogas hace peligrar la economía boliviana, "drogas o error humano en el accidente aéreo", y así podríamos encontrar un sinnúmero de ellos.

Ahora bien, no sólo en reclusorios podemos sacar esta información, sino - también profundizando en datos que nos arrojen las diferentes entidades - gubernamentales a nivel nacional y mundial.

## APORTACIONES

Quando se decidió a realizar este tipo de estudio, se considera pertinente elaborar un formato (Anexo 1) y de prima instancia, aplicarlo en reclusorios, así como obtener diferentes estadísticas de ADEFAR (Asociación contra la Farmacodependencia, dependiente de la Procuraduría General de la República).

Pero desgraciadamente, tanto en empresas como en reclusorios, no es muy permitido el obtener este tipo de datos por "seguridad"; ahora bien, aún cuando se elaboró un anteproyecto fué presentado para su análisis de aprobación para que se pueda llevar a cabo la recopilación de datos, y lo expuse en forma escrita, nunca llegó contestación alguna, por lo que nos vimos en la necesidad de reunir información en cuanto a estadísticas proporcionadas por diferentes dependencias.

Considerando el que la realización de la presente se llevó a cabo como se hubiese deseado, por tiempo requerirle; ; el querer aportar un mínimo o como se dice comunmente "cooperar con un granito de arena en nuestra sociedad", quisiera que de alguna manera se vislumbrara el tan lacerante problema que estamos viviendo y que repercute en nuestra sociedad, país y en nuestro futuro, pensando no solo en nuestro presente, sino lo que represente para los niños del mañana.

Asimismo el que nuestra Honorable Profesión de Psicología sea cada día más; participe en forma activa de los problemas que nos atañen directamente, dogmatizando al alumnado para que se logren avances cada día más salidas y de prevención, hacia los fenómenos o alteraciones bio-psico-sociales.

Debido a que las necesidades de nuestro país son cada vez mayores y no podemos estancarnos dentro de un sistema cerrado, esto es; que no solo como

universitarios nos dediquemos a la Introducción escolar; sino optar dentro de nuestras posibilidades un conocimiento más, para poder emplear nuestro campo de acción y de esa manera ampliar una dimensión de mayor prestigio-educativo.

### CARACTERISTICAS PARTICULARES

<b>1</b> EDAD _____ AÑOS	<b>2</b> SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>3</b> ESTADO CIVIL	<b>4</b> POSICION EN LA FAMILIA ( HIJO Nº)
SOLTERO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 ) ( 6 ) ( 7 ) ( 8 ) ( 9 ) ( 10 ) DE _____ HIJOS
<b>5</b> SEÑAS PARTICULARES: _____	

### CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS

<b>6</b> LUGAR DE NACIMIENTO	<b>7</b> LUGAR DE RESIDENCIA
PAIS: _____	PAIS: _____
ESTADO: _____	ESTADO: _____
CIUDAD: _____	CIUDAD: _____
MUNICIPIO: _____	MUNICIPIO: _____
COLONIA O BARRIO: _____	COLONIA O BARRIO: _____

### ESCOLARIDAD Y OCUPACION

<b>8</b> GRADO DE ESTUDIOS	<b>9</b> OCUPACION
ANALFABETA <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/> ANALFABETA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SECUNDARIA O TECNICA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PREPARATORIA O VOC. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DESOBLIGADO <input type="checkbox"/> PROFESIONISTA <input type="checkbox"/> SUBOBLIGADO <input type="checkbox"/> OTROS: _____ CAMPESINO <input type="checkbox"/> _____ OBRERO <input type="checkbox"/> _____ COMERCIANTE <input type="checkbox"/> _____ TECNICO <input type="checkbox"/> _____
<b>10</b> LUGAR DE TRABAJO	
SECTOR CENTRAL <input type="checkbox"/> SECTOR PARAESTATAL <input type="checkbox"/> SECTOR INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> SECTOR COMERCIAL <input type="checkbox"/>	DONDE: _____ _____ _____

### SITUACION JURIDICA

<b>11</b> SENTENCIADO <input type="checkbox"/>	<b>13</b> GRADO DE PARTICIPACION
<b>12</b> OTROS PROCESOS: _____	AUTOR <input type="checkbox"/> COMPLICE <input type="checkbox"/>
_____	COAUTOR <input type="checkbox"/> ENCUBRIMIENTO <input type="checkbox"/>
	OTROS: _____
<b>14</b> PRIMO DELINCUENTE <input type="checkbox"/>	<b>16</b> DELITO
<b>15</b> REINCIDENTE <input type="checkbox"/>	UNICO <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/>
<b>17</b> TIPO DE DROGA A LA QUE ES ADICTO: _____	

### OBSERVACIONES

18

NIVEL SOCIOECONOMICO.

BAJA

MEDIA BAJA

MEDIA

ALTA

19

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

---

---

---

---

---

---

---

---

20

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

---

---

---

---

---

---

---

---

21

DIAGNOSTICO CRIMINOLOGICO

---

---

---

---

---

---

---

---

22

DIAGNOSTICO MEDICO

---

---

---

---

---

---

---

---

FECHA

Nº CONTROL

DIA	MES	AÑO

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Análisis Regional sobre el uso de drogas en la Población Estudiantil de México.  
Salud Pública Méx. 1987; 29: 331-334  
Autor: Rojas G.E.; Castro M.E.; De la Serna; García G.
- 2.- Breviario DSM Edit. Masson  
Autor: American Psychiatric Association Pierre Picnot.
- 3.- Cuestiones Criminológicas y Penales Contemporáneas (Estupefacientes y Psicotrópicos)  
INACIPE 1987. (Inst. Nacional de Ciencias Penales)
- 4.- Drug Abuse In Different Cultural Groups  
In Jamaica - Documento Inedito 1973.
- 5.- Epidemiología del uso de Drogas en la Población Estudiantil - Tendencias en los últimos 10 años.  
Autor: Ma. Elena Castro Sarriñana.  
Estela Rojas.  
Salud Mental V.9 N° 4 1986.
- 6.- Farmacología de los estupefacientes y substancias Psicotrópicas.  
Conferencia: Dr. Rafael Moreno González.
- 7.- Factores Psicosociales y Culturales de la Farmacodependencia en - - PJDF y Territorios Federales.  
OP. CIT. P. 27.
- 8.- Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información de Drogas.  
"Informe Individual sobre consumo de Drogas"  
Junio 1987 - Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia.  
Instituto Mexicano de Psicometria.
- 9.- Historia de las Drogas.  
Autor: Jean Louis Brau.  
Editorial Bruguera 1974.
- 10.- Ley General de Salud.  
Editorial Porrúa.
- 11.- Los Problemas de la Droga en el Contexto Sociocultural.  
Edición Preparada por Griffith Edwards y Awni Arif. P. 22-24.  
OMS Ginebra 1981.

- 12.- La Farmacodependencia y el Narcotráfico - Legislación - Arts. Ademar 1987.
- 13.- Manual Merck. 4a. Edición de Diagnóstico y Terapéutica
- 14.- Personalidad del Delincuente.  
Editorial Porrúa. 1a. Edición Méx. 1978. P. 152.
- 15.- Proyecto de Informe Sobre el Tráfico Ilícito de Drogas y otros Delitos. Viena 1980.  
Distribución Reservada MVAR/5/1980.
- 16.- Psicología y Vida.  
Autor. Floxa L. Rach.  
Philip G. Zimbardo.  
Edit. Trillas Págs. 493-501.
- 17.- Percepción de la Enfermedad Mental en una zona del D.F.  
Autor. Pocc. Guillermina Matera.  
Instituto Mexicano de Psicometría.

ESTA TESIS FUE ELABORADA EN SU  
TOTALIDAD EN LOS TALLERES DE -  
IMPRESOS FRANCO REP. DE CUBA--  
No. 99. DESPACHO 23 BIS. -  
MEXICO 1 D.F TEL. 657-24-74 --  
PRESUPUESTOS 9 P.M. A 11 P.M.-  
Sr.SALVADOR MOYA FRANCO.