



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

UN ANALISIS PSICOSOCIAL DEL FENOMENO DE
LA INHALACION DE SOLVENTES INDUSTRIALES
EN EL MUNICIPIO DE LEON, GTO.

PROPUESTA INSTITUCIONAL PARA SU
PREVENCION INTEGRAL.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
P S I C O L O G O .
P R E S E N T A:
Mauricio Martín Fernández Tinoco

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTOR DE TESIS:

Lic. José Fermín Rivero del Pozo



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

Prologo	I
Introducción	1
Capitulo I (marco referencial)	
-Antecedentes	4
-Características de los solventes más utilizados con fines de intoxicación	23
-Modos de empleo	24
-Niveles de consumo voluntario de drogas	24
-Síntomas producidos por la inhalación de solventes industriales	26
-Síntomas psicológicos producidos por la inhalación de solventes industriales	27
-Daños producidos por la inhalación de solventes industriales	28
-Razones por las que se utilizan los solventes industriales como droga	29
-Características del sujeto inhalador	30
-Aspecto jurídico del problema	32

Capítulo II (características generales de la inhalación de solventes industriales en el municipio de León, Gto.)

-Descripción de la ciudad	37
-León, ciudad industrial	39
-Características generales de la inhalación voluntaria en la Ciudad de León, Gto.	42
-Características del inhalador leonés	45
-Consecuencias psicosociales de la inhalación de solventes industriales en el municipio de León, Gto.	47
-Aspecto jurídico del problema en la Ciudad de León, Gto.	51
-Explicación psicológica del fenómeno de la inhalación voluntaria de solventes industriales en el municipio de León, Gto. mediante la teoría del balance cognoscitivo de Heider	51
-Planteamiento del problema	65
-Hipótesis	65

-Método	70
Sujetos	70
Instrumentos	70
factores	71
Diseño	73
-Procedimiento	74
-Descripción de resultados	76
-Análisis de resultados	79
-Conclusiones de la investigación	82
 Capitulo III	
-Sugerencias	86
-Propuesta	88
-Estructura organizacional	113
Objetivo	113
-Formas de trabajo previas a la apertura	140
-Proyecto general del Centro de Prevención Integral de las Adicciones	143
Consideraciones generales	143
Forma de trabajo	147

Capítulo IV

-Consideraciones finales	150
-APENDICE A	154
-APENDICE B	158
-APENDICE C	161
-APENDICE D	162
-GLOSARIO	163
-BIBLIOGRAFIA	169
-INDICE ONOMASTICO	176

PROLOGO

El presente trabajo de tesis, versa sobre el uso de drogas, específicamente, sobre el uso de solventes industriales con fines de intoxicación en la Ciudad de León, Gto.

El regionalizar el problema en esta zona del país obedeció, primordialmente, a que pudo constatar, mediante observaciones sistemáticas y entrevistas informales, que el fenómeno de la adicción a las drogas en este municipio es grave, presentando inclusive rasgos endémicos.

Es de mencionar que se inside, durante casi todo el trabajo, en la revisión de diferentes aspectos del uso de solventes, tanto a nivel histórico como internacional, nacional y local; esto se debe a que se trató de dar una visión global de lo que ha ocurrido, hasta el momento, en torno al uso de estas sustancias. Destacándose la inhalación de las mismas, como el principal problema de farmacodependencia en el municipio de León.

Cabe aclarar que, dentro de esta revisión, la información que se abarca en el nivel internacional, no toca lo realizado en otros países con respecto a la prevención del uso de drogas; únicamente se aborda, brevemente y de manera muy general, lo relacionado a la utilización de solventes con fines de intoxicación.

El manejar de esta forma la información a nivel internacional, no pretende restarle importancia a la misma; ya que, el observar cómo se está presentando el fenómeno en otras latitudes del planeta y conocer que estrategias están siendo operadas para prevenirlo, resulta de gran importancia. Sin embargo, difícilmente una estrategia preventiva generada en otro país, para su particular problema de farmacodependencia, podría llevarse a cabo en el nuestro; debido, principalmente, a que la población del México actual y sobre todo de regiones como el municipio de León, Gto., con una historia de más de 500 años, es diferente tanto en infraestructura como en idiosincrasia.

El lector podría pensar que, al tener esta óptica sobre el asunto, el autor cae irremediablemente en una cerrazón, digase, teórica; ya que estas estrategias, podrían ser estandarizadas. Sin embargo, no es así, el autor cree, por un lado, que de las iniciativas novedosas y con buenos resultados que se han originado en el extranjero, hay que retomar los aspectos que más sobresalieron con respecto a la forma de operarlas, y, en general, tomar estas estrategias preventivas como una manera de aproximarse a la solución del problema. Por otro lado, si se va a estandarizar un programa preventivo a la población mexicana, ¿porqué no realizar uno propio?, y tal vez hasta con ahorros importantes de tiempo; esto, debido a que el problema de la adicción a las drogas no

va a esperar a que se termine la estandarización del programa para continuar en aumento. Hay que recordar que, para estandarizar cualquier iniciativa con el fin de adecuarla a una población hacia la cual no está dirigida, tienen que seguirse muchos pasos con la consecuente pérdida de tiempo; por citar algunos, se pueden mencionar los siguientes: conocer el nuevo programa, conocer muy bien la población a la cual se va a reorientar el programa, realizar un piloteo de su operación para conocer sus alcances y limitaciones, evaluar el piloteo, llevar a cabo las modificaciones y volverlo a pilotear; y, hacer esto hasta que quede totalmente adecuado a la nueva población.

Por lo anterior, el autor decidió sugerir, a nivel de propuesta viable, la creación de una institución que prevenga el uso de drogas en la región y el proyecto general para su funcionamiento; basándose este, en el conocimiento previo de la dinámica psicosocial de ésta región en particular.

Hay que resaltar que, éste conocimiento del fenómeno en la localidad leonesa se debió, inicialmente, a que el autor trabajó, como psicólogo, en el Centro de Atención y Prevención Integral A.C. (C.A.P.I.) de León, Gto.; tratando problemas relacionados, directamente, con la inhalación de solventes industriales; es decir, con adictos a los solventes, con familiares de los adictos y con grupos de diversas colonias interesados en solucionar el problema en

sus comunidades. Y, posteriormente, realizando durante casi un año la investigación del tipo ex post facto aquí descrita. Pudiendo confirmar sus conclusiones al laborar, como psicólogo, en la Dirección de Seguridad Pública ya que, ésta experiencia, le brindó la oportunidad de abarcar zonas marginales para su estudio.

Por lo anterior, la información recabada en este trabajo sirve por un lado, para tener una visión global sobre el fenómeno de la farmacodependencia en este municipio y de la dinámica psicosocial que en esta localidad prevalece; y por el otro, para ofrecer los datos necesarios que fundamentan la propuesta sobre la creación de una institución que prevenga el uso de drogas en la región y justificar la puesta en operación de la misma.

Cabe hacer mención que, el análisis que se realiza en el tercer capítulo sobre las instituciones que desarrollan labores de prevención del uso de drogas a nivel nacional y en el municipio de León, aunque muy somero resulta también muy representativo; ya que muestra, en forma clara y objetiva, la situación que prevalece tanto en el país como en la localidad de León, en lo que a estas instituciones se refiere. Sin dejar de resaltar los aciertos y los errores de las mismas. Aportando además, sugerencias muy viables para el mejor funcionamiento del trabajo preventivo por regiones.

Cabe decir que este planteamiento sobre trabajo preventivo por regiones trata, sobre todo, de que cualquier iniciativa preventiva sobre el uso de drogas se adecúe a cada zona geográfica del país. Evitando así que las acciones y propuestas, provenientes de la capital de la República, resulten inaplicables por no haberse planeado de acuerdo con la dinámica psicosocial propia de cada región.

Además de lo anterior, este trabajo resulta de gran interés debido a que trata de explicar psicológicamente como se presenta el fenómeno de la inhalación de solventes en ésta región, logrando establecer por qué se mantiene la conducta de inhalar en los jóvenes de este municipio.

Habría que destacar que el principal motivo de este trabajo es el interés por la salud de la población infantil y juvenil del país y, especialmente de la que habita en localidades como la leonesa ya que, como podrá ser evidente mediante la lectura de este trabajo, este municipio está muy afectado por la presencia del fenómeno de la inhalación de solventes industriales.

INTRODUCCION

El objetivo de éste estudio fue:

-Ofrecer una posible explicación psicológica adecuada a la presentación del fenómeno de la inhalación de solventes industriales en el municipio de León, Gto. mediante la teoría del balance cognoscitivo de Heider.

Para poder cumplir con este objetivo, la información contenida por capitulos es como sigue.

En el primer capítulo se presenta una revisión histórica, analizando los contrastantes momentos en los que se ha presentado la inhalación de sustancias tóxicas y como han sido percibidos en su entorno. También se presenta la información sobre las investigaciones nacionales acerca del aspecto epidemiológico del fenómeno; debiendose esto a que a sido el aspecto sobre el cual se han realizado la mayoría de las investigaciones en el país.

Además, se abordan los puntos referentes a las características de los solventes más utilizados; modos de empleo; los diferentes niveles de consumo voluntario de drogas; los síntomas clínicos y psicológicos derivados de la inhalación de solventes industriales; los daños producidos por la inhalación de estas sustancias; las razones por las que se utilizan los solventes industriales como droga,

características del sujeto inhalador así como el aspecto jurídico del problema.

En el segundo capítulo, se abordan los aspectos sociológicos, epidemiológicos y psicosociales que se presentan en el municipio de León, con la finalidad de ofrecer una amplia visión de la situación prevaleciente en ésta localidad y contextualizar la presentación del fenómeno de la inhalación de solventes en la región. Además, se lleva a cabo la revisión de la teoría del balance cognoscitivo de Heider, F., sobre la cual se sustenta la explicación psicológica derivada de esta investigación.

También se presentan los tópicos de la investigación realizada así como las conclusiones derivadas de la misma.

En el tercer capítulo, se presentan las sugerencias para posteriores investigaciones y la propuesta de una institución dedicada a la prevención del fenómeno en la región.

Esta propuesta se basa en los datos manejados durante todo el trabajo, en los resultados obtenidos de la investigación realizada y en el análisis de las actividades preventivas que llevan a cabo diversas instituciones a nivel nacional y local.

En el cuarto capítulo se presentan las consideraciones finales derivadas de todo el trabajo.

Cabría mencionar que la presentación de la información en este trabajo, no influye en la manera en que puede ser leído; es decir, si el lector lo prefiere podría comenzar su lectura por el capítulo dos, por el capítulo tres, por el cuatro o como normalmente se hace partiendo del capítulo uno, sin que esto afecte la comprensión o hilación de la información presentada.

Por otro lado, a lo largo de todos los capítulos el lector encontrará en el interior de los diferentes apartados palabras remarcadas con negritas, ilustrando con esto que la palabra remarcada se encuentra definida en el glosario al final del trabajo.

Habría que decir que las principales aportaciones de éste trabajo, en orden de importancia, son:

-La explicación psicológica del fenómeno de la inhalación de solventes industriales en el municipio de León, Gto.

-El análisis de las diferentes instituciones que realizan labores preventivas a nivel nacional y local. Y,

-La propuesta de una institución que prevenga de manera integral el uso de drogas en la región.

C A P I T U L O I

MARCO REFERENCIAL

ANTECEDENTES

La utilización de sustancias inhalables con fines de intoxicación, es un fenómeno que debe ser considerado como psicosocial ya que intervienen diversos factores psicológicos y sociales para su aparición, tales como: falta de servicios urbanos básicos, falta de alternativas de recreación y superación, el pertenecer a una familia desintegrada o disfuncional, contar con una padre alcohólico y/o ausente parcial o total, tener una madre sobreprotectora, tener uno o ambos padres adoptivos, etc. (sobre estos factores se abundará más adelante).

Este fenómeno, es un problema que últimamente ha despertado el interés de investigadores y autoridades sanitarias a nivel mundial y desde luego nacional (Alonso-Fernández, F. 1980; Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. 1988; Barroso-Moguel, R., et al. 1988; Belsasso, G. 1975; Berriel-González, R.E. y cols. 1977; Berriel-González, R.E. y Luna, J.A. 1988; Campbell, D. 1978; Castro, M. E. 1987; Castro, M. E. y Maya, M. 1984; Chaudron, D. 1978; Chevalli-Arroyo, A., et al. 1988; Cohen, S. 1977; De la fuente, R. 1977(λ); De la Garza, F., De la Vega, B. y Zuñiga, V. 1985; De la Garza, F., Mendiola, I. y Rabago, S. 1977; De la

Garza, F., Mendiola, I. y Rábago, S. 1980; Du pont, R. 1977; Korman, M., Trimboli, F. y Sembler, I. 1977; Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R. y Wagner, F. 1988; Leal, H., et al. 1977; Medina-Mora, M. E. 1987; Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. 1984; Medina-Mora, M. E. y cols. 1982; Medina-Mora, M. E. y cols. 1989; ; Medina-Mora, M. E., et al. 1977; Natera, G. 1977; Ortiz, A. y Caudillo, C. 1984; Ortiz, A. y cols. 1989; Pucheu, C. y Torres, J. 1980; Ron, M. A., 1986; y, Valderrama, P., Rivero, F. y Domínguez, B. 1983); esto es debido al alto grado de consumo humano que actualmente se ha observado en diversas partes del mundo. Sin embargo, es una práctica que se remonta a los principios de la civilización occidental (Chaudron, D. op. cit.). Tiene como antecedente más famoso el oráculo de Delfos en Grecia. Las pitonisas de este oráculo, inhalaban gases de bióxido de carbono y, bajo los efectos de estos vapores, pronosticaban el futuro o sugerían medidas que los griegos debían seguir en cuanto a las cosechas, comercio, guerra, salud, etc. (De la Garza, F. y Vega, A. 1988).

Siendo en los últimos tiempos cuando esta práctica, de origen mítico, a pasado a ser un problema social, sin raíces de orden sacerdotal y elitista; por ejemplo, el abuso de sustancias volátiles ha sido identificado como un problema en los Estados Unidos, desde hace más de 20 años. Tal práctica parece haberse extendido en el mundo desde los años 60. Desde

entonces, este problema ha despertado notable interés público (Ron, M. A. *ibidem*).

Cabría preguntarse aquí el por qué del uso de sustancias inhalables con fines de intoxicación. Tal vez su uso se debiera a que no había otras drogas, de las cuales hechar mano, para alcanzar rápidamente un estado de intoxicación mediante el cual obtener a su vez, la "expansión espiritual" necesaria para diferentes fines, por ejemplo, para pronosticar el futuro, como las pitonisas de Delfos.

Resulta interesante hacer un análisis de lo arriba mencionado. Según estos antecedentes habría que diferenciar los momentos histórico-culturales en los que se presenta la inhalación de los vapores de sustancias volátiles.

Al inicio se menciona el hecho de que en el oráculo de Delfos, las pitonisas inhalaban vapores de bióxido de carbono para pronosticar el futuro o sugerir medidas que los griegos debían seguir para la mejor obtención de resultados en diferentes ámbitos (guerra, comercio, salud, etc.). Es innegable que tal hecho estaba relacionado al aspecto religioso de la época ya que, para poder predecir el futuro, las pitonisas inhalaban los vapores del oráculo con la finalidad de "comunicarse" con los dioses para que estos les indicaran las medidas a seguir, y a su vez ellas las transmitieran al pueblo de Grecia.

Esto hace pensar que, por lo menos en esa época, el inhalar estaba destinado a los elegidos (obviamente no todas las mujeres podían ser pitonisas del oráculo), y de hecho, tal práctica no era mal vista, por el contrario, era un privilegio del cual gozaban pocas mujeres.

Por otro lado, se hace referencia que es en las últimas décadas que la práctica de la inhalación parece extenderse y entenderse como un mal endémico en el mundo, el cual estaba muy relacionado con el movimiento hippie de los Estados Unidos, ya que es en ésta población donde se concentraba el mayor índice de farmacodependientes, y sobre todo, de inhaladores de solventes industriales alrededor de la década de los 60. Este movimiento, que nació en oriente (templos del Himalaya, Nepal entre otros) y que posteriormente se extiende muy rápido en los Estados Unidos, es considerado por algunos sectores de la población estadounidense como una subcultura o contracultura; su ideología se identificaba con el culto de la poesía, el amor, la amistad, la libertad; los hippies decían que cada uno es "presidente de sí mismo". Relacionado a esta ideología estaba el consumo de drogas, lo que constituía un camino psicológico para liberarse de los condicionamientos de la naturaleza y elevarse en distintos estilos sobre ella (Alonso-Fernández, F. *ibidem*).

Con esto se puede pensar que la inhalación de solventes

industriales, al igual que el consumo de otras drogas, entre los hippies, era una práctica asociada a la ideología de este movimiento oriental y era vista como parte del mismo, es decir, como parte de una subcultura.

Pareciera ser que el momento histórico-cultural, en el que aparece la inhalación de sustancias volátiles de manera profusa, es el que determina la manera en cómo es visto el fenómeno y la importancia del mismo; subrayando que su implosión se ha mantenido en el tiempo pero recayendo ahora en poblaciones marginales, lo cual se hará evidente en páginas posteriores.

Una vez señalados los contrastantes momentos que han cambiado el punto de vista sobre los inhalantes, se revisará en seguida otro aspecto que da pauta de la dimensión del problema en nuestro país: el epidemiológico.

En México, la inhalación voluntaria de solventes químicos se ha venido detectando desde hace más de una década, cuando el consumo de drogas en el país comienza a ser de un modo más abierto (Balsasso, G. ibidem).

Habría que hacer aquí un paréntesis para discutir brevemente el origen de instituciones en el país dedicadas al estudio, atención y prevención de la farmacodependencia, ya que ha sido el medio para atacar el problema.

Quizá sea la extensión del problema de la farmacodependencia en el país lo que origina el surgimiento,

a principios de la década de los 70, del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, (CEMEF) -actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, (IMP)-, con la finalidad de estudiar el problema; y, por su magnitud, a principios de la misma década, el surgimiento de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), para la atención y prevención del mismo. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que el surgimiento de estas instituciones fuera producto de una mera promoción política en su época; esto, debido principalmente a que aún no se contaba con datos a nivel nacional que fundamentaran su creación y sus funciones, porque, como afirma Belsasso (ibidem), el problema se venía detectando en la década de los 60 pero nada más, y aparte, no se tenía una idea de la extensión del problema en ese entonces; además, como se percibe en la literatura, el problema de la farmacodependencia continúa en aumento.

Pero, ¿qué ha pasado con estas instituciones?. Existen dos posibles respuestas al menos, una es que estas instituciones han errado el camino para estudiar, atender y prevenir el fenómeno; la otra, es que el problema las sobrepasa, no alcanzando así los resultados que de ellas se esperaba. Sin embargo, ambas respuestas en conjunción precisan que la farmacodependencia va en aumento en el territorio nacional, por lo que en el momento actual sobran razones para fundamentar la creación y funcionamiento de más

instituciones dedicadas a lo mismo, de hecho, un amplio segmento del sector salud, en combinación con diversos organismos, se dedica al estudio, atención y prevención del problema.

A pesar de las limitaciones evidentes de estas instituciones, será en la década de los años 70 cuando da inicio el estudio específico de el uso de sustancias volátiles con fines de intoxicación en el país.

Cerrando este paréntesis, se continúa con la revisión del aspecto epidemiológico del problema.

La investigación sobre el abuso de drogas desde una perspectiva epidemiológica(*) empezó, formalmente, a principios de la década de los años 70, específicamente en el año de 1972 por parte del Centro Mexicano de Estudios en

(*) Los estudios de tipo epidemiológico tratan siempre con la ocurrencia de una enfermedad específica en una población dada, y buscan definir las partes de la población más susceptibles de ser afectadas por la enfermedad.

Las estimaciones se hacen con base en diversos indicadores, como las tasas de prevalencia en un momento dado, la incidencia y las tasas de incidencia. La prevalencia y la incidencia son las medidas más indicadas para tales estimaciones. La prevalencia es el total del número de casos de abuso de drogas por unidad de población y en un momento (prevalencia momentánea) o durante un periodo definido (prevalencia periódica). La misma dará la magnitud del abuso de drogas en una población. La incidencia es el nuevo número de casos de consumidores que aparecen durante un periodo definido; o sea, es simplemente la representación numérica de nuevos casos en una población total dada, o cuando se trata de la incidencia relativa, la cual está constituida por la tasa de ocurrencia de nuevos casos de consumidores por unidad

Farmacodependencia (CEMEF), primero, los estudios se dirigieron hacia el uso de fármacos en general, entre los que estaban incluidos los disolventes como una de las drogas de estudio, pero posteriormente se llevaron a cabo investigaciones con el fin de conocer la incidencia y la prevalencia de los grupos de inhaladores, en particular de aquellos compuestos por los jóvenes y en los menores de edad, de la población mexicana.

Según resultados de estas investigaciones epidemiológicas, la prevalencia del consumo de inhalables entre la población escolar de 14 a 18 años (en ciudades de más de 100,000 habitantes), que en 1976 asistía a escuelas secundarias y preparatorias de la República Mexicana, es similar a la encontrada en las encuestas de hogares. La media nacional fue de 0.85%, con poca variación en las diferentes regiones del país, a excepción de la que comprende Puebla y Tlaxcala, en donde no se encontró consumo. Esto coincide también con lo encontrado en la encuesta de hogares, ya que la prevalencia de consumo en la Ciudad de Puebla fue la menor entre las entidades estudiadas (Medina-Mora, M. E. *ibidem*).

de población. La incidencia y la prevalencia miden la dinámica de los cambios del abuso de drogas en el tiempo (Natera, G. 1977).

Se hace esta aclaración, debido a que se menciona esta terminología durante la descripción de los estudios epidemiológicos.

En lo que se refiere al consumo entre la población escolar de 14 a 18 años, se encontró un aumento significativo de consumo experimental(**) entre 1976 y 1978 (de 0.9% a 5.6%). En lo que se refiere al uso frecuente, se observó una ligera tendencia a aumentar, pues en 1978, el porcentaje de consumo frecuente fue de 1.52%; en ese año los inhalables ocuparon el primer lugar en el consumo de drogas (anteriormente, en 1976, la marihuana era la droga que más se usaba). El consumo alguna vez en la vida fue de 1.59% y el uso en el último mes, de 1.17%. En 1980, las cifras de prevalencia no disminuyeron ni aumentaron significativamente, presentandose un 4.4% en el consumo alguna vez en la vida y 1.1% en el consumo frecuente. Sin embargo, los inhalables que en 1978 los empleaban más frecuentemente los estudiantes que asistían a escuelas localizadas en áreas de bajo nivel socioeconómico, en 1980, los estudiantes que asistían a escuelas ubicadas en zonas de todos los niveles socioeconómicos obtuvieron la misma tasa de prevalencia, con un promedio de uso experimental de 4% (Medina-Mora, M. E. *ibidem*).

En 1986, Castro, M. E. y cols. (en Medina-Mora, M. E., et al. *ibidem*.), llevaron a cabo otro estudio nacional en el

(**) Más adelante se hablara de los diferentes niveles de consumo voluntario de drogas.

que emplearon la misma metodología seguida en 1976, lo que permitió reconocer las tendencias 10 años después. Se encontró un aumento significativo en el uso experimental (de 0.8% en 1976 a 4.4% en 1986), pero no en el uso regular. En 1986, solamente el 0.9% de los estudiantes informó haberlas usado en el mes anterior al estudio. Nuevamente los disolventes ocuparon el primer lugar en cuanto a extensión del consumo, en comparación con otras drogas.

La extensión actual del consumo entre los estudiantes, y las tendencias que se han observado de 1976 a la fecha, son importantes de considerar puesto que se trata de un tipo de población no afectado en años anteriores. Además, estas tendencias coinciden con las reportadas en otros lugares del mundo por ejemplo Cohen, S. (1981) (citado en: Medina-Mora, M. E., y Castro, M. E. *ibidem*), afirma que la revisión internacional indica que de un grupo homogéneo identificable, el uso de solventes químicos se ha extendido a mujeres de clase media e incluso a jóvenes sin problemas de hogares destruidos.

En 1988, Medina-Mora y cols., realizaron la encuesta nacional de adicciones utilizando la misma metodología que en años anteriores (encuestas de hogares), pero ampliando el rango de edad de la muestra, en lugar de sólo tomar en cuenta a la población escolar de entre 14 y 18 años, ahora se tomó en cuenta a la población urbana (definida como aquella que

habita localidades de más de 2,500 habitantes) de entre 12 y 65 años.

En este estudio, se observó que los inhalables ocuparon el segundo lugar en lo referente a mayor índice de consumo, junto con los tranquilizantes y los estimulantes, y que la marihuana ocupó el primer lugar.

Se encontró también que, en el rango de entre 12 y 34 años de edad, el consumo experimental de solventes fue de 2.10%, y la prevalencia de uso obtuvo un puntaje de 0.89%, siendo en su mayoría usuarios varones.

Cabe aclarar que, la información obtenida a través de encuestas de hogares no cubre a grupos de población en los que hay evidencia de que el consumo de drogas es mayor que el observado en la población que habita viviendas normales, tal es el caso de la población recluida en centros penitenciarios, en centros de protección social para menores infractores, en centros de tratamiento, y en la población sin un lugar fijo de residencia. Aunado a esto, y dado que el consumo de drogas es una conducta socialmente penada, por lo general se considera que las estimaciones de prevalencia obtenidas mediante esta aproximación son conservadoras.

Dentro del aspecto epidemiológico, pero en lo referente a las poblaciones de menores sin un lugar fijo de residencia, las investigaciones posteriores a 1978 implementaron técnicas especiales de muestreo que permiten calcular la prevalencia

en este tipo de poblaciones. De ellas se desprende que de los niños que pasan la mayor parte del día realizando actividades en la vía pública en una zona populosa del sur de la Ciudad de México, el 28% son usuarios de inhalantes y el 22% son usuarios crónicos, con un promedio de consumo de 4 años y con una media de edad de 12.8 años (Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. *ibidem*).

Si se calcula el total de niños que realizan actividades en la vía pública en nuestro país, puede tenerse una idea de la magnitud que alcanza la prevalencia del consumo de solventes entre los menores que no tienen un lugar fijo de residencia.

Continuando con el aspecto epidemiológico, se mencionará ahora lo correspondiente a la población de menores infractores.

En lo que a esta población se refiere, se observa que en un período de 5 años, esto es, de 1974 a 1978, de 26 568 menores entre los 7 y los 17 años de edad, a quienes se acusó de haber cometido algún ilícito, el 10.11% de los hombres, y el 4.57% de las mujeres, ingresaron al consejo tutelar para menores infractores por haberse intoxicado con drogas.

Al llevar a cabo un análisis de los expedientes desde 1971 a 1973, se observó que los solventes eran las drogas que más consumía este grupo, en una proporción de 1.5 usuarios de solventes por cada usuario de marihuana (Medina-Mora, M. E. *ibidem*).

En 1974, por medio de una revisión de 1,060 expedientes de varones y 160 de mujeres que ingresaron al consejo tutelar para menores, se encontro que el 8.32% de los varones y el 3.52% de la mujeres habian ingresado por intoxicación; de estos, el 76% de los menores de sexo masculino y el 89% del sexo femenino, usaban sustancias inhalables y solamente el 16.36% de los hombres y el 11.11% de las mujeres habian usado marihuana (Medina-Mora, M. E. ibidem.).

En 1983, el ingreso por intoxicación al consejo tutelar para menores infractores fue de 168, siendo 154 varones y 14 mujeres, de los cuales 143 hombres y 12 mujeres habian ingresado por intoxicarse con solventes químicos. En el primer semestre de 1984, el ingreso por intoxicación al tutelar para menores fue de 154 menores, siendo 134 hombres y 20 mujeres, de los cuales 75 de los varones y 11 de las mujeres habian ingresado por intoxicarse con solventes industriales.

En 1986, los ingresos al tutelar para menores relacionados con la venta y abuso de drogas fue de 228 sujetos, siendo 207 hombres y 21 mujeres, de los cuales 136 varones y 14 mujeres ingresaron por intoxicación con solventes químicos (Diaz, P. y Valera, R. 1988).

También dentro del aspecto epidemiológico pero con respecto a los pacientes farmacodependientes que han asistido a centros especializados de tratamiento, de

1970 a 1981, se observaron, como drogas de mayor uso entre los pacientes, la marihuana en primer lugar y los inhalantes en segundo. De 1978 a 1981, se observó un incremento del 2.3% en el volumen de pacientes que solicitaron consulta por el uso de inhalantes (Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. *ibidem.*).

En un estudio llevado a cabo en 1986 por Ortiz, A. y cols., donde se aplicaba una cédula de información sobre el consumo de drogas a sujetos que, al ingresar a una de las 21 instituciones de salud y justicia de la Ciudad de México que participaron en esta evaluación, habían respondido afirmativamente a la pregunta "¿ha consumido drogas alguna vez en su vida?" (excluyendo tabaco y alcohol); se encontró que el rango de edad más afectado correspondió a la población adolescente de entre 15 y 19 años, con el 53.7%; que la mayoría de los usuarios de drogas fue del sexo masculino, en proporción de 11 a 1 con respecto a las mujeres; la sustancia que más usuarios reportaron haber utilizado alguna vez en su vida fue la marihuana (63.6%), seguida por los inhalables (57%); en el consumo actual (uso de drogas durante los 30 días previos a la aplicación de la cédula) los inhalables sustituyeron a la marihuana en el primer lugar; los inhalables son usados con mayor frecuencia (número de veces al mes) que las demás drogas; antes de los 12 años de edad los inhalables se usan más frecuentemente que la marihuana.

Además de estos datos, también se observó que el 44% de los entrevistados no tenían empleo fijo y realizaban actividades eventuales o de subempleo; el 29.5% no tenía ninguna ocupación y solamente el 7% de la población que usaba drogas estaba formado por estudiantes. La edad de inicio en el uso de las diferentes drogas fue, en su mayoría, en el rango comprendido de los 15 a los 19 años, siendo la excepción los inhalables cuyo inicio de uso fue entre los 12 y los 14 años. Aunado a esto, el 66.6% de los sujetos informó tener problemas de salud, el 28.5% de tipo legal y el 13.5% de tipo familiar, únicamente el 2% dijo no tener ningún problema relacionado con su consumo de drogas (Ortiz, A. y cols. 1989).

Dentro de la epidemiología en general, Medina-Mora y cols., en 1977 llevaron a cabo una investigación del consumo de sustancias inhalantes en México, y concluyeron, según sus resultados, que el consumo de disolventes se encuentra muy difundido en México y es probable que aumente. Afecta principalmente a la población joven, en especial a la que es menor de 17 años de edad. El consumo en escuelas secundarias y preparatorias es elevado.

En poblaciones de alto riesgo, como lo son las de los centros de rehabilitación social, se observa un porcentaje de consumo mayor que en otras poblaciones, y se presenta más frecuentemente en la población de menores infractores.

La edad que representa mayor riesgo para el inicio en el consumo de estos fármacos es la inferior a los 15 años; sin embargo, en los estudios realizados en centros de rehabilitación social se encontraron altos porcentajes de personas que se iniciaron después de esa edad.

Existen también otros estudios, por ejemplo, La Farga y cols. en 1974, encontraron que la marihuana era el fármaco más consumido en la población de una universidad privada del D.F.; Mier y Teran y Sara Barrasa en 1974, encontraron lo mismo en poblaciones penitenciarias; de la Fuente y cols. en 1972, en un estudio realizado en escuelas preparatorias encontraron que el índice de consumo de inhalantes era mayor al de marihuana (Rubio, S. 1978).

Como puede observarse, la inhalación voluntaria de solventes industriales entre niños y jóvenes con la finalidad de "conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad" (De la Garza, F. y Vega, A. 1988), ha venido aumentando en los últimos años. Chevailli-Arroyo y cols. (1988), consideran que en México, en lo referido a farmacodependencia, el principal problema son los inhalantes, ya que en los últimos hallazgos se ha observado que el número de usuarios entre los niños ha aumentado.

En 1975 Belsasso (ibidem), decía que se venía detectando el uso de solventes industriales en México desde hacía más de una década, lo que hace suponer que en la actualidad el

fenómeno esta casi totalmente detectado, de hecho, se ha descrito brevemente los resultados de investigaciones que se han realizado con la finalidad de establecer si el problema es o no epidemiológico; se piensa que si lo es ya que, como señala Medina-Mora, M. E. y cols. (1984), la inhalación voluntaria de solventes industriales es una consecuencia nada halagadora de la sociedad de consumo de nuestros días, ya que va extendiéndose gradualmente, de tal manera que, a diferencia de la década pasada, su uso no es privativo de grupos marginados ni de jóvenes que provienen de hogares manifiestamente destruidos.

Según los resultados de los estudios epidemiológicos descritos, se pueden observar ciertos factores correlativos al uso de solventes industriales; estos, son los siguientes:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Hogares destruidos.
- Niños que no tienen un lugar fijo de residencia.
- Menores infractores.
- Inicio en el consumo de solventes antes de los 15 años.
- Consecuencia de la sociedad de consumo.

Estos factores son correlativos al uso de solventes porque, según los resultados de estos estudios, el problema esta extendiéndose a otros sectores de la población, con

otras características, a los que antes no llegaba, por lo que no se podría afirmar que estos factores son determinantes para que un sujeto utilice solventes.

Con respecto al último factor mencionado se podría pensar, con bastantes reservas, que es debido al auge que ha tenido, en la industria y en el hogar, la utilización de solventes industriales, por lo que quedan al alcance de niños y jóvenes. Además, si se relaciona a los demás factores arriba citados, se podría pensar que en este tipo de poblaciones no existen alternativas para descargar la tensión generada por el propio estilo de vida, con lo cual la utilización de solventes se convertiría en una alternativa de relajamiento de las tensiones de la vida cotidiana. Esto, tampoco es definitivo porque, como ya se mencionó antes, el problema esta extendiéndose a otros sectores de la población, con características diferentes, a los que antes no llegaba. Habría que hacer un estudio más profundo sobre este tópico para determinar las causas o factores desencadenantes de este problema, ya que la falta de información obliga, a quienes se dedican a este tipo de trabajo, a plantear hipótesis de perogrullo' presa de la ausencia de información, tales como:

- A) La inhalación de solventes industriales afecta principalmente a la población joven menor de 17 años.

B) La inhalación de solventes industriales se da primordialmente en grupos marginados.

C) La inhalación de solventes industriales es probable que aumente.

Estas hipótesis, aunque obvias según los resultados descritos, habría que confirmarlas realizando otro tipo de estudios, abarcando mayor población y quizá, haciendo estudios específicos por regiones y/o estados, y en poblaciones de diferentes sectores, ya que, como se vió al principio de la descripción de estos estudios, en 1976 no se encontro consumo de solventes en los estados de Puebla y Tlaxcala en la población escolar de 14 a 18 años; sin embargo en la actualidad, y siendo probable que el problema aumenta gradualmente; en estas ciudades debe haber consumidores ya que no es una practica aislada de un grupo social o de una región específica, y se registra que, el inicio en el consumo de estas sustancias por parte de niños y jóvenes es, en su mayoría, antes de los 15 años; además se menciona que el problema también afecta a los menores sin un lugar fijo de residencia y a la población de menores infractores, y las dos ciudades, Puebla y Tlaxcala, no escapan a estos fenómenos sociales por lo que, forzosamente, debe haber consumidores de solventes en ambas entidades; pero, como se menciona antes, habría que confirmar esto con base en la realización de otros estudios, más específicos y abarcando a otros sectores de la

población.

Características de los solventes más utilizados con fines de intoxicación(*)**

Pasando a las características de los solventes más utilizados, estos son, en su mayoría, hidrocarburos y cetonas derivados del petróleo como el benceno, el tolueno, el xileno, el hexano, el heptano y la acetona, de cuyas diferentes combinaciones se obtienen los siguientes productos terminales: cementos plásticos, pegamento para modelismo, tintura de zapatos, tiner, activador, y removedores para esmalte de uñas.

Se considera a estos solventes como los más utilizados por los inhaladores, debido a que son fáciles de conseguir, son de consumo habitual en esta población, y por falta de conocimiento de la existencia de otros solventes como el tetracloruro de carbono y el tricloroetileno, que son hidrocarburos clorados derivados del petróleo y que se encuentran en soluciones quitamanchas y sustancias para lavado en seco.

(***) Es necesario decir que al final de este trabajo, en el apéndice A, se encuentra una clasificación general de los solventes industriales así como de las características de los mismos.

Modos de empleo

Los solventes, para su consumo, son colocados generalmente en recipientes especiales con el objeto, por un lado, de evitar su rápida evaporación, y por el otro, para ocultarlos de las autoridades. El recipiente más usado es la bolsa de plástico, donde se vierte el solvente; ya vertido en la bolsa, esta es acercada a la boca y nariz con la finalidad de aspirar o inhalar los vapores producidos por el contenido de la bolsa. También se usan botes vacíos de jugo, cerveza o leche; "muñecos" (trozo de estopa o tela impregnado de tiner o activador); "flautas" (papel periódico enrollado conteniendo estopa o tela impregnada en solvente); o, naranjas a las que se extrae la pulpa y se les introduce una estopa conteniendo el solvente.

La droga se administra de dos maneras:

- Inhalando por la nariz,
- Aspirando por la boca.

Niveles de consumo voluntario de drogas

Existen diversos niveles de consumo voluntario de drogas y sus motivaciones, asociados a los diferentes tipos de consumidores o usuarios.

El primer tipo de usuario de drogas es el de los experimentadores, son básicamente aquellos individuos que

utilizan drogas para intoxicarse por simple curiosidad, pero pasando esta experiencia, deja de ser atractivo su uso.

El segundo tipo de usuario de drogas es el de los sociales u ocasionales, son principalmente aquellos sujetos que sólo consumen drogas cuando están en grupo. Para ellos el consumo de drogas tiene la finalidad de poder pertenecer a un grupo, de rebelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros, o simplemente para seguir una moda.

El tercer tipo es el de los farmacodependientes funcionales o crónicos, son los consumidores que necesitan usar drogas para poder funcionar en sociedad. Se trata de personas que han creado tal dependencia a la droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia, siguen funcionando socialmente y sólo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga en cuestión.

El cuarto y último tipo es el de los adictos disfuncionales, son las personas que han dejado de funcionar en la sociedad debido a su alto consumo de drogas. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirlas y consumirlas. Ninguna otra actividad, persona o grupo resulta interesante para estos sujetos, por lo que se van aislando paulatinamente de la sociedad (Barrera, M. y Chávez, M. 1987).

Estos niveles de consumo voluntario de drogas, se presentan del mismo modo en la población de adictos a los solventes industriales.

Síntomas producidos por la inhalación de solventes industriales

Entre los síntomas clínicos en la intoxicación aguda por inhalantes y por orden de aparición tenemos los siguientes: lenguaje incoherente, desorientación, excitación inicial, trastornos en la coordinación del lenguaje y pensamientos con juicios menoscabados, conducta errática, zumbidos de oídos, estupor después de la fase de excitación, babeo, moco nasal abundante acompañado de estornudos y tos a veces en accesos, náusea, vómito y diarrea, dificultad para ejecutar movimientos musculares coordinados, taquicardia, delirio con alucinaciones auditivas y visuales, convulsiones, inconciencia, coma, y al final de unas horas puede ocurrir la muerte por paro respiratorio, ahogo por aspiración del contenido vomitado o asfixia por entrar en estado de coma con la cabeza dentro de la bolsa de plástico que se utilizó para inhalar el solvente. Todos estos síntomas condicionados con la edad, resistencia física, cantidad y tiempo de inhalación y susceptibilidad de cada individuo a la sustancia inhalada (Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. 1988).

Cada una de estas fases de la intoxicación aguda puede

durar aproximadamente entre cinco y diez minutos o más. Se debe aclarar que muchos inhaladores aprenden pronto a no sobrepasar la "dosis" y a "mantenerse" en el nivel deseado de somnolencia o de alucinaciones, por lo que se transforman en inhaladores crónicos. En ellos no es raro encontrar tolerancia al solvente inhalado, por lo que después de unas semanas o meses, aumentan la "dosis" o cantidad inicial inhalada para alcanzar el "efecto deseado". Además se producen en ellos signos y síntomas característicos, como son fatiga, disminución del apetito, aberración del gusto, pérdida de peso, temblores e irritación de la piel y del aparato respiratorio (Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. op. cit.).

Síntomas psicológicos producidos por la inhalación de solventes industriales

A los síntomas clínicos se suman las alteraciones en la conducta con los cuadros neurológicos y psiquiátricos que determinan cuadros depresivos. La mayoría desencadena patología de tipo esquizofrénico y en otros, cuadros paranoicos, delirio de persecución con agresividad, tendencia a la violación, robar, asaltar, asesinar, o a suicidarse. Además de los desequilibrios mentales, existen problemas de homosexualidad determinados por la promiscuidad a la que se suma lesión de las glándulas endócrinas, especialmente en

testículos y ovarios (Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. op. cit.).

Incluidos en estos síntomas, están los trastornos que sufre la memoria, existe confusión, algunos muestran irritabilidad con agresividad y en general pierden, gradualmente, la coordinación psicomotriz. Al igual que en los síntomas clínicos, los psicológicos están condicionados con la edad, resistencia física, cantidad y tiempo de inhalación y susceptibilidad de cada individuo a la sustancia inhalada (Barroso-moguel, R. y Romero-Díaz, V. op. cit.).

Daños producidos por la inhalación de solventes industriales

La sintomatología neurológica y psiquiátrica es debida a que el tiner produce destrucción de las células nerviosas en forma difusa y progresiva en diferentes lugares del cerebro, cerebelo y médula espinal (que produce principalmente el tolueno), así como degeneración con desaparición de muchas fibras nerviosas perifericas que alteran la sensibilidad y los movimientos (producidas por el hexano). Se trata de lesiones irreversibles en todo el organismo, de mayor o menor intensidad, según el tiempo, la frecuencia y la cantidad del solvente inhalado (Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. op. cit.).

Existen otras complicaciones en el organismo, que se

manifiestan por depresión de la médula ósea, degeneración cerebelosa, daño hepático y renal, degeneración de la retina y del nervio óptico, congestión pulmonar y hemorragias múltiples, anemia, lesión en gónadas con alteración de la espermatogénesis y ovulación y trastornos del ritmo cardíaco.

En un número importante de adolescentes y jóvenes se desarrolla dependencia física y psicológica y si se suspende la inhalación por pequeños periodos de tiempo, se desencadena un síndrome de abstinencia caracterizado por signos de excitabilidad, inquietud, ansiedad, cefalea y dolores abdominales y musculares, entre otros (Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. 1988; De la Garza, F. y Vega, A. 1988).

Razones por las que se utilizan los solventes industriales como droga

Existen varias razones. Cohen, S. (1977), ha descrito algunas de las características que hacen de los inhalantes la droga preferida por los niños y adolescentes. El bajo costo los pone al alcance de los sujetos con mas pobres ingresos. Su fácil disponibilidad en las tiendas o supermercados, ofrece una venta inmediata y sin restricción legal. Además, vienen empaquetados en forma sencilla y práctica, lo que evita sofisticados manejos para su administración.

Si ha esto se agrega que es una droga "potentemente exaltadora del ánimo" y que sus efectos pasan rápidamente (De

la Garza, F. y Vega, A. 1988), se podrá comprender entonces el porque de su uso.

Características del sujeto inhalador

El usuario, por lo general, nace y crece en un medio carente de bienes y servicios, a lo que se suma la secuela de sucesivos abandonos por parte de la madre y, principalmente del padre (Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. ibidem.).

El inhalador se tipifica por su baja escolaridad y por realizar actividades de subempleo en la vía pública, en combinación con actos delictivos, generalmente robos. La mayoría de sus familiares, principalmente la madre, consume alcohol u otras drogas. La edad en que empiezan a trabajar y el destino de su ingreso predicen en forma significativa el uso crónico de solventes en este tipo de población (Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. ibidem.).

En resumen, se puede ver que:

-Existen diferentes tipos de solventes utilizados para inhalar.

-Existen varias formas de empleo para inhalar solventes.

-Existen diferentes niveles de consumo de solventes industriales.

-Los síntomas producidos por la inhalación de

solventes industriales tanto clínicos como psicológicos, aunque son generales, varían según la edad, la resistencia física, la cantidad y tiempo de inhalación y la susceptibilidad del sujeto a la sustancia inhalada.

-Los daños provocados por la inhalación de solventes, aunque también son generales, varían en intensidad según el tiempo, la frecuencia y la cantidad de solvente inhalado.

-Las razones de su uso son el bajo costo, la fácil adquisición y que los efectos pasan rápidamente.

Ahora bien, de las características del inhalador al igual que de los estudios epidemiológicos, se desprenden varios factores asociados a la inhalación de solventes, estos son:

-El usuario nace y crece en un medio carente de bienes y servicios.

-Abandonos sucesivos por parte de la madre y principalmente del padre.

-Baja escolaridad.

-Realiza actividades de subempleo en la vía pública combinadas con actos delictivos, generalmente robos.

-La mayoría de los familiares, principalmente la madre, consume alcohol u otras drogas.

-La edad en que el sujeto comienza a trabajar. Y;

-El destino que da a su ingreso.

Estos factores, aunque se mencionan como determinantes en la descripción, se piensa que también son correlativos ya que, estas características del inhalador sólo probabilizan el que un sujeto con estas características se convierta en inhalador y, fueron obtenidas de los resultados de los estudios epidemiológicos que se han realizado en México; con esto no se quiere restar importancia a las características mencionadas, sino, dejar el espacio abierto para realizar estudios más profundos y amplios, que confirmen si estos factores, conjugados o cada uno por sí sólo, son o no determinantes para que un sujeto se convierta en inhalador.

Aspecto jurídico del problema

En lo relativo a este aspecto, los solventes industriales están catalogados por la federación como sustancias psicotrópicas que representan un problema de salud pública y su producción, venta y uso están regulados por el "REGLAMENTO PARA EL CONTROL DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS POR INHALACION" (publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 15 de enero de 1981). De el cual, citaremos a continuación los artículos y fracciones más relevantes; para, posteriormente, realizar un análisis de los mismos.

En el artículo 2o fracción I, se nombra a las sustancias

que se reglamentan incluyendo, en el inciso a, a los hidrocarburos; en el b, a los hidrocarburos clorados; en el c, a los ésteres; en el d, a las cetonas; en el e, a los alcoholes; y en el f, a los éteres de uso industrial. En la fracción II de este mismo artículo, se mencionan los productos terminales de estas sustancias como son: adelgazadores de todo tipo (incluyendo tineres); adhesivos, incluyendo pegamentos (cementos) para la industria del calzado, pegamentos (cementos) para modelismo, pegamentos (cementos) para el parchado de cámaras de llantas, y pegamentos (cementos) de contacto; aerosol ("sprays") para el cabello; removedores y barnices que contienen cetonas; tintas para calzado; y, desmanchadores para textiles, cueros y plásticos.

En el artículo 5to. de dicho reglamento se establece que: los envases de los productos que contengan sustancias de las que se mencionan en el artículo 2o deberán ostentar la leyenda:

"CONTIENE SUSTANCIAS TOXICAS, CUYA INHALACION PROLONGADA O REITERADA ORIGINA GRAVES DAÑOS A LA SALUD. NO SE DEJE AL ALCANCE DE LOS MENORES DE EDAD".

El artículo 6to. establece que, se consideran como labores peligrosas la fabricación o uso de las sustancias a que se hace referencia en el artículo 2o.

El artículo 19o. establece que, cualquier persona podrá

denunciar, ante la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las violaciones que se cometan en contra de las disposiciones de este reglamento, por parte de establecimientos o individuos que comercien ilícitamente con las sustancias inhalables de efectos psicotrópicos, así como informar de los sitios de reunión de los inhaladores.

El artículo 22o. refiere que los casos de infracción a disposiciones de este reglamento, se sancionaran de conformidad con el artículo 443 del Código Sanitario, con multas de \$500.00 a \$25,000.00. Y;

El artículo 26o. establece que: quedan exentas de toda medida administrativa, las personas que incurran en inhalación fortuita de las sustancias reglamentadas por este ordenamiento. La inhalación habitual o reiterada de las mismas, será motivo de las medidas sanitarias educativas y de rehabilitación correspondientes.

Hasta aquí, se dejan entrever varias cuestiones interesantes, el reglamento viene a cubrir una normatividad que no existía a nivel oficial; debería ser renovado ya que fue expedido en enero de 1981 y le hace falta ser actualizado; por otro lado, hace referencia a casi todas las sustancias psicotrópicas por inhalación, pero le falta incluir al xileno, hidrocarburo utilizado para la obtención del tiner y el activador (producto terminal no mencionado

dentro de la clasificación de este reglamento). Se menciona que los envases de los productos que contengan sustancias psicotrópicas por inhalación deberán ostentar una leyenda específica, lo cual no se cumple en todos los casos, por ejemplo, en los aerosoles o el activador vendido al menudeo en tlapalerías y/o comercios similares. También se menciona que, además de la etiqueta referida, deberá hacerse mención de los antidotos que deban utilizarse en caso de intoxicación, y esto le falta a muchos productos.

En este reglamento se establece la prohibición de su venta a menores de edad, cosa que no es cumplida por los pequeños expendedores; además, existen personas adultas que, al poder adquirir estos productos, trafican ilícitamente con ellos, incurriendo así en un delito contra la salud, pero difícilmente son sancionadas. También se establece que cualquier persona puede denunciar las violaciones que se cometan en contra de lo dispuesto por este reglamento, sin embargo, poca gente lo hace, en su mayoría por desconocimiento de esta reglamentación, y en parte por temor a las represalias que posiblemente sufrirían si denunciaren uno de estos ilícitos.

Las multas con las que se sancionan las violaciones a este reglamento resultan, en la actualidad, obsoletas debido a que es demasiado bajo el monto de las mismas y, por lo tanto, no crean el temor necesario para que la gente no

incurra en estas violaciones; sin embargo, actualmente el tráfico ilícito de estas sustancias es considerado como delitos contra la salud, y dependiendo de la magnitud del comercio ilícito y del tiempo que se tenga violando las disposiciones de este reglamento se castiga, a veces con privación de la libertad sin alcanzar fianza o con multas, las cuales van en relación con el salario mínimo vigente en la Ciudad de México.

Por otro lado, se menciona que quedan exentas de toda medida administrativa, las personas que incurran en inhalación fortuita de las sustancias reglamentadas y que, la inhalación habitual o reiterada de las mismas, será motivo de las medidas sanitarias educativas y de rehabilitación correspondientes; con esto se deja ver que el inhalador no es considerado como delincuente y que no es delito el inhalar solventes industriales, ya que, como se menciona en el artículo 6o. el uso o fabricación de estas sustancias sólo se considera como labores peligrosas.

Con lo anterior, se puede observar que este reglamento sólo tiene la función de sancionar lo relacionado con la producción y venta ilícita de solventes industriales así como su inhalación reiterada, dejando de lado lo concerniente a las medidas necesarias para la prevención del problema.

C A P I T U L O I I

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INHALACION EN EL MUNICIPIO DE LEON, GTO

Descripción de la Ciudad de León, Gto.

Es necesario mencionar que la principal razón para analizar el problema en ésta ciudad y realizar su descripción se debe a que fue en este municipio donde se tuvo la oportunidad de trabajar con jóvenes y niños farmacodependientes -sobre todo inhaladores de solventes-, con sus familiares y en diversas colonias con grupos preventivos; esta actividad se llevó a cabo durante 11 meses en el Centro de Atención y Prevención Integral A.C. (C.A.P.I.), con lo cual se pudo dar cuenta de la extensión, la magnitud y las características del problema. De ahí el interés sobre el fenómeno en ésta región en particular.

La Ciudad de León, tiene una población calculada de 1,065,000 habitantes, de los cuales por lo menos 400,000 se encuentran entre los 9 y los 24 años de edad.

Los habitantes se encuentran diseminados en unas 350 colonias a las que se suman otros asentamientos habitacionales irregulares. En el área urbana se encuentran 52 colonias, de estas sólo 30 cuentan con una urbanización completa.

Las posibilidades de educación básica y media-básica se reducen a 369 primarias, 84 secundarias y 9 escuelas técnicas entre oficiales y particulares, que de ninguna manera satisfacen las necesidades educativas de la población en edad escolar.

En León, se presenta el problema de la marginación social, la cual se gesta de diversas maneras:

a) Como producto de la misma sociedad.- Existen colonias (la mayoría de ellas) que no han logrado un desarrollo urbano adecuado, como ejemplo se tiene, por un lado, el barrio del coecillo y el barrio de San miguel que datan desde antes de 1576, cuando aún eran asentamientos chichimecas y que a pesar de haber apoyado el desarrollo económico de León, actualmente son colonias marginadas; por el otro, tenemos la joya y satélite que por ser asentamientos (relativamente) nuevos, no cuentan con los requerimientos urbanos necesarios para su desarrollo y, aunque actualmente ayudan al desarrollo económico de León (fuerza de trabajo) continúan siendo colonias marginadas como desde su inicio.

b) Desigualdad económica.- La variación del ingreso per cápita varía desde medio salario mínimo hasta 25 veces el mismo. La oferta de empleo es mas o menos amplia, sin embargo la capacitación para el trabajo es deficiente.

c) Centralismo.- La mayor parte de los bienes y servicios se encuentran en la zona urbana.

d) Inmigración.- Se contempla que hay 150,000 habitantes más en las zonas aledañas al área urbana, a esto hay que agregar la inmigración de campesinos que buscan nuevas opciones de subsistencia.

e) Familia.- Se da en León un fenómeno importante, la familia leonesa por lo general es una familia estructurada aunque en muchos casos -en especial la familia del inhalador- es disfuncional. (datos proporcionados por el Centro de Atención y Prevención Integral, A.C. de León, Gto.). Varios de los aspectos aquí mencionados se pudieron constatar en la población con la que se trabajó directamente y con diversas observaciones y trabajos comunitarios en distintas colonias, tanto céntricas como de la periferia de la Ciudad.

León, ciudad industrial

A lo largo del siglo, León ha experimentado un gran crecimiento en la industria y el comercio por ser punto estratégico de intercambio entre norte y sur de la república.

Actualmente, esta ciudad posee el mayor auge fabril de la entidad, existiendo alrededor de 4,000 fabricantes de calzado de los cuales, el 50% son microindustrias o talleres. Se emplean a 110,000 obreros directos, sin incluir a las industrias proveedoras y afines como la curtidora, química, metal-mecánica, hulera, además de comercios y servicios en relación.

Esto hace de León la principal fuente de empleo y desarrollo económico de la región.

El crecimiento constante de las industrias zapatera, curtidora y de accesorios de piel, ha ido acompañado paralelamente de un incremento en las ramas química, de acabado de madera, fabricación de muebles, así como del manejo de pinturas y pigmentos.

Entre los solventes químicos más utilizados en la industria de León, están:

a) En el calzado y accesorios de piel: cemento, tiner, activador (conocido en León como agua de celaste), pigmentos, sprays, removedores y lacas.

b) En la elaboración de piel y curtiduría: pigmentos, barnices, lacas, acetonas y adelgazadores, entre otros.

c) En la elaboración de sombreros: principalmente agua de celaste y pegamentos.

d) En la fabricación de muebles: pegamentos, tiner y barnices.

e) En diversos talleres de reparación: pigmentos y distintas sustancias químicas.

f) En la industria química: todo tipo de solventes industriales. (datos proporcionados por el Centro de Atención y Prevención Integral, A.C., de León, Gto.).

activador y el tiner en la industria curtidora y zapatera de esta ciudad, se inició en los años de 1962 y 1963; se extendió con gran rapidez, ya que fueron sustitutos de otras sustancias que restaban calidad y presentación a los artículos de piel (Berriel-González, R.E., y Luna, J.A. 1988).

Tomando en cuenta lo descrito líneas arriba, se deja entrever la gran cantidad de obreros que están en contacto directo con los solventes químicos en función del trabajo que desempeñan en esta industria, por ejemplo, las adornadoras y los embarradores por mencionar a algunos; estas personas están expuestas a la inhalación involuntaria de sustancias químicas por periodos de 6 a 8 horas diarias, y carecen de los más elementales medios de seguridad; es decir, no hay adecuada ventilación, no hay extractores de aire y tampoco utilizan mascarillas de seguridad (esto último algunas veces por negligencia del patrón para adquirirlas, otras veces por negligencia del obrero para usarlas, y la mayoría de las veces por desconocimiento de los daños por parte de ambos).

De lo anterior se desprende que un gran número de trabajadores son inhaladores involuntarios, con una alta probabilidad de convertirse en inhaladores voluntarios; dada la frecuencia de la inhalación involuntaria y la tolerancia a los solventes desarrollada por su situación laboral.

Lo cual se corrobora en un estudio realizado en esta ciudad por Berriel-González, R. E., y Luna, J. A. (1988) en el que se encontró que más del 90% de la muestra estudiada admitió haber experimentado efectos agradables como resultado de su trabajo con acceso a inhalantes, y sólo menos del 10% manifestó haber sentido algunos síntomas molestos derivados de la inhalación involuntaria constante como son: náusea, cefalea, vómitos, ardor de ojos, mareos, sensación de ligereza, tos, debilidad y visión borrosa. Estos investigadores concluyeron, según sus resultados que: "la aceptación de que existe la necesidad de inhalar una vez concluido el horario de trabajo, es demostrativo de que el simple acceso a inhalantes sí puede desencadenar la dependencia de ellos, aun cuando no exista mayor problemática en la personalidad del individuo".

Características generales de la inhalación voluntaria en la Ciudad de León, Gto.

Se reporta de la Dirección de Seguridad Pública que de los detenidos en 1987 por delincuencia juvenil (el número ascendió a 2 500), 750 fueron detenidos en estado de intoxicación -las edades fluctuaron entre los 9 y los 18 años-; el 93.8% fueron del sexo masculino y el 6.2% del femenino.

En 1988, las detenciones bajaron a 577 de las cuales, 449 ingresaron en estado de intoxicación, situándose en el mismo rango de edad y siendo, el 97.8% del sexo masculino y el 2.2% del sexo femenino. Cabe aclarar que tal vez haya bajado, tan drásticamente, el índice de detenciones en este año debido a que, por falta de elementos policíacos como de unidades de servicio y vigilancia, no se cubre toda la ciudad ni las zonas apartadas de este municipio, por lo que una parte de la zona urbana marginal queda totalmente desprotegida o protegida muy de vez en cuando (sobre todo la desprotección se da en las colonias nuevas y, desgraciadamente, en ellas se ha constatado la presencia del problema de la inhalación de solventes), con lo que las detenciones por intoxicación con solventes en la vía pública se reducen. Sin embargo, no deja de ser interesante observar que los 449 detenidos en estado de intoxicación, representan el 73.9% del total de aprehensiones en este año; con lo cual, se da cuenta que la policía de esta localidad dedica una parte mayoritaria de su tiempo a cuestiones relacionadas con la inhalación de solventes industriales.

Además de lo anterior, habría que agregar que en algunas ocasiones los policías no llevan a los detenidos a los separos por varias razones, una de ellas la clásica "mordida" (se denomina así al hecho de dar dinero a los policías para evitar la detención del inhalador), otra, la petición de

familiares y vecinos del inhalador detenido, pugnando por que no se lo lleven; y otra (cosa que no debería de pasar), los policías no los llevan a los separos por el gasto de gasolina que representa el dar una vuelta hasta la Dirección de Seguridad Pública, la cual queda ubicada en las afueras de la ciudad; esto sería irrelevante pero la mayoría de los policías piensan así, ya que sólo les dan 30 litros diarios de gasolina para estar vigilando 24 horas continuas y realmente esa gasolina no les alcanza; por eso piensan en si llevar o no a los separos a un detenido por inhalar sustancias químicas en la vía pública.

Otro dato importante de la Dirección de Seguridad Pública es que, existen alrededor de 100 pandillas de aproximadamente 30 a 50 integrantes cada una, que van de los 9 a los 26 años, sin descartar pandillas de niños de entre 6 y 8 años, ni integrantes mayores de 26 años. El número de integrantes por pandilla es variable ya que no siempre se juntan todos, ni siempre se reúnen los mismos.

La mayoría de estos pandilleros se droga utilizando solventes industriales, algunos pastillas (psicotrópicos y barbitúricos) con cerveza, y otros marihuana; una mínima parte (de los que se drogan), utilizan la droga "que caiga", es decir, lo que haya en el momento; y una buena parte, combina las drogas arriba mencionadas. Un dato relevante es que en estos grupos puede faltar cualquier droga pero nunca

solventes, porque además de baratos son muy fáciles de conseguir.

Hay que destacar que, por lo menos, el 50% de los integrantes de estas pandillas delinquen para conseguir la droga de uso, siendo en su mayoría robos.

Características del inhalador leonés

El inhalador leonés pertenece al estrato social más bajo y marginado; la mayoría de los inhaladores comenzó a estudiar la educación primaria pero desertó en los primeros años; la mayoría desertó de la escuela por trabajar y/o drogarse. La mayoría de los inhaladores pertenecen a familias estructuradas disfuncionales, donde la falta de comunicación entre sus miembros y, por ende, de "una buena relación familiar" es muy notoria; el padre es alcohólico y/o ausente parcial o total y la madre es sobreprotectora. En varios casos se da el hecho de que el sujeto inhalador tenga padrastro o madrastra, presentando desapego a estas figuras. La edad de inicio del inhalador leonés fluctúa entre los 12 y los 14 años, sin descartar casos en los que el comienzo se da a los 6 u 8 años, o después de los 14 años. Además, relacionado al uso de solventes industriales, están los actos delictivos, en su mayoría robos.

El inhalador leonés, presenta la singularidad de que estando en grupo o pandilla, hace uso de otras drogas como

son la marihuana y las pastillas con cerveza, combinando estas con los solventes.

El solvente más utilizado por estos inhaladores es el agua de celaste, el cual está conformado por un 90% de tolueno y un 10% de otras sustancias; pese a la baja volatilidad de este solvente, la duración prolongada de sus efectos lo convierten en una de las sustancias preferidas por estos inhaladores. El que sigue como solvente más utilizado es el resistol 5000 y en tercer lugar están varios como son: tinturas para zapatos, lacas, barnices, etc. (datos obtenidos mediante observaciones del autor de este trabajo).

Haciendo también un resumen de esta información, se puede apreciar que en la Ciudad de León, Gto.:

1. Existe el problema de la marginación social y la desigualdad económica.

2. Dado el tipo de industria muchos son los obreros que, al estar en contacto directo o indirecto con solventes industriales, son inhaladores involuntarios con una alta probabilidad de convertirse en inhaladores voluntarios.

3. Las características que prevalecen en el inhalador voluntario son, el bajo nivel socioeconómico, la baja escolaridad, el pertenecer a una familia estructurada disfuncional donde el padre es alcohólico o ausente parcial o total y la madre es sobreprotectora. La edad en que comienzan

a inhalar estos sujetos es, por lo regular, entre los 12 y los 14 años; estando en pandilla o grupo el inhalador combina varias drogas; y, el solvente más utilizado por este inhalador es el activador.

Además de lo anterior, se pudo constatar que el problema de la inhalación de solventes industriales en ésta ciudad es grave, está muy difundido y arraigado entre niños y jóvenes, y va en aumento ya que, entre enero y abril de 1989, se comenzaron a detectar casos de inhaladores voluntarios entre alumnos de escuelas primarias y secundarias en las que antes no se había presentado el fenómeno. Aparte de esto, existe el dato (según el C.A.P.I.) de que, por lo menos 20,000 sujetos son farmacodependientes y, en su mayoría, lo que utilizan para drogarse, en forma crónica, son solventes industriales, con lo cual el problema cobra mayor importancia.

Consecuencias psicosociales de la inhalación de solventes industriales en el municipio de León, Gto.

Es necesario mencionar que a nivel nacional no se abordó este rubro sobre las consecuencias psicosociales derivadas de la farmacodependencia, debido a que las condiciones psicosociales de cada región del país difieren mucho de una zona a otra. Lo cual dificulta el tener una visión amplia sobre el particular ya que, para que se de una

condición psicosocial específica en una región dada, entran en juego muchos factores que, en conjunto, determinan el establecimiento de esa condición psicosocial única en el país (e incluso en el mundo). Y habría que decir que, en la comunidad leonesa, la farmacodependencia es un factor de mucha reelevancia dentro del interjuego de factores sociales que en esta localidad se presentan; por lo que aquí resulta necesario revisar este tópico, con la finalidad de tener una idea más global sobre la dinámica psicosocial que en este municipio prevalece.

A raíz del aumento gradual de la inhalación voluntaria de solventes industriales, en este municipio, se han generado varios fenómenos de tipo psicosocial, a saber:

-La población, ante el aumento de las actividades delictivas derivadas del uso de solventes con fines de intoxicación, presenta cierto temor a recorrer diferentes zonas de la ciudad, debido principalmente a que tienen la idea de que serán asaltados (cosa que sucede frecuentemente, sobre todo en zonas marginadas).

-Curiosamente, en las zonas de nivel socio-económico bajo, la gente ve el inhalar como algo parecido a tomar bebidas alcohólicas, es decir, como algo poco modificable o hasta "natural" (como parte de la propia cultura o sociedad en la que viven).

-En los estratos sociales más marginados, no se tiene la idea de educación media superior o más, debido primordialmente a que estas zonas están constituidas por obreros de la industria zapatera y la aspiración final es ser obrero. Además de que comienzan a trabajar a temprana edad, dejando así la educación primaria, o en el mejor de los casos, la educación secundaria; si a esto se añade el problema de la inhalación involuntaria (generada por el propio trabajo del obrero) con altas probabilidades de convertirse en voluntaria, el resultado es, tomando en cuenta el daño cerebral provocado por la inhalación de solventes, la reducción de las capacidades mentales para continuar la educación escolar a ritmo normal, con lo que este tipo de población, si tuvo el deseo de regresar a la instrucción formal y fracasó por lo arriba señalado, difícilmente logra obtener un grado de estudio superior a la educación media básica.

-Cada vez la población joven está más enajenada por el uso de solventes (hay que recordar que al no contar con alternativas de recreación, el joven puede optar por la utilización de solventes como sustituto a esa falta de alternativas), con lo que la creatividad, la superación personal y social y la generación de cultura, se ven mermadas en grado extremo.

-Cada día se nota más el descenso en la productividad laboral de la rama obrera, debido a la inhalación involuntaria y voluntaria de solventes que se presenta en este sector social.

-Cuando se presenta el problema de la inhalación voluntaria de solventes por parte de un miembro de "X" familia, la interrelación y comunicación entre los integrantes de la misma se ve afectada, se agudizan otros problemas y, en la mayoría de los casos, la particular problemática emocional de esta familia tiende a girar en torno del que se droga.

-Cada vez es más difícil que se de el desarrollo comunitario en las zonas marginadas, debido a que cada familia se preocupa de su problemática particular en torno al uso de drogas por parte de alguno(s) de sus integrantes (datos obtenidos mediante observaciones del autor de éste trabajo).

Además de esto, se pudo corroborar que:

-Los elementos operativos de la Dirección de Seguridad Pública de ésta ciudad, dedican el 40% de su labor a actividades relacionadas con la detención de jóvenes y/o niños que incurren en la inhalación voluntaria de solventes (léase riñas, asaltos, robos, violaciones, inhalar en la vía pública y tráfico y venta ilícita de solventes químicos).

Por lo anterior, se puede observar que el costo social en este municipio, debido a la inhalación voluntaria e involuntaria de solventes industriales es muy alto.

Se pasará ahora a revisar lo referente a la cuestión jurídica en este municipio.

Aspecto jurídico del problema en la Ciudad de León, Gto.

En lo que a esto respecta, esta ciudad se rige por el reglamento expedido por la federación en 1981 (analizado en el capítulo anterior), ya que no existe un reglamento estatal o municipal que controle la fabricación, venta y uso de solventes. Sin embargo, debería existir un documento estatal o municipal que reglamentara estos rubros en la región ya que el problema, por las características de la Ciudad de León, y aunque existan semejanzas entre esta población y la de otras entidades del país (en cuanto a inhalación de solventes se refiere), es diferente en su contexto social, laboral y cultural.

Explicación psicológica del fenómeno de la inhalación voluntaria de solventes industriales en el municipio de León, Gto. mediante la teoría del balance cognoscitivo de Heider

En lo que a este apartado se refiere, habría que mencionar que en la literatura sobre farmacodependencia, por lo general, no se lleva a cabo la explicación psicológica del

fenómeno, cuando menos en lo tocante al uso de solventes inhalables; es decir, sólo se mencionan los posibles factores psicosociales que pudieran estar relacionados con el problema y/o las características del inhalador, sin especificar como se presenta el mismo psicológicamente. De ahí que en el presente trabajo se aborde este aspecto por considerarse de importancia para la disciplina.

Para poder introducirse al tema, cabría mencionarse que a pesar de existir diversas aproximaciones teóricas para la explicación del fenómeno, aquí se utilizará la teoría del balance cognoscitivo de Heider. Si bien esta teoría fue desarrollada en 1946, no ha perdido actualidad ya que, por lo menos en esta región del país, se adecúa suficientemente bien a la presentación del fenómeno, lo cual podrá evidenciarse más adelante. Como dato importante, hay que recordar que para la aplicación práctica de la Psicología, se debe adaptar la teoría al problema a evaluar o resolver y nunca al contrario (se ha observado que cuando esto no está claro, se trata de acomodar el problema a alguna teoría en particular constituyendo, de entrada, un grave error que en el quehacer diario profesional no debe ser permitido).

La teoría del balance cognoscitivo desarrollada por Heider, ha sido clasificada dentro de las teorías de la consistencia, ya que su explicación se centra en cómo los

sujetos alcanzan un estado de balance (García, B. y cols. 1982).

Heider, utiliza el paradigma de interacción "p-o-x", en el cual, el sujeto "p" observa la acción "x" que el sujeto "o" ha efectuado, y de acuerdo a las características tanto de "p" como de "o", se establecerá en "p" un equilibrio o desequilibrio cognoscitivo.

Partiendo de que la influencia social ejercida sobre los individuos es un factor importante a considerar ante la toma de decisiones -en éste caso en la decisión de inhalar solventes-, habría que observar que el ordenamiento de la conducta individual suele adaptarse a la estructura del grupo (ya sea familiar o social); y se lleva a cabo mediante ciertos actos que se llaman sanciones. Estas adoptan la forma de multas, castigos recompensas o elogios; dichas sanciones pueden condicionar la conducta a nivel de la autoridad reflexiva (la conciencia misma), a nivel de la autodefinition (definición de sí mismo), o a nivel de la conducta racional calculada (razonamiento reflexivo). Sea cual fuere, su función es la de reducir los impulsos heterogéneos y variables del individuo a las pautas de acción -como la decisión de no inhalar- que se consideran útiles dentro de la estructura familiar.

Algunas de estas sanciones, son consecuencia de que el individuo dependa del producto de la familia u otro grupo

social, y tienden a ser definidas claramente en función de los roles específicos. La persona que desempeña el rol de jefe de familia tiene el "derecho" de sancionar (correr de la casa, castigar, etc.) a la persona que no cumplió ciertas normas preestablecidas, como el no cumplir el no inhalar.

Estas sanciones, claramente definidas, dependen de la necesidad que tiene el individuo del producto social de tales grupos, y se llaman sanciones formales; por ejemplo, pérdida de la libertad por inhalar en la vía pública, el rechazo social por parte de los que no inhalan, y otras similares.

El proceso social es a menudo para el miembro del grupo un fin en sí mismo, es decir la participación en el proceso del grupo sirve a las necesidades del individuo; y por eso el cambio o la amenaza de cambio en su relación con el grupo puede tener el poder de ordenar su conducta. Las reacciones espontáneas de un grupo hacia un individuo pueden volver a ponerlo automáticamente en línea con el sistema de roles y con las normas del grupo.

El rechazo personal que aparta por la fuerza a un individuo del proceso social, puede ser tan coercitivo como cualquier multa o castigo, si el proceso social es una función del grupo para el individuo en cuestión. Inversamente, la aceptación e identificación como miembro completo del grupo hará que la persona "lo piense dos veces" antes de provocar el rechazo, en este caso antes de inhalar o

no solventes; las sanciones positivas y negativas son "caras opuestas de la misma moneda". Precisamente porque nos identificamos con nuestra camarilla de amigos, tememos su rechazo, sanciones como esta que no están codificadas ni olvidadas, porque son espontáneas, se llaman sanciones informales; por ejemplo, "el señalamiento social por inhalar" (Greer, S. 1976).

En la sociedad humana, la importancia de las posiciones de status radica en que las normas que sostienen, posibilitan a las personas para entrar y salir de grupos, sin que el sistema de relaciones de cada grupo pierda mucho en estabilidad y orden.

Por otra parte, los sistemas sociales tienen gran importancia en la formación de actitudes, particularmente aquellas que los demás tienen hacia el individuo y las que éste tiene de sí mismo (Lindgren, H. 1979).

Ahora bien, tomando en cuenta la teoría de Heider, F. se tratará de explicar psicológicamente el fenómeno de la inhalación de solventes industriales, basándose en su modelo del equilibrio, el cual consiste en la formulación de una serie de triadas, con las que intenta aclarar la conducta social.

El concepto de equilibrio es un comportamiento (o la interpretación de un comportamiento) que se puede observar

casí en todo momento: en la calle, me gusta un objeto de un escaparate, quiero comprarlo y sería muy feliz si pudiera; por el contrario, si no pudiera, me sentiría muy decepcionado. En el primer caso la situación se llama "equilibrada"; en el segundo caso, no. Puede intervenir otra persona: yo sería feliz ofreciendo este objeto a alguien que quiero y que le gustará... espero; si no, me molestaría bastante, y la situación sería "desequilibrada".

La idea de que los sujetos poseen una psicología ingenua, que les permite desarrollar una visión coherente de su entorno, puede situarse en el origen de la noción del equilibrio de Heider.

Más precisamente, en el campo social del sujeto, un primer proceso permite atribuir una valencia positiva o negativa a cada elemento del campo. Un elemento es bueno o malo, agradable o desagradable, digase: "positivo" o "negativo".

Se tiene entonces un conjunto de puntos positivos o negativos.

En el ejemplo del objeto que me gusta; se tiene:

-un objeto positivo (me gusta), $x+$,

- "yo", persona positiva, $p+$;

por consiguiente, dos elementos positivos juntos, $p+$ y $x+$.

Cualesquiera que sean los componentes, el conjunto

constituido por los elementos del campo social con sus valencias positivas y negativas es agradable para el sujeto, y esta valencia de la situación puede tener efecto sobre su comportamiento.

Por ejemplo, si yo hubiera comprado un objeto que no me gustara, la persona positiva, p , estaría ligada a un objeto negativo, x . Esta oposición es desagradable mientras que p^+ y x^+ era agradable.

El modelo del equilibrio trata de definir las reglas que dan la valencia de una situación cuando se conocen las valencias de sus componentes. Se puede entonces determinar la significación positiva o negativa del campo social del sujeto por el sujeto mismo.

Vocabulario.

En el conjunto de las relaciones posibles entre los elementos del campo social del sujeto, Heider no distingue más que dos relaciones U y L .

L : actitud, "se entenderá por actitud la relación positiva o negativa de un individuo ' p ' con otro individuo ' o ', o también con una entidad impersonal ' x '".

Ejemplos de relación L : querer, estimar, etc.

U : unión, por ejemplo: proximidad, causalidad, posesión, etc.

La relación positiva será expresada L ó U; la relación negativa será expresada -L ó -U.

Tomando de nuevo el primer ejemplo: nuestro sujeto "p" quiere el objeto "x", este objeto "x" tiene una valencia positiva para él, una relación L de "p" a "x" será positiva (pLx). Si "p" compra "x" y lo posee, tendrá también una relación U positiva (pUx). Cuando una segunda persona "o" interviene, teniendo una valencia positiva para "p" (pLo), y "p" le ofrece el objeto "x" (oUx) esperando que le gustará, se tiene:

pLo, pLx y oUx con oLx.

Una vez traducida la situación en términos relacionales, se puede definir su equilibrio.

Hipótesis.

Se resumen como sigue las tres definiciones del equilibrio que proponer Heider (1946).

H-1: el sujeto es una entidad.

El sujeto "p" está unido a él mismo (pUp), se quiere a sí mismo (pLp), y trata de unirse a los que quiere (pLo => pUo). No quiere aquello a lo que no está unido y reciprocamente (p -Lo <=> p -Uo).

Se puede representar un caso conforme a esta definición por un esquema (fig. 1).

Nota: Las relaciones L positivas serán representadas por una flecha de trazo continuo, las relaciones L negativas por una flecha de trazo discontinuo.

La relación U correspondiente a la noción de pertenencia al mismo conjunto se expresa por el diagrama utilizado para representar un conjunto. pUx significa que "p" y "x" pertenecen al mismo conjunto.

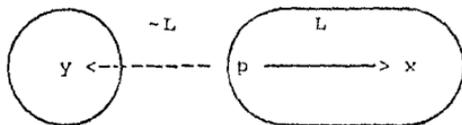


Fig. 1

$$p-Uy \Rightarrow p-Ly, y$$

$$pUx \Rightarrow pLx.$$

H-2: dos entidades religadas a "p".

"Hay equilibrio si todos los componentes de una misma unidad tienen las mismas características dinámicas (es decir, si son todos positivos o todos negativos) y si las entidades de caracteres dinámicos diferentes están separadas las unas de las otras".

Los "componentes de una misma unidad" son todos elementos de un conjunto que comprenda o no "p", tales que, para "p", existen entre ellos relaciones U positivas.

Las características dinámicas son entonces los signos de las relaciones L precedentes de "p".

Por ejemplo:

si oUx y pLx , entonces pLo ,

si pLo y pLy , entonces $o-Uy$.

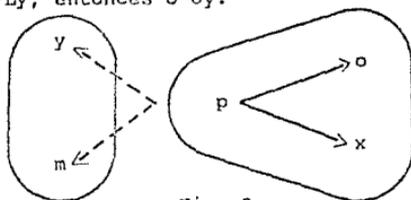


Fig. 2

H-3: cuando no hay equilibrio.

"... las fuerzas tendentes al equilibrio van a hacer su aparición. Habrá modificación, ya sea de las características dinámicas, ya sea de las relaciones de unión por la interpretación de la acción o de la reorganización cognoscitiva. Si no hay cambio, el estado de desequilibrio acarreará una cierta tensión".

"La totalidad de los ejemplos se refiere al espacio vital de "p", siendo esto válido lo mismo de oLp , que significa por consiguiente: "p' piensa que 'o' quiere o admira a 'p'".

Propiedades de las relaciones.

Reflexividad. Para L como para U, se tiene: pLp y pUp .

Simetría. Por definición se tiene $pUo \Rightarrow oUp$ y recíprocamente (si "o" está unido a "p", "p" está unido a "o").

"Desde un punto de vista lógico, pLo es una relación no simétrica, pero dicha relación tiende a serlo desde el punto de vista psicológico".

Dicho de otra manera, lógicamente pLo no supone que oLp , pero psicológicamente sí.

Transitividad. De la misma manera, pUo y oUx atraen pUx (transitividad de la relación U) y, "desde un punto de vista lógico, L no es transitiva, pero existe una tendencia psicológica a hacerla transitiva...".

Psicológicamente, pLo y oLx atraen a plx .

La positividad o negatividad de las relaciones L y U se extienden por todos conceptos. Es decir, que mLo y mUo por ejemplo sí y solamente sí para todas las significaciones posibles de L y de U, pLo y pUo son verdaderos. No se han dado todas las significaciones posibles de L y de U, pero se ve que se trata en cierto modo de todas las relaciones afectivas para L y de todas las relaciones que expresan un contacto seguido por U.

Se observa que la idea de equilibrio es muy simple: el sujeto reagrupará psicológicamente los elementos que quiere por un lado y los elementos que no quiere por otro, y recíprocamente; hay la misma actitud para los elementos

reagrupados.

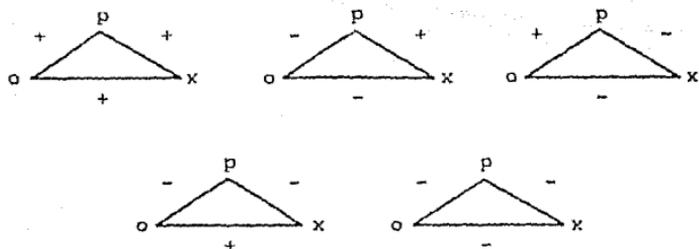
Dada la riqueza de interpretación de las dos relaciones L y U se puede fácilmente utilizar el modelo para describir un gran número de situaciones. Lo que, por cierto, permite reducir a un sencillo esquema todas las situaciones a consecuencia de las múltiples significaciones psicológicas de ese esquema.

Por ejemplo:

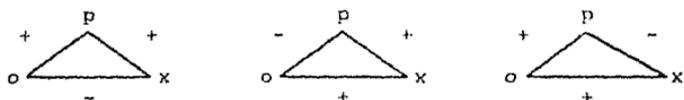
pLo y pUo: "p" quiere a las personas que se le parecen, o está inclinado a imitar a las personas que admira, o se complace en pensar que las personas a las que quiere se le parecen.

pLo y oLx y pUx: "p" quiere a "o" porque "o" ha admirado la conducta de "p", o "p" quiere que su amigo "o" quiera su obra, o "p" pretende que sus amigos lo admiren (Léonard, F. 1975).

Como nota adicional, para el análisis de relaciones triádicas (como en el caso de dos entidades religadas a "p", revisado anteriormente), se tienen estados balanceados cuando las tres relaciones son positivas o negativas, o existen dos relaciones negativas y una positiva. El estado de desbalance se produce cuando existen dos relaciones positivas y una negativa, como se representa a continuación:



relaciones balanceadas



relaciones desbalanceadas

Fig.3 Diagramas que representan estados equilibrados y desequilibrados y describen las relaciones entre un individuo (p), otra persona (o) y un objeto (x) (Lindgren, H. ibidem.).

Observando que bajo la óptica del modelo heideriano la dinámica psicosocial esta dada por la interacción entre entidades que pueden mantener un estado de balance cognoscitivo, pueden segregarse unas de otras o puede establecerse un estado de desbalance cognoscitivo. Y, retomando los factores sociológicos y psicológicos (antes revisados) que se presentan en el municipio de León, Gto.; e

continuación se presenta el reporte de la investigación realizada en ésta ciudad entre 1988 y 1989.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se explica psicológicamente el fenómeno de la inhalación de solventes industriales tomando en cuenta el proceso de equilibrio o desequilibrio cognoscitivo que sufre un sujeto ante la decisión de inhalar o no, dado por la interacción entre las distintas entidades que constituyen la dinámica psicosocial prevaleciente en esta región?

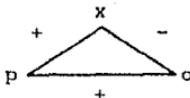
HIPOTESIS

El fenómeno de la inhalación voluntaria de solventes industriales en la Ciudad de León, Gto. con base en los datos antes mencionados referentes a las condiciones de vida prevalecientes en la localidad, en la influencia social ejercida sobre los individuos ante la toma de decisiones, y en la teoría de Heider, que ayuda a comprender mejor el proceso de equilibrio o desequilibrio cognoscitivo que se da en el sujeto ante la decisión de inhalar o no hacerlo; puede ser explicado mediante las siguientes hipótesis:

III. A la situación en que un adolescente de clase baja (al que se denominará José), cuyos padres desaprueban la inhalación de solventes, y él joven decide inhalar; se le llama desequilibrada. Esto se representa como sigue:

p: José, o: padres que desaprueban la inhalación, x: inhalar solventes.

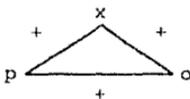
Donde pLo, pUx, o-Ux, por lo tanto desequilibrio.



H2. A la situación en que José, a quien le desagradaría mucho sufrir el rechazo de sus amigos los cuales son inhaladores funcionales, y por lo tanto él decide inhalar para evitar el posible rechazo; se le llama equilibrada. Representandose de la siguiente manera:

p: José, o: amigos inhaladores, x: inhalar solventes.

Donde pLo, oUx, pUx, por lo tanto equilibrio.



H3. A la situación en que José, cuyo padre es adoptivo y del cual recibe malos tratos, éste decide que es mejor estar inhalando con sus amigos que estar en su casa dado que estos le brindan atención y "cierta estimación"; se le llama equilibrada. Representandose como sigue:

p: José, o: padre adoptivo, x: inhalar con los amigos.

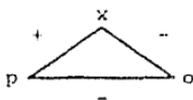
Donde pLo, pLx, o-Ux, por lo tanto equilibrio.



H4. A la situación en que José, cuyo padre es alcohólico y cada que llega bebido lo maltrata, este decide que es mejor inhalar con sus amigos que estar en su casa dado que estos le brindan atención y "cierta estimación"; se le llama equilibrada. Representandose de la siguiente manera:

p: José, o: padre alcohólico, x: inhalar con los amigos.

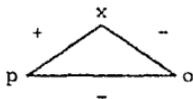
Donde p-Lo, pLx, o-Ux, por lo tanto equilibrio.



H5. A la situación en que José, cuya familia es disfuncional y por lo mismo no le prestan atención, y él decide que es mejor inhalar con sus amigos que estar en su casa dado que estos le prestan la atención que el requiere; se le llama equilibrada. Representandose así:

p: José, o: familia disfuncional, x: inhalar con los amigos.

Donde p-Uo, pLx, o-Ux, por lo tanto equilibrio.



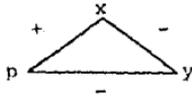
H6. A la situación en que José por no contar con alternativas de esparcimiento en sus ratos libres, decide inhalar

solventes para "pasar el rato"; se le llama equilibrada.

Representandose como sigue:

p: José, y: alternativas de esparcimiento nulas, x: inhalar.

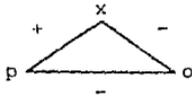
Donde p-Uy, pUx, y-Ux, por lo tanto equilibrio.



H7. A la situación en que José, cuya familia es desintegrada, y él ante la invitación a inhalar decide hacerlo; se le llama equilibrada. Representándose así:

p: José, o: familia desintegrada, x: inhalar solventes.

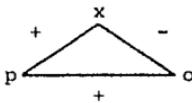
Donde p-Lo, pUx, o-Ux, por lo tanto equilibrio.



H8. A la situación en que José, el cual cuenta con un grupo de amigos no inhaladores, decide inhalar debido a que cree que el hacerlo le da un status de "gente grande" ante ellos; se le llama desequilibrada. Y se representa como sigue:

p: José, o: amigos no inhaladores, x: inhalar solventes.

Donde pLo , pUx , $o-Ux$, por lo tanto desequilibrio.



METODO

Sujetos

La muestra utilizada fue un grupo de 50 sujetos inhaladores sociales o funcionales, habitantes del municipio de León, Gto., de sexo masculino, de entre 15 y 24 años de edad, con escolaridad de primaria terminada o menos, pertenecientes a una familia disfuncional o desintegrada y con un nivel de ingreso mensual de un salario mínimo o menos. Esta muestra fue elegida de manera intencional no probabilística.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron:

-Entrevistas semi-estructuradas acerca de la percepción personal de cada sujeto inhalador sobre el problema de la inhalación de solventes en la Ciudad de León, Gto. (ver apéndice B).

-Entrevistas informales sobre el problema dirigidas a un grupo de 50 personas que no pertenecieron a la muestra, con la finalidad de complementar la percepción social del fenómeno. Este grupo estuvo conformado por mujeres madres de hijos inhaladores, de entre 35 y 45 años de edad, con un ingreso familiar de un salario mínimo o menos e integrantes

de una familia disfuncional o desintegrada. Este grupo, también fue elegido de manera intencional no probabilística (ver apéndice B).

Factores

Los factores psicosociales que se tomaron en cuenta para este estudio fueron:

-familia disfuncional o desintegrada.

Se entiende por familia disfuncional a aquel grupo familiar constituido por padre, madre e hijos que por su poca comunicación e interrelación entre los miembros, este no funciona como tal.

Se entiende como familia desintegrada a aquel grupo familiar donde la falta de la figura paterna y/o materna es una constante en la dinámica diaria.

-padre y/o madre obrero(s).

Por obrero se entiende la ocupación que desarrolla una persona que labora en una fábrica de calzado o en una relacionada con la producción de zapato, en lo concerniente a la parte operativa del proceso de elaboración del mismo.

-condición socioeconómica baja.

Se entiende por condición socioeconómica baja la condición generada por el ingreso mensual familiar menor a un salario mínimo y medio.

-servicios urbanos mínimos o nulos.

Por servicios urbanos mínimos se entiende el sólo contar con agua y/o luz dentro de la vivienda.

Por servicios urbanos nulos se entiende el no contar con ningún tipo de servicios (drenaje, electricidad, etc.).

-alternativas de superación y recreación deficientes o nulas.

Se entiende por alternativas de superación y recreación deficientes el sólo contar con un taller artesanal donde reciban a aprendices por un salario inferior al mínimo y una cancha deportiva o un cine cercano a la zona donde usualmente habita.

Se entiende por alternativas de superación y recreación nulas el no contar con ninguno de los dos tipos (casas de la cultura, cines, etc.) en la zona donde usualmente habita.

-grado de estudio inferior a la instrucción media básica.

Se entiende por grado de estudio inferior a la instrucción media básica el contar con primaria completa, primaria incompleta o el no contar con ningún tipo de estudios.

-influencia social ejercida sobre los individuos ante la toma de decisiones.

Se entiende por influencia social ejercida sobre los individuos ante la toma de decisiones el rechazo o la aceptación de un grupo (familia, amigos, etc.) ante una decisión determinada, en este caso ante la decisión de inhalar solventes industriales.

-actitud asumida ante el fenómeno de la inhalación de solventes industriales.

Por actitud asumida ante el fenómeno de la inhalación de solventes industriales se entiende la relación positiva o negativa de un individuo "p" con otro individuo "o", o también con una entidad impersonal "x".

-percepción del problema.

Por percepción del problema se entiende el cómo observa cada persona la inhalación de solventes industriales.

Diseño

El diseño que se utilizó en éste estudio fue del tipo ex post facto (*), exploratorio-evaluativo.

(*) Este tipo de estudio es definido por Kerlinger como: "una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes"(Kerlinger, F. 1979).

PROCEDIMIENTO

Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron de manera intencional no probabilística en aquellos puntos de la ciudad donde comúnmente se encontraban los sujetos inhaladores, siendo su aplicación a cualquier hora y en cualquier día ya que no era posible establecer una cita.

Dada la relación de amistad existente entre los jóvenes, algunas entrevistas fueron colectivas (hecho inevitable en estas circunstancias), lo que favoreció, por un lado, el cotejo espontáneo de resultados (los mismos jóvenes controlaban a sus compañeros) y, por otro, el respeto a los grupos naturales.

Las entrevistas informales se llevaron a cabo en los diferentes lugares donde el autor participaba en reuniones grupales con madres de hijos farmacodependientes, las cuales tenían la finalidad de tratar de solucionar el problema en la manzana o colonia de donde era el grupo; o en la casa de cada asistente. Las citas eran establecidas de mutuo acuerdo, realizándose siempre entre semana y por las tardes.

Cabe mencionar que durante el transcurso de los dos tipos de entrevistas se realizaban a su vez observaciones sistemáticas de la casa, la calle, el local o donde se estuviera efectuando la entrevista. Además, se hacían recorridos a cualquier hora sin importar el día por las

diferentes colonias de la localidad. Todo esto, con la finalidad de obtener más información.

Descripción de resultados

En los datos obtenidos mediante la entrevista semi-estructurada se encontró que:

- El 16% de los adolescentes cuenta con primaria completa, el 80% con primaria incompleta y el 4% carece de estudios.
- El 84% de los adolescentes cuenta con alternativas de recreación mínimas y el 16% restante carece de ellas.
- El 78% de los adolescentes cuenta con alternativas de superación mínimas y el 22% restante carece de ellas.
- El 66% de los adolescentes pertenece a una familia disfuncional y el 34% restante a una familia desintegrada, faltando el padre en estos casos.
- El 66% de los adolescentes cuenta con padre obrero y el 34% restante con madre trabajadora; del 66% de adolescentes con padre obrero el 10% cuenta con madre obrera, el 16% con madre lavandera y el 40% restante con madre dedicada al hogar; del 34% de adolescentes con madre trabajadora el 10% son obreras, el 18% son lavanderas y el 6% empleadas domésticas.
- De el 66% de los que cuentan con una familia disfuncional el 75.8% de los adolescentes cuentan con un padre bebedor y el 24.2% restante con uno no bebedor.
- El 106% de los adolescentes prefiere estar con sus amigos que estar en su casa.
- El 100% de los adolescentes inhala solventes aún cuando el

100% de sus familias rechazan ésta actividad.

- El 74% de los adolescentes pertenece a una familia cuyo monto mensual es de un salario mínimo y el 26% restante a una familia cuyo monto mensual es de un salario mínimo y medio.

- El 90% de los adolescentes habita en zonas que cuentan con servicios urbanos mínimos y el 10% restante carecen de ellos.

- El 66% de los adolescentes refiere que su decisión de inhalar se debió a la curiosidad, el 24% para saber que se sentía y el 10% por invitación.

- El consumo actual de solventes entre los adolescentes se debe en un 96% a la facilidad de adquisición, en un 90% a la facilidad de administración, en un 100% por convivencia, en un 6% para vengarse del padre, en un 56% para evitar el rechazo del grupo social, en un 78% por no poder negarse a la invitación de los amigos y en un 98% por no poder dejar de inhalar ante el deseo de hacerlo.

- La percepción del fenómeno entre los adolescentes es: 10% está bien, 90% está mal, 100% depende de cada quien y 90% es grave.

- El 80% de los adolescentes presenta una actitud favorable ante el problema y el 20% restante una actitud desfavorable.

En los datos obtenidos mediante la entrevista informal se encontró que:

- Este grupo refiere que, según su percepción, las posibles

causas del consumo son debidas en un 80% al descuido paterno hacia el adolescente, en un 100% a la convivencia con adolescentes adictos, en un 80% a la zona donde usualmente habita el adolescente y un 80% a la falta de ocupaciones del adolescente.

- La percepción de este grupo fue:

100% el fenómeno es grave y 10% depende de cada quien.

-La actitud ante el problema fue 100% desfavorable.

Análisis de resultados

Los datos recabados mediante los instrumentos se evaluaron por medio de un análisis de contenido de los mismos, encontrándose gran similitud en las respuestas dadas por ambos grupos en cuanto a que el problema de la inhalación es grave. Las categorías que orientaron el análisis, así como la organización y clasificación de la información fueron:

- actitud asumida ante el problema;
- percepción del fenómeno;
- influencia social ejercida sobre el individuo para la toma de decisiones asociadas a la inhalación;
- preferencia hacia estar con la familia o con el grupo de amigos;
- alternativas de recreación y superación; y,
- tipo de familia.

Según los datos obtenidos y tomando en cuenta estas categorías de análisis se puede decir que:

La mayoría de los adolescentes presentan una actitud favorable hacia la inhalación de solventes industriales a pesar de que perciben el fenómeno como un problema grave en la localidad. Esto hace evidente una contradicción en el joven adicto ya que, por un lado se preocupa ante la presencia del fenómeno pero por otro, su actitud hacia la

inhalación de solventes es favorable. Quizá esto se deba a que la mayoría piensa que el inhalar o no hacerlo es cuestión de cada quien; sin embargo, esto choca con lo externado por la mayoría referente a que está mal el inhalar solventes.

Lo anterior puede obedecer a que valoran más el hecho de que depende de cada quien si se droga o no, que el que sea un problema grave o que esté mal el inhalar solventes.

Se pudo observar que la mayoría se inició en el uso de solventes por curiosidad o por conocer que se sentía. Destacándose que ninguno externo haber tomado la decisión de inhalar bajo la influencia de su grupo de amigos ya que, como ha sido mencionado, piensan que depende de cada quien la decisión de inhalar; es decir, "a nadie se le obliga a drogarse".

Por lo anterior, la influencia social no determina el que un joven tome la decisión de inhalar en un principio; sin embargo, según los datos recabados, la conducta de inhalar solventes se mantiene en la mayoría de los casos por la facilidad de adquisición, facilidad de administración y por no poder dejar de drogarse; en otros por evitar el rechazo del grupo social y por no poder negarse ante la invitación de los amigos; en muy pocos casos por vengarse del padre (pensando en hacer enojar al padre, en lastimarlo o hacerle daño moral y/o psicológico, etc.) y en todos los casos, el mantenimiento de ésta conducta está determinado por la

convivencia con el grupo de amigos.

La mayoría de los adolescentes inhala solventes aún cuando sus familias no están de acuerdo con ésta actividad.

La mayoría de estos sujetos cuentan con alternativas de recreación y superación mínimas, lo que tal vez propicia o coadyuva el que un sujeto inhale para "pasar el rato" o, como pudo observarse, para convivir con sus amigos inhalando.

Estos adolescentes en una mayoría considerable pertenecen a una familia de tipo disfuncional donde la falta de comunicación e interrelación entre sus miembros es muy notoria; por otro lado está el que el 39.4% de las madres de estas familias trabajan y el 75.8% de los padres son bebedores, dando por resultado que la atención hacia las actividades de los hijos es poca o nula. La otra parte pertenece a una familia desintegrada donde la ausencia de la madre por trabajar impide prestarle atención a los hijos ya que su principal preocupación es el sustentar la casa y la ausencia del padre es total. Lo anterior provoca que el joven salga de su casa sin tener la necesidad de avisarle a nadie a donde va, con quién y a qué.

Ante estas condiciones el joven prefiere estar con sus amigos drogándose que estar con su familia, donde al parecer del adolescente no se le da la importancia y atención que requiere, encontrando ambos en su grupo de amigos.

Conclusiones de la investigación

Con los datos obtenidos y de acuerdo a las hipótesis planteadas se concluye que:

- El contar con una familia disfuncional donde, en la mayoría de los casos el padre es bebedor, o desintegrada donde la madre es trabajadora y el padre ausente total, posibilita en alto grado el que un adolescente prefiera estar en la calle drogándose con sus amigos que estar en su casa donde no le ponen atención ni le dan la importancia que él tiene como miembro de esa familia. Esto está relacionado con las hipótesis 4, 5 y 8, donde el resultado de las triadas es de equilibrio; por lo tanto, éstas hipótesis son aceptadas.

- El que el adolescente inhale para convivir con sus amigos o para evitar el rechazo de los mismos determina el que se mantenga la conducta de inhalar. Esto está relacionado con la hipótesis número 2, donde el resultado de la triada es de equilibrio; por lo tanto, ésta hipótesis es aceptada.

- El contar con alternativas de recreación y superación mínimas posibilita en alto grado el que un adolescente decida inhalar con sus amigos "para pasar el rato" tomando esta actividad como recreativa. Esto está relacionado con la hipótesis número 7, donde el resultado de la triada es de equilibrio; por lo tanto, ésta hipótesis es aceptada.

- El que un adolescente perteneciente a una familia como las ya mencionadas en las cuales se rechaza la inhalación de

solventes y, en la mayoría de los casos, el sujeto decide inhalar con sus amigos prefiriendo el rechazo familiar y no el de los amigos permite aceptar la hipótesis número 1, donde la triada es de desequilibrio; y en consecuencia se acepta la hipótesis número 2, donde el resultado de la triada es de equilibrio. Se podría mencionar que la resolución de la tensión generada por la condición 1 se resuelve mediante la condición 2, resultando la relación triádica equilibrada. Tal vez esto obedezca a que el sujeto valora más el estar con sus amigos inhalando que el estar en su casa donde no le ponen atención ni lo valoran como miembro de la familia.

- Para las hipótesis 3 y 8 no hubo elementos de contrastación por lo que no pueden ser aceptadas o rechazadas; es decir, la hipótesis 3 contempla el contar con padre adoptivo lo cual no se encontró en ninguno de los casos y la hipótesis 8 contempla el inhalar por status lo cual tampoco se encontró en ninguno de los casos.

En general se puede concluir que:

- El problema de la inhalación de solventes es percibido como grave por parte de la población.
- El pertenecer a una familia disfuncional o desintegrada y por lo tanto, contar con la desatención de los padres hacia los hijos posibilita en alto grado al que se presente el fenómeno de la inhalación de solventes en esta región.

- La mayoría de los sujetos inhala solventes aún cuando la familia desapruueba el consumo de estos productos.

- La mayoría de estos sujetos cuentan con alternativas de recreación y superación mínimas, lo cual resulta importante destacar debido a que la muestra perteneció a diversas colonias ubicadas en distintas zonas de la ciudad, lo que permite observar que el municipio de León, Gto. cuenta con pocas alternativas de recreación y superación para el sano esparcimiento y desarrollo de la población joven. A esto, hay que agregar que estas pocas alternativas, o no tienen cupo para atender a un número grande de adolescentes o no se promocionan, dando por resultado que los jóvenes no acudan a ellas; observándose que por ser mínimas el adolescente prefiere inhalar que buscar cupo en alguna de ellas.

- La mayoría de los adolescentes presenta una actitud favorable hacia el uso de solventes a pesar de percibir el problema como grave y que está mal el inhalar solventes.

- El inicio en la inhalación de solventes se dá por curiosidad o por saber que se siente, presentándose la decisión de inhalar como personal sin tener nada que ver con ésta la influencia social.

- El mantenimiento de la conducta de inhalar está determinado por la convivencia con los amigos y por evitar el rechazo de los mismos, es decir, ésta conducta está

determinada por la influencia social ejercida sobre el individuo.

- El inhalar solventes por parte de los adolescentes, por un lado es mantenido por la convivencia con el grupo de amigos; y por otro, está asociado al hecho de reunirse con otros jóvenes inhaladores.

- El adolescente inhalador prefiere estar con sus amigos que con su familia, debido a que éstos le proporcionan la atención y el afecto que él requiere; y no así su familia, que en la mayoría de los casos es disfuncional.

Cabría mencionar que éstas conclusiones, al paso de algunos meses, fueron corroboradas cada día, sobre todo cuando el que esto escribe ingresó a la Dirección de Seguridad Pública de este municipio, ya que el pertenecer a ésta institución permitió tener acceso a zonas marginales para aplicar la entrevista semi-estructurada sin correr ningún riesgo.

C A P I T U L O I I I

SUGERENCIAS

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente trabajo y a las conclusiones derivadas del mismo, se observa como una limitación el no haber indagado si el inicio por curiosidad en la inhalación de solventes por parte del adolescente se daba en grupo o de manera individual, lo que hubiera sido de gran importancia para establecer si la influencia social ejercida sobre los individuos ante la decisión de inhalar por primera vez, es o no determinante.

Por lo anterior, se sugiere que para futuras investigaciones se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- Observar si el inicio por curiosidad en la inhalación de solventes por parte del adolescente se da en grupo o de manera individual.

- Adolescentes no inhaladores pertenecientes a una familia disfuncional o desintegrada.

- Adolescentes inhaladores pertenecientes a una familia funcional.

- Adolescentes inhaladores con un grado de estudio superior a la educación primaria.

- Adolescentes inhaladores pertenecientes a familias cuyo monto de ingreso mensual supere los dos salarios mínimos.

- Obtener muestras de zonas no marginales con más alternativas de recreación y superación que la población utilizada para éste estudio.

Lo anterior se recomienda con el fin de poder efectuar un estudio más general sobre el fenómeno en la región.

PROPUESTA

Por todo lo anteriormente expuesto se propone la creación de una institución que se encargue de prevenir el fenómeno en la localidad; para tal efecto, se revisará a continuación lo que a nivel nacional y local se lleva a cabo en cuanto a la prevención del problema.

Se comenzará por definir lo que aquí se entiende por prevención de la farmacodependencia.

Prevención de la farmacodependencia: Se refiere a todas aquellas acciones llevadas a cabo para impedir la aparición del fenómeno en los individuos y en la sociedad en general. Tales acciones van desde informar a la población sobre el fenómeno (en medios masivos de comunicación y directamente en escuelas, en colonias y en centros laborales) hasta la intervención comunitaria, laboral y escolar, y el internamiento de los adictos disfuncionales.

Dentro de este concepto general, existen tres diferentes niveles de intervención:

a) Prevención primaria: Es todo aquello que se efectúa con respecto a la macrocomunidad en su conjunto, actuando antes de que la drogadicción se presente; por ejemplo, hacer llegar a la población mensajes informativos sobre el uso de

drogas mediante la televisión, la radio y la prensa; y con posters y volantes conteniendo información alusiva al fenómeno distribuidos por los diferentes rumbos de la zona o región en donde se desea prevenir el uso de drogas.

b) Prevención secundaria: Es la que trata de limitar la adicción ya declarada, asistiendo al farmacodependiente en los aspectos médico (desintoxicación y/o nutrición); psicológico (orientación psicológica y/o psicoterapia); y, social (reeducación y reinserción social); es decir, este nivel se ocupa de la atención externa a pacientes adictos sociales y funcionales.

c) Prevención terciaria: Se lleva a cabo en una fase más avanzada de adicción, cuando ya existen complicaciones y secuelas, siendo su nivel de aplicación la rehabilitación que pretende detener la evolución del fenómeno, prevenir la invalidez total y reintegrar al individuo a la sociedad utilizando sus capacidades restantes y contribuyendo al desarrollo de nuevas potencialidades; es decir, en este nivel se da lo que se conoce como internamiento para la rehabilitación del farmacodependiente disfuncional (y en algunos casos del adicto funcional), siendo atendido, como en la prevención secundaria, en los aspectos médico, psicológico y social.

Habiendo definido estos conceptos, cabe aclarar que de

entre las instituciones existentes en el país para prevenir la farmacodependencia, unas se dedican a la prevención primaria y secundaria (como los Centros de Integración Juvenil); otras sólo a la prevención secundaria (como los hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia); algunas a la prevención secundaria y terciaria (como los centros de Drogadictos Anónimos); y otras, en su mayoría hospitales y centros psiquiátricos, exclusivamente a la prevención terciaria. Hay que mencionar que no existe una sola que se dedique a los tres niveles de prevención.

No cabría la comparación interinstitucional ni la contrastación de las actividades preventivas entre las mismas ya que, la filosofía de trabajo sobre la cual sustentan sus acciones es distinta en cada una de ellas, así como la metodología utilizada en cualquiera de los niveles preventivos que cada institución maneja; sin embargo se presenta en seguida un análisis sobre lo que cada institución hace respecto al fenómeno, con base en la observación de la repercusión que han tenido, a nivel social, los diferentes programas preventivos que cada una desarrolla.

A nivel nacional, son pocas las instituciones que realizan labores preventivas sobre el uso de drogas y de hecho, no las realizan en todas las entidades del país. Sin embargo, las que entran en este rubro de "nacional" son

esencialmente tres: 1) Centros de Integración Juvenil (C.I.J.); 2) todos los hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y, 3) Drogadictos Anónimos (D.A.).

En lo que se refiere a los Centros de Integración Juvenil (desde 1972 a la fecha existen 27 centros en todo el país), estos realizan, primordialmente, labores de prevención primaria y secundaria existiendo algunos centros que, además, ofrecen prevención terciaria, pero son tan pocos que no se podría decir que los C.I.J. realizan esta actividad a nivel nacional.

Independientemente de "la buena voluntad" de estos centros, y de los datos referidos a la metodología de trabajo que utilizan, es bien sabido que "algo" no funciona en esta institución, esto se debe a que, aunque cuentan con programas comunitarios para prevenir el problema no los han difundido ni publicado en la mayoría de los casos, lo cual se ve reflejado en el aumento de la farmacodependencia en el territorio nacional, sobre todo en las regiones donde existe uno de estos centros.

Lo anterior, cuestiona fuertemente la utilidad de contar con una institución así en el país. Además, si se observa que esta institución fue fundada a principios de la década de los 70 y que frecuentemente realiza investigaciones sociales

sobre el fenómeno (como las publicadas en Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R. y Wagner, F. 1988) Lo relevante es ver que, a pesar de promocionarse como apoyo para resolver los problemas comunitarios en cada colonia de cada región donde existe un centro, poco es lo que C.I.J. hace para prevenir el problema de la farmacodependencia y esto se debe en parte, aunque algunos digan que no, a que trabajan de manera aislada, es decir casi no tienen contacto con otras instituciones dedicadas a lo mismo, por lo cual no trabajan en coordinación con otras instancias; por ejemplo, no trabajan con los centros de Drogadictos Anónimos debido al celo profesional que los C.I.J. profesan hacia los D.A.

En lo que toca a la prevención secundaria ofrecida por C.I.J., se ha constatado con entrevistas informales a funcionarios que la deserción de pacientes en tratamiento es alta; esto no es total responsabilidad de los centros porque, hay que recordar que, la mayoría de los sujetos farmacodependientes son inestables perse y es muy difícil crear en ellos la adherencia terapéutica necesaria para terminar un tratamiento. Lo que si es responsabilidad de los centros en los casos de deserción, es el hecho de que, se establecen los contratos terapéuticos de horas, días y sobre todo de asistencia a las terapias y, como se ha podido corroborar, ha habido ocasiones (varias) en las cuales el que no se presenta a la terapia es el terapeuta, lo que hace que

un adolescente farmacodependiente, inestable y demandante, al cual le costó mucho trabajo acudir a solicitar ayuda para salir de su problema, deje de asistir a las terapias y haga mala fama hacia los C.I.J. como institución.

Aunado a esto, también está la cuestión de no cumplir con las promesas de asistencia a reuniones vecinales o a citas con maestros de escuelas primarias y secundarias, lo cual provoca que la credibilidad en los C.I.J. por parte de la población en general sea muy baja.

Como nota importante es necesario decir que la atención externa de pacientes farmacodependientes, sigue la línea teórica psicoanalítica; esto representa un problema no sólo por ser los casos diferentes, sino en varias ocasiones sucede que un muchacho adicto a las drogas no encaja en este esquema teórico y por no salir de su esquema conceptual la ayuda que puedan ofrecerle no es la más adecuada.

Con todo lo anterior, se puede ver que los C.I.J. poco están realizando para prevenir el fenómeno. Sólo resta recordar que lo expuesto en este apartado, es un análisis con respecto a la repercusión social observada y no un análisis institucional de fondo al interior de estas instituciones.

En lo concerniente a los hospitales de la Secretaría de Salubridad y asistencia, se puede decir que sólo prestan el servicio de prevención secundaria, exclusivamente en el

aspecto médico de la desintoxicación del paciente, con lo cual no se realiza una verdadera prevención secundaria ya que, no apoyan la desintoxicación del adicto con programas de tipo psicosocial; es decir, el paciente entra al hospital en estado de intoxicación aguda, lo desintoxican, pasa algunos días de recuperación en el hospital y lo dan de alta; el paciente se va y, está por demás decir que, al cabo de unos días o de unas horas volverá a drogarse.

Pareciera ser que esta labor no sirve para nada, sin embargo no es así, tan valiosa resulta que muchas vidas se han salvado.

En lo referente a Drogadictios Anónimos (D.A.), es una institución que aún no se encuentra ubicada en todas las entidades del país (en la actualidad sólo cuentan con 9 centros), esto les es difícil ya que, al igual que los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.), no reciben subsidios para su funcionamiento. Esta agrupación es, casi en su totalidad, altruista; la forma de trabajo que se da en D.A. es muy similar a la de los grupos de A.A., la cual consiste en reuniones grupales donde cada uno de los asistentes relata sus "experiencias de dolor" a los demás drogadictos para que "encontrando el reflejo en el sufrimiento pasado", los participantes logren "liberarse" de las drogas. Su accionar se sitúa en la prevención secundaria y terciaria, ya que

también cuentan con albergues en los cuales se realizan actividades del tipo de terapia ocupacional con miras hacia la rehabilitación de los que, "temporalmente", viven en esos albergues. Su forma de trabajo, según refieren, es através de un programa de principios espirituales donde "el enfermo drogadicto" puede ir adquiriendo la madurez emocional necesaria, para "ir poniendo en orden su vida", de tal forma que una vez recuperado "el sano juicio", "el enfermo" tendrá que transmitir este "mensaje de vida" a otro "enfermo drogadicto" por necesidad, para que se "libere" de las drogas.

Cabe aclarar que los principios espirituales, a los cuales hacen referencia, (aunque aseguren que la institución no esta ligada con ninguna religión) están contemplados dentro de la religión católica.

Esta institución, como mucha gente afirma, realmente ayuda a que los farmacodependientes dejen de depender de las drogas. Sin embargo, se cree que no es así ya que, por un lado, crean en el adicto la dependencia al grupo, asegurando que el dejar de acudir a las reuniones grupales es un paso seguro para recaer en el uso de drogas; y por el otro, crean en el farmacodependiente la dependencia a una religión, la cual guiará sus acciones.

Si se toma en cuenta que un adicto a las drogas, tiene la necesidad de depender de ellas para continuar con su

estilo de vida y/o seguir viviendo en sociedad, resulta totalmente negativo cambiar esa dependencia por otras dos, que aún no se sabe si, como afirman en estos centros, sean mejor que la dependencia a las drogas; esta reflexión surge de observar que quienes han acudido a alguno de los grupos de D.A., dependen de un grupo y de una religión para seguir funcionando socialmente; además de que, ahora, la mayoría padece de tabaquismo (o en algunos casos este sólo se acentúa), lo cual se aprecia como una dependencia más, generada por la "ayuda" que estos grupos ofrecen.

Además de estas instituciones, existe una que sí opera en todas las entidades del país, pero no se integró en el rubro de prevención del uso de drogas debido a su forma de actuar, esta institución es la Procuraduría General de la República (P.G.R.).

Esta institución gubernamental, pretende prevenir el uso de drogas; sin embargo sus acciones, aunque van dirigidas por ley a evitar la producción, venta y uso de drogas, no se llevan a cabo como deberían. Lo anterior debido a que, si se observa como se maneja la P.G.R. a nivel nacional, uno se puede dar cuenta de que realmente sólo se persigue a los distribuidores de drogas y, de vez en cuando, a los productores; y con respecto a los usuarios, reprimen al adicto, a veces, en forma por demás violenta.

Con esto, se desea dejar en claro que, únicamente atacando los intereses económicos creados alrededor de la producción y venta de drogas, no se resuelve el problema de fondo.

Si esta dependencia de gobierno se propusiera la tarea de acabar con el problema, no se detenería ante nada ni ante nadie, lo que daría por resultado que las cárceles se encontrarían más saturadas en cuestión de presos (entre los cuales figurarían altos funcionarios y políticos del país); las tierras utilizadas para la ilícita siembra y cultivo de drogas, serían reutilizadas para la siembra y cultivo de granos (que últimamente se han tenido que importar debido a la baja producción nacional); y, todos los bienes inmuebles y cuentas bancarias obtenidas por el narcotráfico, pasarían a poder de la federación, la cual podría destinar estas ganancias ilícitas al pago de los servicios de la deuda externa nacional, al mejoramiento de los servicios básicos para los que menos tienen o bien para crear centros como el que se propondrá más adelante. Sin embargo, como ha quedado establecido durante las últimas administraciones, es muy poco probable que esto suceda.

Aparte, hay que recordar que el problema de la producción, venta y consumo de drogas no terminará nunca; se hace esta afirmación porque, aunque se lograra destruir todos los tipos de drogas existentes en la actualidad, se

inventarían o descubrirían otras y, de nuevo, se daría la producción y venta clandestina de las mismas, ya que siempre existirá alguien susceptible de hacer uso de ellas. Por otro lado, no se podría acabar con las drogas de uso médico debido a que su existencia es necesaria. De ahí la importancia de mantener un programa educativo preventivo permanente y mejorar las normas y sanciones para la adquisición de medicamentos en farmacias.

A través de estas páginas, se ha podido dar cuenta de tres aspectos muy importantes: son pocas las acciones preventivas que a nivel nacional se llevan a cabo; las actividades no son las más adecuadas para evitar la presencia del fenómeno; y, cada institución trabaja de manera aislada dando por resultado que sus esfuerzos no sirvan de mucho para disminuir la farmacodependencia en el territorio nacional.

Como un aspecto relevante, es preciso mencionar que en la mayoría de las entidades del país existen centros asistenciales y/o sacerdotales que tratan de prevenir el problema en su región, de muy diversas maneras; sin embargo, también son acciones aisladas poco útiles.

Con lo expuesto en este apartado, se pretende hacer explícito que lo que tal vez se requiera, para acabar con el problema del uso de drogas, sean programas preventivos, por regiones, que conjunten los esfuerzos de la población en

general, para solidificar las acciones, atacar el problema de manera más compacta, más de frente, más de fondo y dentro de todos los sectores sociales, con miras hacia una reeducación social sobre el uso de estas sustancias.

Habiendo observado hasta aquí el problema a nivel nacional, a continuación se revisará lo que se ha realizado en la Ciudad de León, Gto., con respecto a la prevención de la farmacodependencia.

El municipio de León, cuenta con cuatro instituciones dedicadas a la prevención del uso de drogas , que son: 1) Centro de Integración Juvenil (C.I.J.) plantel León; 2) Centro de Atención y Prevención Integral A.C. (C.A.P.I.); 3) Departamento de Atención Juvenil Especializada (A.J.E.), perteneciente a la Dirección de Seguridad Pública de esta ciudad; y, 4) Hospital General Regional (H.G.R).

En lo que respecta al Centro de Integración Juvenil plantel León, este realiza labores de prevención primaria y secundaria. Sin embargo, al igual que a nivel nacional, este centro tampoco funciona; casi no ha hecho nada a nivel primario y poco hace a nivel secundario. Además, casi no promociona sus servicios.

Un problema funcional-político que se da en este centro es que la línea de trabajo es dictada a nivel nacional y no encaja en la labor comunitaria de este municipio, esto debido

a que cada región es diferente en sus costumbres y tradiciones, y León, Gto. no escapa de ésta diferenciación.

Cabe mencionar que este centro fue fundado en 1974, y a la fecha han realizado, por lo menos, dos investigaciones formales (Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el Centro de Integración plantel "León", realizada por Berriel-González, R. E. y cols. (1977) Y, Relación entre el trabajo con acceso a inhalantes volátiles y el desarrollo de la inhalación deliberada de dichas sustancias, realizada por Berriel-González, R. E. y Luna, J. A. (1988); y a pesar de eso, poco han hecho por prevenir el problema. Además, al igual que a nivel nacional, no se ha difundido su labor preventiva y trabajan de manera aislada; sin embargo, hay que decir que mantienen contacto con algunos clubes, pero esto de poco les sirve debido a que casi no hacen nada por fomentar la prevención del uso de drogas en esta región.

En el aspecto referido a la atención, al igual que a nivel nacional, la deserción de pacientes es alta dado que tampoco se respeta el contrato terapéutico, además de seguir la misma línea teórica (psicoanalítica) que, como se vió antes, no es la única para tratar a este tipo de pacientes.

Resumiendo, resulta que este centro padece de los mismos problemas que toda la institución a nivel nacional, y la credibilidad de la población de esta región hacia el C.I.J.

plantel León, es muy baja. Con lo anterior, también se pone en duda la utilidad de contar con un centro así en esta localidad.

Pasando a la segunda institución, Centro de Atención y Prevención Integral A.C. (C.A.P.I.), se puede afirmar que realiza prevención primaria y secundaria con "muy buena intención"; sin embargo, este centro presenta anomalías desde la concepción de su fundación. Aquí, se hará una breve reseña del proceso que tuvo durante el tiempo en que el autor estuvo en contacto con esta institución.

En el año de 1987, la prensa le preguntó a la entrante Presidenta del DIF municipal que, cuáles serían las acciones a realizar durante su gestión, a lo que la presidenta contestó (sin ser cita textual), "bueno..., y la creación de un centro para atender a los niños inhaladores de León, Gto.". A partir de entonces, se dedicó a investigar quien le podría informar cómo se podía poner en operación un centro de atención especializada para inhaladores.

Posteriormente, consiguió del municipio, del DIF municipal y de los empresarios de la localidad, el financiamiento para la construcción del edificio y, finalmente en el mes de mayo de 1988, se inauguró con el nombre de C.A.P.I., sin contar aún con el personal necesario para su operación. En el mes de junio del mismo año, se llevó a cabo la contratación del personal para realizar el

proyecto general del centro y los programas específicos; y en el mes de julio, también de ese mismo año, se comenzó a dar consulta externa sin haber terminado ni el proyecto ni los programas específicos. Este comienzo se debió a que, según las autoridades del DIF municipal, la ciudadanía exigía la operación del centro y, de este modo, "atendiendo al reclamo popular", se iniciaron las labores preventivas sin conocimientos previos del problema ni de la dinámica psicosocial prevalecte en esta región.

Aunado a lo anterior, se debe agregar que se suprimió, desde el inicio, el área de investigación con lo que se podría fundamentar sólidamente los diversos programas de intervención en la comunidad.

Casi al año de su apertura, se contó apenas con el proyecto general del centro en su versión preliminar; sin embargo se trató de contactar con todos los sectores sociales (en las cúpulas) y dió inicio, desde el mes de octubre de 1988, una campaña municipal de información y prevención de la farmacodependencia, apoyada por los medios masivos de comunicación y con folletos y posters distribuidos en casi todas las colonias de la localidad y, desde el mes de agosto de ese año, empezó a darse la afluencia de sujetos farmacodependientes que buscaban solución a su problema de adicción.

Con lo anterior se pueden observar varias cosas, la

creación de este centro obedeció, principalmente, a cuestiones de índole político (la Presidenta del DIF municipal tenía que declarar algo al ser cuestionada por la prensa); se alcanzó un buen nivel de comunicación con varios sectores sociales de la población, los cuales apoyaron al centro en sus actividades preventivas primarias; no se realizó la investigación necesaria para la puesta en operación de los programas; y, estos todavía al año de su fundación, no se habían terminado.

Además de lo expuesto, hay que mencionar que dentro de la prevención secundaria, la atención que se proporcionaba a los pacientes era, en el aspecto teórico, tan variada como el número de personas que la proporcionaban; y, en la actualidad, esto continúa igual.

Cabe aclarar que sólo existía uniformidad en la prevención primaria y esta se realizaba con el apoyo de varias personas físicas y morales. También hay que destacar que, curiosamente, no había ni hay nexo alguno con el C.I.J. plantel León, debido al celo profesional, por lo cual cada institución trabajaba y trabaja por su cuenta.

Como se puede ver, este centro realiza actividades preventivas con "muy buena voluntad" pero sin contar con una línea de trabajo definida; en este caso, y dado el poco tiempo que tiene de estar operando, esto podría estar permitido.

Como información adicional, habría que decir que a pesar de todo, atendieron, en el lapso del primer año de vida del centro, a un número mayor de pacientes que el C.I.J. plantel León; esto es relevante dado que el C.A.P.I. se encuentra ubicado al extremo sur de la ciudad y el C.I.J. León está ubicado en el centro de la misma.

En lo tocante a la tercera institución, Departamento de Atención Juvenil Especializada (A.J.E), perteneciente a la Dirección de Seguridad Pública de esta localidad, se puede decir que llevan a cabo actividades de prevención secundaria con una modalidad bastante "sui generis", esto debido a que atienden a los niños y jóvenes detenidos por intoxicarse con solventes en la vía pública, lo cual indica que trabajan con población cautiva; sin embargo, esa causión no excede las 48 horas.

Su forma de operar se basa principalmente en terapias de apoyo y orientación llevadas a cabo, en su mayoría, por trabajadoras sociales. Después de que el adicto detenido cumplió con el tiempo establecido por ley, se le recomienda tratarse en el C.I.J. plantel León ó en el C.A.P.I., a manera de canalización; pero en la gran mayoría de los casos no sucede pues al verse libre, el adicto prefiere regresar a su comunidad, a su actividad laboral o con sus amigos; y pocos son los que, después de haber estado privados de su libertad,

piensan en ir a alguno de estos centros.

Cabe mencionar que la Dirección de Seguridad Pública, junto con el C.A.P.I., han realizado reuniones nocturnas con pandillas en diferentes rumbos de la ciudad, cuya finalidad era, acercarse al joven pandillero y realizar labores de prevención primaria; desgraciadamente, esto se llevó a cabo durante muy poco tiempo y se desconoce el porqué dejaron de realizarse; se hablaba de la imagen que daría el C.A.P.I. al interactuar con la policía y que esto generaría rechazo por parte de los jóvenes hacia el centro. Esto no sucedió así, incluso aumentó la demanda en el servicio externo del centro y fue una experiencia interesante. Además, lo que tal vez cambiaría sería la imagen que darían los policías ya que la gente podría acercarse más a ellos, debido al interés de estos por la rehabilitación de los adictos.

En lo referente a la última institución, Hospital General Regional (H.G.R.), este realiza labores de prevención secundaria, exclusivamente en el aspecto médico, desintoxicando a quienes lo solicitan; esta acción, se lleva a cabo sin el apoyo de las áreas psicológica y social; y, al igual que los demás hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, resulta una práctica aislada.

Como se ha podido observar, a través de esta revisión esquemática, las formas de trabajo preventivo en este

municipio son aisladas, de bajo impacto social y a veces nulas; lo que da por resultado que la farmacodependencia, en esta región, continúe en aumento (en mayor grado que en otras regiones del país).

A manera de sugerencias generales hacia este tipo de instituciones preventivas, con miras hacia un mejor quehacer profesional, se encuentran los siguientes aspectos:

- Deberían mantener un contacto directo entre las mismas para conjuntamente trabajar la prevención del uso de drogas;

- Deberían de trabajar por regiones dependiendo de la dinámica psicosocial con que cuente cada una de ellas, y no esperar las formas de trabajo provenientes de la capital del país ya que esto no da resultado;

- Deberían dar cabida a otras aproximaciones teóricas para la atención de pacientes adictos, dependiendo de la línea marcada por cada institución y de las necesidades de cada paciente;

- Deberían utilizar diferentes estrategias terapéuticas como la cognitivo-conductual (estrategia poco utilizada en éste campo) planteada por Valderrama, P., Rivero, F. y Domínguez, B. (1983), para la atención de pacientes farmacodependientes (ver apéndice C);

- Deberían dar más apoyo al área de investigación para contar con la información que posibilite el desarrollo y los

buenos resultados de los programas de intervención, incluso realizar investigaciones en conjunto para administrar mejor sus recursos; y,

- Cumplir con lo prometido a los diversos sectores sociales para contar con la credibilidad de los mismos.

Hasta aquí, y con todo lo anterior, se podría decir que, por un lado, la inhalación de solventes en el país representa un problema de salud pública, y por otro, en León, Gto., es un grave problema con mayores posibilidades de aumentar que en otras regiones de país, dado el tipo de industria y de las condiciones psicosociales que en este municipio prevalecen.

Además, si se analizan los datos poblacionales, mencionados en el capítulo anterior, tocantes al municipio de León, referidos a que 400,000 personas se encuentran entre los 9 y los 24 años, y se estima que existen 20,000 farmacodependientes en esta ciudad, y se observa que el mayor índice de adictos a las drogas se encuentran ubicados en este rango de edad; se tiene que el 5% de la población joven es dependiente de las drogas, lo que representa el 1.8% del total de la población leonesa.

Aunado a esto, se debe incluir a los 110,000 obreros que trabajan directamente con solventes industriales en jornadas de 6 a 8 horas diarias y que son inhaladores involuntarios,

los cuales representan el 10.32% de la población total de esta localidad. Sumando los porcentajes de los dos grupos de sujetos, inhaladores voluntarios e inhaladores involuntarios, resulta que un 12.12% de la población total de este municipio inhala solventes, por lo que este problema ya presenta índices endémicos en esta ciudad.

Si se pensara que los 20,000 farmacodependientes estimados estuvieran incluidos entre los 110,000 obreros (lo cual sucede en un porcentaje muy bajo por ser población flotante que no está ligada al mercado laboral), y se tomara solamente a los 110,000 como población que inhala solventes, se tendría que el 10.32% de la población total de la ciudad se droga voluntaria o involuntariamente, lo que de todos modos resulta alarmante y fundamenta, con bases más sólidas, el hecho de que hay que prevenir este fenómeno para que, a corto plazo, no aumenten los índices de prevalencia e incidencia en este municipio, y para, a largo plazo, erradicar la farmacodependencia de esta localidad.

Como dato anexo a esta información, se tiene que las proyecciones sobre el aumento de la población en el municipio de León para dentro de 15 años, es decir, para el año 2005; las cuales fueron obtenidas a partir de las proyecciones que, sobre el aumento de la población en el Estado de Guanajuato para el mismo año, obtuvieron especialistas del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI);

indican que la población joven de entre 9 y 24 años de edad será de 1'673,547 (un millón seiscientos setenta y tres mil quinientos cuarenta y siete) lo que representará el 27.5% de la población total. Esto quiere decir que la población joven de esta localidad, para el año 2005 tendrá, con respecto a las cifras actuales, un aumento del 22.3%.

Si el porcentaje de jóvenes farmacodependientes, existentes en la actualidad (5%), se mantuviera para el año 2005, tendríamos que 334,709 jóvenes de entre 9 y 24 años serían usuarios de drogas dentro de 15 años. Sin embargo, esta visión es muy optimista ya que, según se ha constatado en los capítulos anteriores, si a futuro continuara la dinámica psicosocial prevaleciente en esta ciudad durante los últimos años, este número de usuarios de drogas sería fácilmente superado.

Si el problema de la farmacodependencia no se previene a tiempo, se cree que la Ciudad de León sería demasiado insegura ya que, muy probablemente, se daría el grave problema social del robo organizado a instituciones y casas habitación (no faltaría quién organizara a los jóvenes para que, a cambio de droga, realizaran asaltos a comercios, bancos, casas, etc.); el potencial creativo de la juventud de esta localidad, dada la enajenación producida por el uso de drogas, se vería muy disminuido; y, la producción zapatera bajaría notablemente debido a la falta de recursos humanos,

lo cual provocaría una gran baja en la recepción de divisas producidas por el turismo, que en gran medida es favorecido por la compra-venta de los productos de esta región.

Realmente, y siendo factible lo anterior, urge prevenir el problema de la adicción a las drogas ahora, para no curarlo después.

Lo hasta aquí revisado tocante al fenómeno de la inhalación de solventes industriales en la Ciudad de León, Gto. el cual se presenta como un problema de salud pública con posibles índices endémicos; y lo referente a las acciones preventivas que se llevan a cabo en este municipio, que como pudo observarse son aisladas, de bajo impacto social y/o nulas. Y, coadyuvando al desarrollo comunitario planteado por el presente sexenio político, se presenta a continuación, con el mismo espíritu de funcionalidad, la propuesta de una institución de nueva creación para la prevención integral sobre el uso de drogas dirigido a ésta ciudad.

Esta propuesta, para poder observarse como integral, debe considerar al menos los siguientes factores:

- 1) La farmacodependencia se desarrolla en un ambiente social falto de alternativas de superación y recreación tanto personal como familiar y/o social;
- 2) Es en el ambiente social en donde el farmacodependiente, junto con otros jóvenes o niños, consigue las drogas que

utiliza ya sea sólo o en grupo;

- 3) El farmacodependiente se desarrolla en un medio social que influye sobre su manera de drogarse al negarle las posibilidades de desarrollo personal o familiar que se requieren para obtener un mejor nivel socioeconómico-cultural;
- 4) La farmacodependencia aumenta cada día en poblaciones en las que antes no se presentaba;
- 5) La adicción a las drogas es un fenómeno que no se presenta sólo, por lo que no se debe dejar de lado los demás factores relacionados con la salud integral del individuo como son: sexualidad, nutrición y desarrollo físico y mental; y,
- 6) Si no se crea una conciencia social hacia la prevención del uso de drogas siempre habrá quien las consuma y siempre habrá quien las venda indiscriminadamente.

Para poner en operación esta iniciativa, se requeriría que alguna persona moral o grupo lo respaldase ya que de otra manera no podría realizarse; esto, debido a que es necesario que una estructura institucional avale la labor a realizar, otorgue el financiamiento para los gastos de pago de nómina del personal, material, instalaciones y promoción y difusión del proyecto.

Es de mencionar que para que esto suceda, se podría solicitar a la Secretaría de Salud y Asistencia (S.S.A.), a la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), al

Gobierno de estado de Guanajuato, al municipio de León, o cualquier organización internacional como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) o la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), el financiamiento para la creación de una institución de este tipo; o, incluso, la formación de un patronato que se encargue de conseguir los recursos financieros para la creación de este centro asistencial.

Como se puede apreciar, existen varios caminos para que este proyecto sea operable, sólo basta seguir uno o dos de ellos para conseguir que se lleve a cabo; sin embargo, la última palabra la tiene el Gobierno de la República, el Gobierno del estado, el municipio de León o, en su defecto, alguna organización internacional que se interese por este proyecto.

A continuación, se mencionarán los requerimientos en cuanto a la estructura organizacional de una institución de nueva creación y las formas de trabajo previas a la apertura, necesarios para su operación. El nombre de esta institución podría ser, Centro de Prevención Integral de las Adicciones; cuyas siglas serían CEPYA, nombre fácil de identificar y recordar debido a lo corto de su pronunciación; sin embargo, y al igual que todo lo aquí propuesto, quedaría a discusión con la organización o dependencia gubernamental que financiara éste proyecto.

Estructura organizacional

Tomando en cuenta que la exigencia marcada por la dinámica psicosocial actual en el municipio de León, Gto. referente a la creación de más instituciones para la prevención de la farmacodependencia, que operen de acuerdo a un esquema de funcionalidad y que permitan responder con agilidad a la demanda de alternativas de recreación y superación de la población en general; dentro de un marco de expectativas comunes acorde a las necesidades de cada sector social y de conjunción de esfuerzos para la obtención de mejores resultados. Se establece a continuación el siguiente:

Objetivo:

Contribuir a corto plazo a la disminución del índice de inhalación de solventes industriales en la localidad y a largo plazo a la erradicación del fenómeno en la región, mediante la investigación psicosocial, la intervención comunitaria y de acuerdo con los principios de racionalidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Corresponde al Centro de Prevención Integral de las Adicciones:

I. Establecer los mecanismos de coordinación, planeación, operación, seguimiento y evaluación de los servicios que en cuestión de prevención sean desarrollados.

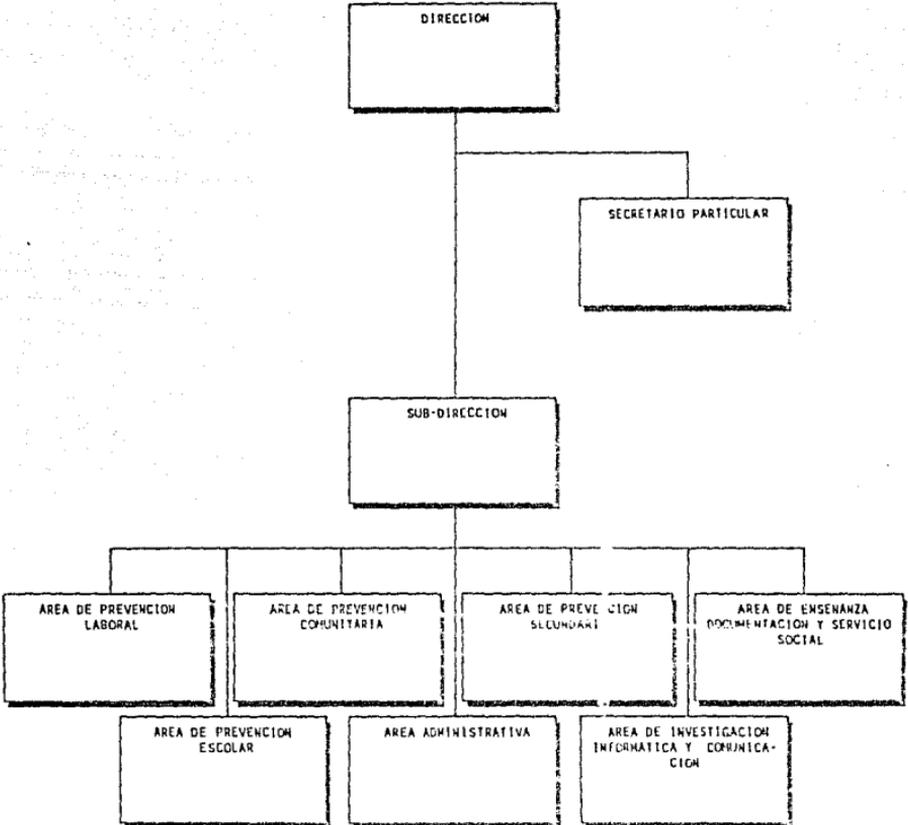
II. Establecer nexos con las demás instituciones dedicadas a la prevención de la farmacodependencia en la región.

III. Proporcionar los servicios preventivos que sobre el uso de drogas requieran las diferentes zonas del municipio.

IV. Emitir opinión técnica con respecto a consultas que en materia de prevención de drogas formulen los diferentes sectores o instituciones con que cuenta ésta localidad.

V. Las demás que las disposiciones legales y reglamentarias le atribuyan.

ORGANIGRAMA DEL CEPIA



DIRECCION

Objetivo:

- Promover la actualización sobre la coordinación, planeación, operación, seguimiento y evaluación de los diferentes programas y proyectos preventivos con el fin de lograr la eficiencia que en el cumplimiento de las funciones de la institución se requiere.

Funciones:

- Proponer los lineamientos para la operación del centro.
- Asegurar la congruencia de los diferentes programas y proyectos con respecto a la realidad cotidiana y los resultados obtenidos.
- Establecer los nexos necesarios con los diferentes sectores sociales cuidando de no involucrar al centro en ninguna actividad política o religiosa.
- Resguardar la imagen apolítica, laica y social de la institución evitando dar cabida a publicidad política y/o religiosa dentro de la misma.
- Establecer, operar y evaluar el proyecto general del centro.
- Controlar a nivel ejecutivo las actividades de las áreas para detectar desviaciones y cambios.
- Analizar y evaluar el avance de los programas y proyectos

con el propósito de detectar desviaciones en los planes y tomar las medidas pertinentes en su caso.

- Participar en la integración de los anteproyectos de investigación que tengan lugar en el CEPIA.

- Apoyar todo tipo de iniciativas viables provenientes del personal del CEPIA.

- Motivar la participación creativa del personal hacia las áreas de investigación, enseñanza y prevención.

- Supervisar los trabajos del centro de manera integral.

- Proponer los lineamientos para la capacitación y actualización constante del personal del CEPIA en general.

- Disponer la asesoría y apoyos requeridos por las áreas cuando estas lo soliciten, para efectos de formulación o implantación de estudios, programas y proyectos.

- Informar periódicamente a la superioridad sobre el avance de sus actividades.

- Proponer los lineamientos para el buen funcionamiento al interior del centro.

- Aprobar la actualización de técnicas, métodos y procedimientos utilizados para el desarrollo de los diferentes programas y proyectos preventivos.

- Participar en la planeación, organización, control y evaluación del desempeño de las funciones correspondientes al personal del centro.

- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.

- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomienden expresamente la superioridad.

SECRETARIO PARTICULAR DE LA DIRECCION

Objetivo:

- Orientar, auxiliar, coordinar, supervisar y evaluar los asuntos relacionados con la Dirección en previo acuerdo con ésta.

FUNCIONES:

- Acordar con el Director el despacho de los asuntos que le sean encomendados.
- Desempeñar las comisiones que el Director le encomiende y por acuerdo expreso, representar al Director cuando el titular lo determine.
- Contribuir a la formulación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos de la Dirección, en la parte que le corresponda.
- Suscribir los documentos relativos al ejercicio de sus atribuciones y aquellos que le sean señalados por delegación o le correspondan por suplencia.
- Proporcionar la información o la cooperación que le sean requeridas por las áreas, previo acuerdo con el Director.
- Recepción y atención de visitas con asuntos relacionados con la Dirección y su canalización a las áreas correspondientes o solución de las mismas.
- Recepción de llamadas telefónicas y acuerdos sobre las

mismas en coordinación con la agenda.

- Resguardo y custodia de la información relacionada con la Dirección.

- Elaboración y trámite de documentos solicitados por el Director.

- Comunicación y recordatorio al Director de los asuntos del día en orden de importancia para su desahogo.

- Atender los requerimientos del Director que en materia de trabajo le solicite.

- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.

- Las demás funciones que le confiera la Dirección.

SUBDIRECCION

Objetivo:

- Establecer los mecanismos de enlace, coordinación, planeación, operación, seguimiento y evaluación de los diferentes programas y proyectos preventivos elaborados por el CEPJA.

FUNCIONES:

- Coordinar las actividades de las diferentes áreas a fin de establecer normatividad y continuismo de acuerdo a los lineamientos de la institución.

- Promover la instrumentación de las técnicas de recolección de información y de medición para conocer el avance de los trabajos que se realizan en cada área.

- Supervisar que se cumplan las políticas, normas y estándares establecidas para la planeación, operación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos elaborados por el centro.

- Supervisar y controlar los cambios en los programas y proyectos desarrollados.

- Controlar a nivel operativo las actividades de las áreas para detectar desviaciones y cambios.

- Participar en el análisis y evaluación del avance de los programas y proyectos con el propósito de detectar

desviaciones en los planes y tomar las medidas pertinentes en su caso.

- Participar en la planeación, organización, control y evaluación del desempeño de las funciones correspondientes al personal del centro.

- Establecer los lineamientos para mantener actualizada la biblioteca técnica del centro con la documentación de los programas y proyectos de la institución.

- Apoyar todo tipo de iniciativas viables provenientes del personal.

- Someter a la consideración de la superioridad los programas de actividades que se establezcan para cada uno de los proyectos a desarrollar en cada área.

- Supervisar los trabajos del centro de manera integral.

- Determinar las cargas de trabajo para establecer mecanismos de acción que permitan cumplir con los compromisos adquiridos de acuerdo a la capacidad y disponibilidad de los recursos.

- Coordinar la atención a las solicitudes de requerimiento de servicios en las áreas de prevención laboral, prevención escolar, prevención comunitaria, investigación y enseñanza atendiendo a la disponibilidad de recursos.

- Disponer la asesoría requerida por las áreas cuando estas lo soliciten para efectos de formulación e implantación de estudios, programas y proyectos.

- Resguardar la imagen apolítica, laica y social del centro.

- Emitir opiniones e informar a la Dirección en relación al desempeño de las funciones encomendadas.
- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomienda expresamente la superioridad.

AREA DE PREVENCION LABORAL

Objetivo:

- Organizar los programas y proyectos a realizar dentro de su área y controlar que cumplan con las normas y estándares marcados por la superioridad.

FUNCIONES:

- Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las funciones correspondientes al personal adscrito a esta área.

- Someter a consideración de la superioridad el programa de actividades que se establezca para el área.

- Controlar la recepción de solicitudes de servicios requeridos por las diferentes empresas de la industria zapatera y afines.

- Realizar una evaluación diagnóstica de los requerimientos del solicitante.

- Realizar en conjunto con el solicitante el programa de trabajo siguiendo los lineamientos del CEPIA para el inicio y desarrollo del mismo.

- Elaborar expedientes de las peticiones de servicio con el fin de poder realizar el seguimiento del o los programas o proyectos.

- Evaluar el desarrollo y los resultados de la intervención en cada caso.

- Informar a la superioridad de los resultados obtenidos tomando en cuenta el punto de vista del solicitante.
- Participar en el control de actividades para detectar desviaciones y cambios.
- Asignar los programas y proyectos a los equipos de trabajo de acuerdo a los recursos disponibles y a las prioridades marcadas por la superioridad.
- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.
- Reportar los requerimientos de capacitación dentro de su área.
- Emitir opiniones e informar a la subdirección en relación al desempeño de las funciones encomendadas.
- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

AREA DE PREVENCIÓN ESCOLAR

Objetivo:

- Organizar los programas y proyectos a realizar dentro de su área y controlar que cumplan con las normas y estándares marcados por la superioridad.

FUNCIONES:

- Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las funciones correspondientes al personal adscrito a esta área.
- Someter a consideración de la superioridad el programa de actividades que se establezca para el área.
- Controlar la recepción de solicitudes de servicios requeridos por las diferentes escuelas de la localidad.
- Realizar una evaluación diagnóstica de los requerimientos del solicitante.
- Realizar en conjunto con el solicitante el programa de trabajo siguiendo los lineamientos del CEPIA para el inicio y desarrollo del mismo.
- Elaborar expedientes de las peticiones de servicio con el fin de poder realizar el seguimiento del o los programas o proyectos.
- Evaluar el desarrollo y los resultados de la intervención en cada caso.
- Informar a la superioridad de los resultados obtenidos

tomando en cuenta el punto de vista del solicitante.

- Participar en el control de actividades para detectar desviaciones y cambios.
- Asignar los programas y proyectos a los equipos de trabajo de acuerdo a los recursos disponibles y a las prioridades marcadas por la superioridad.
- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.
- Reportar los requerimientos de capacitación dentro de su área.
- Emitir opiniones e informar a la subdirección en relación al desempeño de las funciones encomendadas.
- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

AREA DE PREVENCION COMUNITARIA

Objetivo:

- Organizar los programas y proyectos a realizar dentro de su área y controlar que cumplan con las normas y estándares marcados por la superioridad.

FUNCIONES:

- Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las funciones correspondientes al personal adscrito a esta área.

- Someter a consideración de la superioridad el programa de actividades que se establezca para el área.

- Controlar la recepción de solicitudes de servicios requeridos por las diferentes colonias de la localidad.

- Realizar una evaluación diagnóstica de los requerimientos del solicitante.

- Realizar en conjunto con el solicitante el programa de trabajo siguiendo los lineamientos del CEPIA para el inicio y desarrollo del mismo.

- Elaborar expedientes de las peticiones de servicio con el fin de poder realizar el seguimiento del o los programas o proyectos.

- Evaluar el desarrollo y los resultados de la intervención en cada caso.

- Informar a la superioridad de los resultados obtenidos

tomando en cuenta el punto de vista del solicitante.

- Participar en el control de actividades para detectar desviaciones y cambios.
- Asignar los programas y proyectos a los equipos de trabajo de acuerdo a los recursos disponibles y a las prioridades marcadas por la superioridad.
- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.
- Reportar los requerimientos de capacitación dentro de su área.
- Emitir opiniones e informar a la subdirección en relación al desempeño de las funciones encomendadas.
- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

AREA DE PREVENCION SECUNDARIA

Objetivo:

- Organizar los programas y proyectos a realizar dentro de su área y controlar que cumplan con las normas y estándares marcados por la superioridad.

FUNCIONES:

- Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las funciones correspondientes al personal adscrito a esta área.

- Someter a consideración de la superioridad el programa de actividades que se establezca para el área.

- Controlar la recepción de solicitudes de servicios requeridos por los diferentes pacientes de la localidad.

- Realizar una evaluación diagnóstica de los requerimientos del solicitante así como un pronóstico y un plan terapéutico.

- Elaborar expedientes de las peticiones de servicio con el fin de poder realizar el seguimiento de casos.

- Evaluar el desarrollo y los resultados de la intervención en cada caso.

- Informar a la superioridad de los resultados obtenidos tomando en cuenta el punto de vista del solicitante.

- Participar en el control de actividades para detectar desviaciones y cambios.

- Asignar los programas y proyectos a los equipos de trabajo

de acuerdo a los recursos disponibles y a las prioridades marcadas por la superioridad.

- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.

- Reportar los requerimientos de capacitación dentro de su área.

- Emitir opiniones e informar a la subdirección en relación al desempeño de las funciones encomendadas.

- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.

- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

**AREA DE INVESTIGACION, INFORMATICA
Y COMUNICACION**

Objetivo:

- Definir y establecer las políticas para la utilización de clasificaciones, nomenclaturas y técnicas metodológicas que permitan el eficiente desarrollo de los proyectos de investigación del centro, aportando a la superioridad los elementos necesarios para soportar la toma de decisiones.

FUNCIONES:

- Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las funciones correspondientes al personal adscrito a esta área.
- Someter a la consideración de la superioridad el programa de actividades que se establezca para el área.
- Desarrollar sistemas computacionales que simplifiquen el desarrollo de los programas y proyectos del centro.
- Evaluar el desarrollo y los resultados de cada proyecto.
- Informar a la superioridad de los resultados obtenidos.
- Participar en el control de actividades para detectar desviaciones y cambios.
- Proponer la actualización de las políticas para la utilización de clasificaciones, nomenclaturas y técnicas metodológicas para el mejor desarrollo de los diferentes proyectos de investigación del centro.

- Coordinar la planeación y evaluación de las nuevas técnicas de investigación.
- Operar y mantener un programa para la creación de material audiovisual y gráfico tanto para la difusión del centro como para el apoyo didáctico a los programas de capacitación.
- Elaborar el boletín informativo del CEPIA en el que se dan a conocer los servicios prestados por el mismo, los avances de los diferentes programas y proyectos, así como información de actualización técnica sobre la prevención del uso de drogas.
- Coordinar la elaboración de formatos especiales, diplomas, mapas y material gráfico y audiovisual en general.
- Administrar los recursos audiovisuales que requieran cursos y presentaciones internas o externas.
- Asignar los programas y proyectos a los equipos de trabajo de acuerdo a los recursos disponibles y a las prioridades marcadas por la superioridad.
- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.
- Reportar los requerimientos de capacitación dentro de su área.
- Emitir opiniones e informar a la superioridad en relación al desempeño de las funciones encomendadas.
- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.

- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

**AREA DE ENSEÑANZA, DOCUMENTACION
Y SERVICIO SOCIAL**

Objetivo:

- Definir y establecer las políticas de planeación, organización, desarrollo y evaluación de los diferentes programas de enseñanza y capacitación dirigidos al personal del centro, mantener actualizada la biblioteca técnica del CEPIA con la documentación de los diferentes programas y proyectos de la institución y controlar las actividades en materia de servicio social y voluntariado.

FUNCIONES:

- Planear, organizar, controlar y evaluar el desempeño de las funciones correspondientes al personal adscrito a esta área.
- Someter a la consideración de la superioridad el programa de actividades que se establezca para el área.
- Reportar los requerimientos del centro en materia de enseñanza, capacitación, servicio social y voluntariado.
- Asignar los programas y proyectos a los equipos de trabajo de acuerdo a los recursos disponible. y a las prioridades marcadas por la superioridad.
- Evaluar el desarrollo y los resultados de cada proyecto.
- Participar en el control de actividades para detectar desviaciones y cambios.

- Controlar la recepción de solicitudes de capacitación y servicio social requeridas por las diferentes áreas.
- Controlar la recepción de solicitudes de participación voluntaria.
- Coordinar los trabajos de capacitación y enseñanza del centro.
- Coordinar las actividades que en materia de servicio social y voluntariado se requieran en el centro.
- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.
- Coordinar el acceso interno y externo de los contenidos de la biblioteca técnica del centro.
- Informar a la superioridad de los resultados obtenidos.
- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos de los programas y proyectos desarrollados en su área.
- Emitir opiniones a la superioridad en relación al desempeño de las funciones encomendadas.
- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

AREA ADMINISTRATIVA

Objetivo:

- Coordinar la aplicación de los lineamientos establecidos para el óptimo aprovechamiento de los recursos humanos, financieros, materiales y de los servicios generales, en apoyo a la realización de los planes y programas correspondientes al Centro de Prevención Integral de las Adicciones.

FUNCIONES:

- Supervisar la integración e implantación del programa de trabajo de esta área.
- Coordinar y organizar el proceso de participación en las acciones de reclutamiento, selección, contratación y asignación de remuneraciones del personal del Centro de Prevención Integral de las Adicciones, en conformidad con los lineamientos establecidos por la superioridad.
- Organizar el registro y control de los movimientos e incidencias del personal adscrito al Centro de Prevención Integral de las Adicciones, así como realizar los trámites relativos a las prestaciones a que tiene derecho.
- Coordinar la asignación de personal en función de turnos, vacaciones, prioridades y áreas de servicio.
- Coordinar la formulación e integración del anteproyecto del

programa de presupuesto anual bajo las normas y lineamientos establecidos por el Centro de Prevención Integral de las Adicciones.

- Coordinar la integración de los registros de estados presupuestales y contables del área.

- Proponer a la superioridad para su autorización las ampliaciones, reducciones, transferencias y reprogramación de recursos y metas necesarias para el eficiente funcionamiento del área.

- Coordinar y formular el programa anual de adquisiciones, gestionar su instrumentación y someterlo a la consideración de la superioridad.

- Vigilar y coordinar el almacenamiento, conservación, inventario y suministro de los bienes muebles y materiales del Centro de Prevención Integral de las Adicciones, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la superioridad.

- Emitir opiniones a la superioridad en relación al desempeño de las funciones encomendadas.

- Supervisar el cumplimiento de las normas de seguridad y de transporte establecidas.

- Supervisar el suministro de bienes a las diferentes áreas del Centro de Prevención Integral de las Adicciones.

- Elaborar de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos por la superioridad los documentos

desarrollados en su área.

- Reportar cualquier dato solicitado por la superioridad.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le encomiende expresamente la superioridad.

FORMAS DE TRABAJO PREVIAS A LA APERTURA

En primer lugar, nombrar al director, el cual se encargaría de elaborar un programa de trabajo y formar un cuerpo de asesores (que sólo funcionaría en ésta etapa) para diseñar e instrumentar las acciones previas a la apertura, y los convenios necesarios para recibir los apoyos requeridos. Cabe mencionar que este puesto debería ser asignado por concurso de proyecto, que sería sancionado por el consejo directivo de la institución u organización que financie esta iniciativa.

En segundo lugar, una vez nombrado el director, se comenzaría por seleccionar y capacitar al personal responsable de los cargos correspondientes a cada área de trabajo mediante un concurso similar al del director, el cuál estaría sancionado por el consejo directivo anterior y el director de esta nueva institución; esto se llevaría a cabo dentro de los siete meses previos a la apertura del CEPIA, los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

- El primer mes contratar al secretario particular del director, al subdirector y a los jefes de área; y comenzar a integrarlos como equipo de trabajo.
- El segundo mes capacitarlos sobre la problemática actual de León, Gto., los objetivos del centro y sus funciones dentro del mismo; y, mediante mesas de trabajo, sobre el fenómeno

de la adicción a los solventes y las diferentes drogas en el municipio, así como sobre el desarrollo físico y psicológico del niño y el adolescente (incluyendo sexualidad del niño y del adolescente y hábitos alimenticios).

- El tercer mes capacitarlos intensamente, mediante conferencias y mesas de trabajo, sobre las posibles acciones para solucionar a corto y a largo plazo el problema de la farmacodependencia en el municipio, sobre cómo tratar a un adicto y sobre los posibles tratamientos orientados a rehabilitar al adicto.

- El cuarto mes éste equipo se encargaría de establecer los diferentes programas y proyectos específicos a realizar por parte del centro.

- El quinto mes estaría dedicado al reclutamiento, selección y contratación del personal a laborar en este centro, bajo los lineamientos que para tal efecto establecería la superioridad.

- El sexto y séptimo meses el primer equipo de trabajo y el de asesores, se encargarían de capacitar al demás personal sobre: la problemática actual de León, Gto., los objetivos del centro y sus funciones dentro del mismo; y, mediante mesas de trabajo, sobre el fenómeno de la adicción a los solventes y las diferentes drogas en el municipio, así como sobre el desarrollo físico y psicológico del niño y el adolescente (incluyendo sexualidad del niño y del

adolescente y hábitos alimenticios); y mediante conferencias y mesas de trabajo, sobre las posibles acciones para solucionar a corto y a largo plazo el problema de la farmacodependencia en el municipio, sobre cómo tratar a un adicto y sobre los posibles tratamientos orientados a rehabilitar al adicto, además de dar a conocer y discutir los programas de trabajo de cada área, con la finalidad de lograr una comprensión, comunicación e integración adecuadas entre todos los integrantes de esta institución.

**PROYECTO GENERAL DEL CENTRO DE PREVENCIÓN
INTEGRAL DE LAS ADICCIONES**

Consideraciones generales

Para aminorar el problema de la farmacodependencia en la Ciudad de León, se debe involucrar a toda la población con el fin de realizar una labor de conjunto y no acciones aisladas; esto porque, como la experiencia y los tópicos revisados indican, las acciones aisladas representan pérdidas importantes de tiempo. Si se trabaja en una sola colonia o barrio puede que este se libre del problema, pero como la dinámica social es tan compleja y variada un niño o joven puede tener su centro de acción fuera de la colonia en la que se esté trabajando la prevención del uso de drogas (cosa muy frecuente en León), y lo que podría suceder es que en la colonia donde tenga su actividad primordial (sea trabajo, estudio, ambas u otras) se de el problema de la adicción a las drogas; siendo posible que, conjuntado a los factores familiares y personales que posibilitan la utilización del uso de drogas, como son: a) bajo ingreso; b) padre alcohólico; c) madre sobreprotectora; d) dejar de estudiar por trabajar, ayudando al padre, o por cuenta propia; e) medio ambiente carente de alternativas de recreación, superación y servicios urbanos, etc.; este sujeto sea factible de convertirse en adicto y pase a propagar el

uso de drogas en la comunidad donde usualmente habita, dando por resultado que lo logrado con la labor aislada se venga por los suelos ya que la gente que participa en los trabajos de prevención al ver algunos fracasos, se desanima y deja de actuar pensando "¿porque este trabajo no se llevaria a cabo en toda la ciudad?".

Como ejemplo se puede mencionar que los obreros de la industria del calzado, en la mayoría de los casos, no laboran en su comunidad (lease colonia) sino en otra, y siendo el trabajo que desarrollan, una fuente directa de inhalación involuntaria, tendiente a ser voluntaria, los que resultaran adictos irian a su comunidad a diseminar la utilización de drogas y el trabajo constituiria una pérdida de tiempo considerable.

Con esto, se quiere incidir en que para evitar que continúe sucediendo lo arriba expuesto, habria que manejar la prevención del uso de drogas no sólo en las colonias sino también en las fábricas, directamente con todos los involucrados en su funcionamiento, desde el dueño y/o director hasta el trabajador de limpieza y mantenimiento, pasando por todos los grupos jerárquicos de trabajadores.

Al igual que en lo arriba expuesto, se debe citar lo que sucede en las escuelas primarias y secundarias de este municipio; por un lado, la mayoría de los alumnos no viven en la colonia en donde se encuentra su escuela; y por otro, la

mayoría de los maestros no saben que hacer con un alumno que se droga o comienza a drogarse, y casi en todas las ocasiones en que los maestros se dan cuenta de que algún muchacho de su clase utiliza drogas, inmediatamente lo reprimen ya sea castigandolo, poniendolo en evidencia delante del grupo, suspendiendolo o expulsandolo (lo cual según la literatura, no funciona para que el alumno deje de drogarse); además, pocas veces mandan llamar a los padres del menor para comunicarles el problema y, cuando lo hacen como es por medio del mismo alumno, los padres casi nunca se presentan. Aunado a esto, está el hecho de que los padres en muy pocos casos se preocupan por saber como le va a su(s) hijo(s) en la escuela o con que amigos pasa(n) la mayor parte del tiempo.

Lo anterior, hace reflexionar sobre la necesidad de intervenir, en las escuelas primarias y secundarias, a nivel preventivo sobre el uso de drogas; trabajando, al igual que en la industria zapatera, con todos los involucrados en el funcionamiento y operación de las mismas, desde el supervisor de sector, hasta el encargado de intendencia, pasando por todo el personal que labora en una escuela; y, en algunos casos, realizando la prevención directamente con los alumnos, sobre todo los de escuelas de alto riesgo como son las que se encuentran en barrios bajos circundadas también por colonias de este tipo; en las escuelas que no sean de alto riesgo, bastaría con capacitar a todos los que en ellas laboran

sobre: qué es la farmacodependencia, los daños que ocasiona, como prevenirla, como detectarla, desarrollo psicológico del niño y del adolescente, manejo de niños y adolescentes farmacodependientes, sexualidad infantil y adolescente, y nutrición; siendo los prefectos, orientadores y maestros los encargados directos de la prevención en sus respectivas escuelas.

Ahora, con respecto al trabajo en colonias o barrios, la prevención comunitaria del uso de drogas debe hacerse en toda la ciudad por partes, es decir, dividiendo a la ciudad por zonas (ver apéndice D) y realizando labores preventivas para cubrir las mismas; primero las de alto riesgo, luego las cercanas a estas y así hasta abarcar a toda la población del municipio.

Cabe aclarar que, si se trabaja la prevención en las colonias de una zona de la ciudad, también ahí se debe llevar a cabo la prevención en fábricas y en escuelas, ya que así, se iría cubriendo la ciudad en los tres ámbitos que resultan ser los más relevantes para evitar el que se propague la adicción a las drogas.

Realizando la prevención del uso de drogas en estos tres principales ámbitos: laboral, escolar y comunitario (además de atender la consulta externa), se atacaría la diseminación del problema significativamente; de este modo, se lograría

concientizar a la población sobre el daño físico y mental que provoca el uso de drogas, con lo que se obtendría una renovada educación familiar hacia la salud integral del individuo, que sería reforzada en la escuela, el trabajo, en ambos y/o por la misma comunidad.

Para poder llevar a cabo esta iniciativa, sería estrictamente necesario realizar una buena labor de convencimiento con otras instituciones o sectores, como son el sector salud, el sector educación, el sector industria y comercio (sean públicos o privados), el sector eclesiástico, los sindicatos y asociaciones civiles, etc., para poder conjuntar todos los esfuerzos aislados que se dan en León y que, actualmente, no sirven de mucho.

Para lograr esto, se necesita de tiempo y de cambios graduales en la óptica de la población hacia el problema. Lo más relevante es que, por lo arriba descrito, se requiere de un proyecto preventivo donde es menester trabajar en conjunto con todos los sectores de la población para que los resultados sean efectivos.

FORMA DE TRABAJO

La forma de trabajo que se presenta para éste proyecto general cuenta con dos vertientes, cuatro etapas y dos estrategias de intervención.

Son dos vertientes porque una va dirigida a las estructuras sociales formales (como la cámara de la industria y comercio del estado, la cámara de la industria del calzado, grupos eclesiásticos, sindicatos, etc.) y la otra va dirigida a la población en general.

Las cuatro etapas que contempla éste proyecto son como sigue:

La primera consiste en sensibilizar a la población sobre el problema.

La segunda consiste en desarrollar y multiplicar el trabajo preventivo en toda la localidad.

La tercera consiste en sistematizar el trabajo preventivo en todas las zonas o sectores intervenidos. Y,

La cuarta consiste en institucionalizar el trabajo preventivo en la región.

Todo esto llevado a cabo con el apoyo de toda la comunidad y de los diversos sectores que la componen.

Finalmente son dos estrategias de intervención para desarrollar éste proyecto, la estrategia macro y la estrategia micro; la estrategia macro consiste en llegar a la población de arriba hacia abajo, es decir, se llegará con los dirigentes y líderes de opinión de los organismos o sectores como de las colonias o barrios, esto con el fin de abrir los espacios necesarios para llevar a cabo el trabajo preventivo

y obtener el apoyo de los líderes; la estrategia micro inside en la población de abajo hacia arriba, es decir, cuando un barrio, colonia, sector o grupo solicite éste trabajo o cuando se hayan abierto los espacios necesarios mediante la estrategia macro.

Ambas estrategias se realizarán con la colaboración (previa selección y capacitación) de promotores voluntarios, prestadores de servicio social y grupos formales e informales establecidos dentro de las colonias, barrios o grupos, todos coordinados por el CEPIA.

Cabe mencionar que este proyecto se plantea así debido a que tal vez resulte más fácil y rápido llegar a la población por arriba que por abajo, ya que de lo contrario sería muy difícil entrar a una colonia; por ejemplo a una unidad habitacional del infonavit, donde la mesa directiva de colonos es la que decide que hace la colonia para el mejoramiento de la misma, sin haber consultado primero a la mesa directiva o al presidente de la misma.

C A P I T U L O I V
CONSIDERACIONES FINALES

De todo lo expuesto en los capítulos anteriores se derivan las siguientes consideraciones finales:

- El fenómeno de la inhalación de solventes industriales es un problema de salud pública en el país, y es un problema endémico en el municipio de León, Gto.

- Se puede determinar que el problema de la inhalación de solventes industriales por parte de los jóvenes, tiene su origen en la necesidad psicológica de contar con la aceptación del grupo de referencia, el cual pasa de la familia a los amigos; es decir, un sujeto perteneciente a una familia disfuncional o desintegrada donde no le brindan la atención ni la importancia con las que debería contar por ser miembro de la misma, decide que es mejor estar con sus amigos que con su familia ya que estos si le prestan la atención que el requiere y cierto afecto, sin embargo estos amigos son adictos a los solventes por lo que este sujeto, para poder estar con ellos, debe inhalar ante la invitación a hacerlo para evitar su rechazo. Esto se confirma con el hecho de que el mantenimiento de la conducta de inhalar solventes está asociada y determinada por la convivencia con amigos adictos o por evitar el rechazo de los mismos.

Aunado a esto, la falta de alternativas de recreación y superación en la Ciudad de León, Gto. posibilita en gran

medida el que un sujeto decida inhalar para "pasar el rato", reuniéndose con otros jóvenes que también se drogan, lo que a su vez hace posible que el adolescente asocie lo arriba señalado y se drogue prefiriendo el rechazo familiar que el de los amigos, ya que éste último pasó a ser el grupo de referencia.

Cabría mencionar que la evitación del rechazo del grupo de amigos, prefiriendo el rechazo familiar; constituye una manera de evitar la tensión generada por el desbalance cognoscitivo, presente en el sujeto si decidiera no inhalar ante éstas condiciones; es decir, el que un adolescente pertenezca a una familia disfuncional o desintegrada donde no le prestan la atención ni el afecto que él requiere; y sus amigos, que son adictos a los solventes, si le ofrecen la cobertura de ambas necesidades, además de que al adolescente le agrada más estar con sus amigos que con su familia; y, si ante ésta situación, el joven decide no inhalar provocando el rechazo del grupo de amigos, se produciría la presentación de la tensión generada por el desbalance cognoscitivo originado por esta situación; dado lo cual, la solución de ésta tensionante situación es precisamente inhalar con los amigos, dando por resultado el balance cognoscitivo en el adolescente.

- El psicólogo, debería de tener la oportunidad de insidir teórica y metodológicamente más allá de la aplicación

de test y de la perspectiva psicoanalítica, buscando otras alternativas; por lo que habría que experimentar diferentes aproximaciones y estrategias para llevar a cabo la prevención secundaria.

- Si no se toma en cuenta a la comunidad para solucionar el problema y se sigue atacando de manera aislada, se continuará con los errores que las instituciones preventivas han venido planteando como forma de trabajo.

- Es de fundamental importancia la conjunción de los esfuerzos de todas las instituciones preventivas para poder establecer estrategias eficaces para abatir el fenómeno en la región.

- Debido a la magnitud del problema en el municipio de León, Gto. y a que las actividades preventivas actuales no son de mucha utilidad aunado a la exigencia marcada por la dinámica psicosocial prevaleciente en la región, se propone como alternativa viable, la creación de una institución que prevenga el fenómeno de la inhalación de solventes industriales de manera integral en la localidad.

- Es innegable que éste fenómeno se encuentra fuertemente ligado a la condición socioeconómica baja y a los factores psicosociales inherentes a la misma, sin embargo, no se descartan usuarios de solventes en otros sectores socioeconómicos.

- Se piensa que aún se ésta a tiempo de prevenir el

problema de la inhalación de solventes industriales en el municipio de León, para evitar afectaciones posteriores como la enajenación de niños y jóvenes, la baja productividad laboral, la baja productividad artística y cultural, el robo organizado y la baja escolaridad de la población en general.

- Tomando en cuenta que los niños y jóvenes de entre 9 y 24 años de edad serán el futuro de la región ¿no requerirá este trabajo, como muchos otros, ser valorado para atender a una población de 400,000 personas?

A P E N D I C E A

Clasificación general de los solventes industriales

Cuando se habla de solventes, se entiende que disuelven materiales resinosos, adhesivos, tintas de impresión o recubrimientos orgánicos. Así, existe una clasificación de solventes activos, co-solventes, solventes latentes y diluyentes.

Son considerados como solventes activos los siguientes: acetona, acetato de etilo y acetato de butilo.

Entre los co-solventes y solventes latentes están: metanol, etanol, n-propanol, ciclohexanol y metil ciclohexanol.

Los diluyentes son: hexano, heptano, benceno, tolueno, xileno, queroseno, naftas alifáticas y naftas aromáticas.

Los solventes industriales empleados en adhesivos se pueden dividir en seis grupos:

1. Hidrocarburos: hexano, heptano, ciclohexano, benceno, tolueno, xileno, queroseno, naftas y gasolina.

2. Hidrocarburos clorados: cloroformo, metil cloroformo, dicloruro de etileno, dicloropentanos, tricloro etileno, tetracloruro de carbono, clorobenceno y clorotolueno.

3. Nitroparafinas: nitro metano, nitro etano y nitro propano.

4. Cetonas: acetona, metil-etil-cetona, metil-iso-butil-cetona y diisopropil-cetona.

5. Esteres: Acetato de etilo y acetato de butilo.

6. Alcoholes: etanol, iso-propanol y diacetona-alcohol (Barroso-Moguel, R. y Romero-Diaz, V. 1988).

Características de los solventes industriales

Los solventes industriales constituyen un grupo heterogéneo de sustancias químicas empleadas en la elaboración de productos industriales y de uso doméstico, e intervienen en diversos procesos químicos en donde cumplen funciones específicas.

De manera general, los solventes industriales pueden dividirse en los siguientes grupos funcionales:

a) Hidrocarburos aromáticos:

Se derivan del alquitrán de hulla de petróleo. Dentro de este grupo, los más utilizados como compuestos aislados son: el benceno, el tolueno y el xileno, además de las naftas aromáticas, cuando forman parte de mezclas complejas.

El tolueno y el xileno son las sustancias más frecuentemente utilizadas en la elaboración de cementos plásticos, pegamento para modelismo, tintura de zapatos, tiner y activador (conocido en León, Gto., como agua de celaste). Pese a su baja volatilidad, la duración prolongada de los efectos del tolueno lo convierten en una de las

sustancias preferidas por los adictos.

El benceno es el más tóxico de los hidrocarburos aromáticos. Se utiliza en la elaboración de cementos adhesivos, cementos de caucho, líquidos limpiadores de ropa, productos para destapar caños y tiner.

La nafta aromática se utiliza para elaborar combustible para encendedores y desmanchadores de ropa.

b) Hidrocarburos alifáticos:

Son productos derivados del petróleo. Entre los más frecuentemente utilizados, como compuestos químicos aislados, se encuentran el hexano y el heptano, aunque también pertenecen a este grupo el queroseno y las naftas. Sirven como diluyentes para la preparación de solventes en la industria de los recubrimientos y adhesivos. Se usan para la elaboración de cementos plásticos, tiner y combustible para encendedores. Se reportan como de baja toxicidad, aunque con acción narcótica, compulsiva e irritante.

c) Hidrocarburos clorados:

Son productos petroquímicos generalmente utilizados como solventes de hules naturales y sintéticos. Dentro de este grupo, las sustancias más frecuentemente usadas son el tetracloruro de carbono y el tricloroetileno. Se emplean en la elaboración de soluciones quitamanchas, removedor de grasas y sustancias para lavado en seco. Son los solventes más tóxicos.

d) Cetonas:

Son productos de la industria petroquímica, utilizados como soluciones activas de resinas vinílicas y acrílicas. Son tóxicos y se les reporta como fuertes narcóticos del sistema respiratorio. A este grupo pertenece la acetona, la cual, se encuentra activa en removedores para esmalte de uñas, cemento plástico para modelismo y tiner.

e) Aerosoles:

Es un nuevo grupo de solventes. Están conformados por ingredientes activos de toxicidad variable y un repelente. Todos los aerosoles (conocidos también como "sprays") y refrigerantes modernos contienen freones, estos tienen como función servir de propulsores en ambos productos (Barroso-Moquel, R. y Romero-Díaz, V. op. cit.).

A P E N D I C E B

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Los tópicos que guiaron las preguntas de la entrevista fueron:

- grado de estudio;
- servicios urbanos (agua, luz, drenaje, etc.) de la colonia donde usualmente habita;
- alternativas de recreación (canchas deportivas, casas de la cultura, cines, etc.) con las que cuenta la zona donde usualmente habita;
- alternativas de superación (centros de capacitación para el trabajo, talleres artesanales, academias, etc.) con las que cuenta la colonia donde usualmente habita;
- tipo de familia;
- ocupación de los padres;
- consumo de alcohol en la familia;
- monto mensual del ingreso familiar;
- postura familiar ante la inhalación de solventes;
- preferencia hacia estar con la familia o con el grupo de amigos;
- a qué o a quién se debió la decisión de inhalar por primera vez;

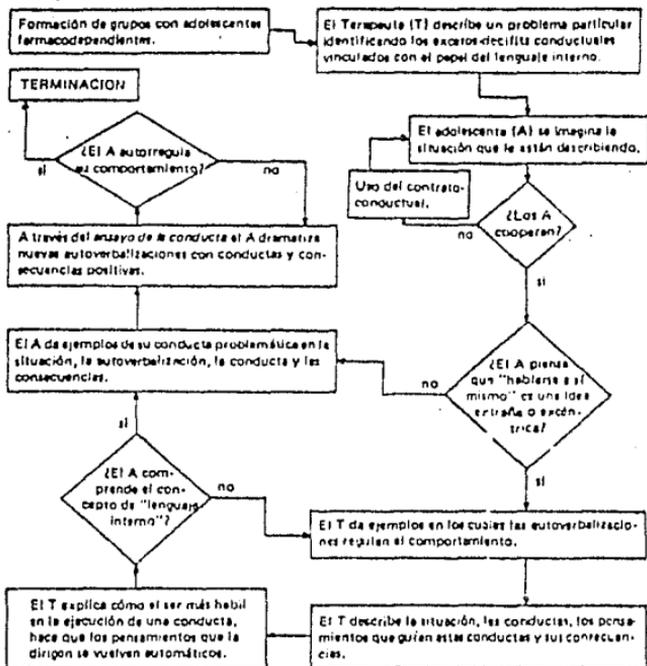
- a qué se debe su consumo actual de solventes;
- percepción del fenómeno; y,
- actitud ante el problema.

ENTREVISTA INFORMAL

Los tópicos que guiaron las preguntas de la entrevista fueron:

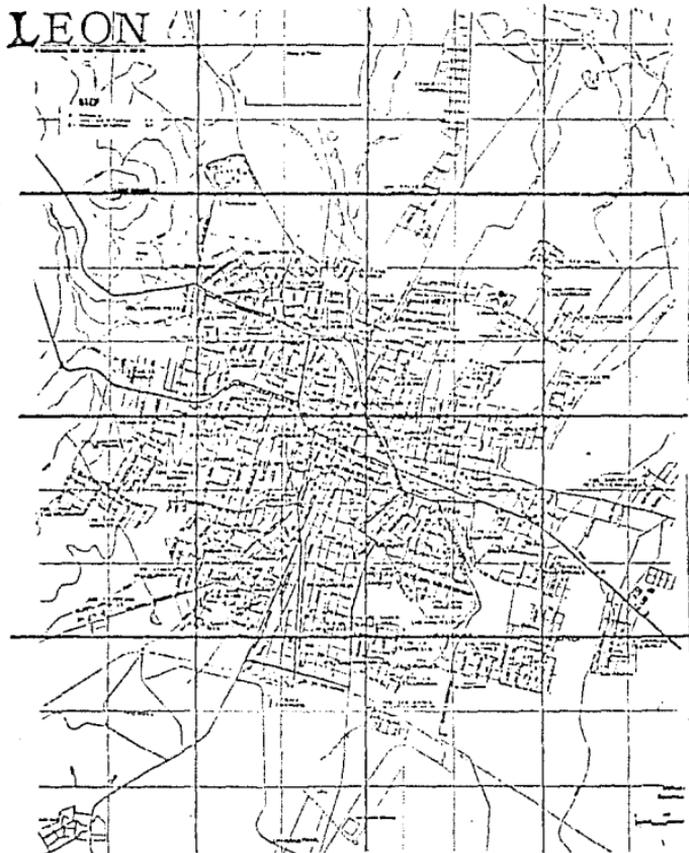
- posibles causas del consumo de solventes en la localidad;
- percepción del fenómeno; y,
- actitud ante el problema.

APENDICE C



ESTRATEGIA INSTRUCCIONAL DE UNA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
 PARA INTERVENIR EN PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS

A P E N D I C E D



MAPA DE LEÓN, GTO. DIVIDIDO POR ZONAS PARA DESARROLLAR
EL TRABAJO PREVENTIVO COMUNITARIO DE CEPIA

G L O B A R I O

Aquí se han incluido las palabras que constituyen la terminología utilizada en este trabajo. Las definiciones no son necesariamente formales, pero sí útiles para comprender los conceptos manejados.

Abuso de drogas. Uso repetido de toda sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de este, y que puede provocar el acostumbramiento. Siendo la administración sin propósitos legítimamente médicos.

Abuso de sustancias volátiles. Uso repetido de disolventes industriales que pueden provocar intoxicación voluntaria o involuntaria cuando se inhalan, y provocar el acostumbramiento.

Adicción. El impulso irreprimible de continuar administrándose la droga en una forma periódica o continua.

Adictos. Personas que presentan el impulso irreprimible de continuar administrándose la droga en una forma periódica o continua, para poder experimentar repetidamente los efectos que esta sustancia produce.

Adictos a los solventes industriales. Personas que presentan el impulso irreprimible de continuar administrándose disolventes industriales en una forma periódica o continua, para poder experimentar repetidamente los efectos que esta sustancia produce.

Adornadoras. Son obreras de la industria del calzado que se encargan de detallar y dar los toques finales a estos productos.

Atención de la farmacodependencia. Son las actividades realizadas para llevar a cabo la prevención secundaria y terciaria del fenómeno.

Barbitúricos. Estas sustancias son hipnóticas y a dosis menores sedan a los pacientes.

Consecuencias psicosociales derivadas de la farmacodependencia. Son los efectos psicológicos y sociales generados en una región dada por el consumo de drogas en la misma.

Consumo de disolventes. Inhalación o uso de solventes industriales con fines de intoxicación.

Consumo de solventes. Ver consumo de disolventes.

Delito contra la salud. Violación de la o las disposiciones de la ley general de salud.

Disolventes. Sustancias químicas de uso diverso que pueden ser utilizadas con fines de abuso por las personas y provocar intoxicación voluntaria o involuntaria cuando se inhalan.

Droga. Toda sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de este.

Drogarse. Acción de introducir voluntariamente en el organismo de un sujeto alguna sustancia química que posea la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de este.

Drogadicción. Impulso irreprimible de continuar administrándose la droga en una forma periódica o continua, para poder experimentar repetidamente los efectos que esta sustancia produce.

Embarradores. Obreros de la industria del calzado cuya función es aplicar el pegamento a la suela de este producto.

Estimulantes. Son aquellas drogas que excitan al sistema nervioso central y producen un estado de alerta y de actividad. Se incluyen entre ellas la cafeína, la cocaína y, sobre todo, las anfetaminas.

Fármacos. Véase drogas.

Farmacodependencia. Véase drogadicción.

Farmacodependientes. Véase adictos.

Inhalación. Acción de inhalar.

Inhalación de solventes químicos. Véase consumo de disolventes.

Inhalación de solventes industriales. Véase consumo de disolventes.

Inhalación de sustancias volátiles. Véase consumo de disolventes.

Inhalación fortuita. Inhalación que sucede por casualidad.

Inhalación habitual. Inhalación que se hace por costumbre.

Inhalación involuntaria de solventes químicos. Acción de inhalar sustancias químicas de manera fortuita o accidental, en este caso dada por la ocupación del obrero leonés.

Inhaladores involuntarios. Son aquellos que debido a su desempeño laboral, están en contacto frecuente con solventes industriales inhalando estas sustancias de manera fortuita o accidental.

Inhaladores voluntarios. Son personas que presentan el impulso irreprimible de continuar administrándose disolventes industriales en una forma periódica o continua, para poder experimentar repetidamente los efectos que esta sustancia produce.

Inhalar en la vía pública. Intoxicarse con solventes industriales en la calle.

Inhalar solventes. Uso de solventes industriales con fines de intoxicación.

Intoxicación. Estar bajo los efectos de la inhalación de solventes industriales.

Mal endémico. Enfermedad que reina habitualmente en una región.

Marihuana. Planta silvestre denominada científicamente cannabis sativa que posee capacidad psicoactiva.

Pacientes farmacodependientes. Adictos susceptibles de recibir tratamiento terapéutico.

Poblaciones marginales. Aquellas que por sus características y ubicación carecen de bienes y servicios sociales.

Síndrome de abstinencia. Los malestares físicos que se presentan en el inhalador por la supresión de la droga como calambres, dolores, temblores, etc.

Prevenir. Evitar la presentación de un fenómeno.

Sustancias inhalables. Véase disolventes.

Sustancias químicas. Véase disolventes.

Sustancias volátiles. Véase disolventes.

Unidades de servicio y vigilancia. Patrullas

Tolerancia al solvente inhalado. Es el estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de solvente inhalado, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Esto tiene como consecuencia la necesidad del sujeto de consumir una dosis mayor de solvente para provocar el mismo efecto.

Tranquilizantes. Son sedantes como el diazepam o el valium, producen mejor efecto a menores dosis, con menos síntomas secundarios y pueden producir dependencia física.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alonso-Fernández, F. Drogas, juventud y sociedad. *Salud mental* 3(2): 23-26. México, verano 1980.
- 2.- Barrera, M. y Chávez, M. Taller sobre la prevención de la farmacodependencia dirigido a maestros. Tesis profesional. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1987.
- 3.- Barroso-Moguel, R., et al. Lesiones microscópicas cerebelosas en humanos, gatos y ratas, producidas por tiner y tolueno. En Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R., Wagner, F. (comp) *Disolventes inhalables*. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Editado por Centros de Integración Juvenil A. C. Mexico, 1988. p 441-472.
- 4.- Barroso-Moguel, R. y Romero-Díaz, V. Thinner: inhalación y consecuencias. Editado por FISAC. A.C. México, 1988.
- 5.- Belsasso, G. "Aspectos generales sobre inhalantes". *CEMEF* 2, 1975.
- 6.- Berriel-González, R. E. y cols. Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el Centro de Integración Juvenil "León". En Contreras, C. (ed.) *Inhalación voluntaria de solventes industriales*. Ed. Trillas, México, 1977. p 424-441.
- 7.- Berriel-González, R. E. y Luna, J. A. Relación entre el trabajo con acceso a inhalantes volátiles y el desarrollo de la inhalación deliberada de dichas sustancias. En Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R., Wagner, F. (comp) *Disolventes inhalables*. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Editado por Centros de Integración Juvenil A. C. Mexico, 1988. p 181-185.
- 8.- Campbell, D. y Watson, V. "A comparative study of 18 glue sniffers". *Community Health*, 9(LI): 207-210.
- 9.- Castro, M. E. El uso de drogas entre los estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el período de 1975 a 1986. *Salud mental* 10(4): 30-37. México, diciembre 1987.

10.- Castro, M. E. y Maya, M. Estudio longitudinal sobre el consumo de drogas en un grupo de estudiantes mexicanos: Resultados y aspectos metodológicos. Salud mental 7(1): 78-81. México, primavera 1984.

11.- Censo General de Población y Vivienda, 1980. Estado de Guanajuato. INEGI. Vol I y II, tomo II. México, 1984.

12.- Chaudron, D. "Inhaling intoxicants: Historical biological and social perspectives". Solvents adhesives and aerosols. Proceedings of a seminar held in Toronto in May, 1977. Canada. Addiction Research Foundation.

13.- Chávez, M. E. Estudio comparativo de algunas características psicológicas entre un grupo de madres de farmacodependientes con hogar integrado y un grupo de madres de farmacodependientes con hogar desintegrado. Tesis profesional. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1986.

14.- Chevalli-Arroyo, A., et al. Farmacodependencia a inhalantes, introducción. En Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R., Wagner, F. (comp) Disolventes inhalables. Editado por Centros de Integración Juvenil A.C. México, 1988. p 3-11.

15.- Cohen, S. ¿Porque los disolventes?. En Contreras, C. (ed.) Inhalación voluntaria de solventes industriales. Ed. Trillas, México, 1977. p 401-405.

16.- Contreras, C. (ed.) Inhalación voluntaria de solventes industriales. Ed. Trillas, México, 1977.

17.- Costero, I. y Barroso-Moguel, R. Alteraciones encontradas en gatos intoxicados experimentalmente con inhalaciones de solventes industriales. En Contreras, C. (ed.) Inhalación voluntaria de solventes industriales. Ed. Trillas, México, 1977. p 163-185.

18.- Costero, I. y Barroso-Moguel, R. Alteraciones microscópicas encontradas en el sistema nervioso central de gatos y ratas albinas, relacionables con la intoxicación experimental por inhalación de solventes industriales (tolueno y tiner). En Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R., Wagner, F. (comp) Disolventes inhalables. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Editado por Centros de Integración Juvenil A. C. Mexico, 1988. p 411-440.

19.- De la Fuente, R. El problema de la farmacodependencia. Visión de conjunto. Salud mental 10(4): 7-10. México, diciembre 1977 (A).

20.- De la Fuente, R. El problema de la farmacodependencia. Visión de conjunto. Conclusiones: Las acciones para combatir el problema. Salud mental 10(4): 39-41. México, diciembre 1977 (B).

21.- De la Garza, F., De la Vega, B. y Zuñiga, V. Control social y uso de drogas en menores que trabajan en la vía pública (caso Monterrey). Salud mental 8(3): 3-7. México, septiembre 1985.

22.- De la Garza, F. y Vega, A. La juventud y las drogas, guía para jóvenes, padres y maestros. Ed. Trillas, México 1988 (cuarta reimpresión).

23.- De la Garza, F., Mendiola, I. y Rábago, S. Terapia comunitaria e inhalantes. Trabajo presentado en el IX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, La Habana, Cuba, febrero 1977.

24.- De la Garza, F., Mendiola, I. y Rábago, S. Perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal. Salud mental 3(4): 4-12. México, invierno 1980.

25.- De la Garza, F., Mendiola, I. y Rábago, S. Adolescencia marginal e inhalantes: Medidas preventivas. Edit. Trillas. Mexico, 1977. (1ra reimpresión).

26.- Díaz, P. y Valera, R. Ingresos relacionados con elementos de intoxicación al consejo tutelar para menores infractores del D.F. Estudio de dos muestras. En Labradero, M., Cabrera, J., Zapata, R., Wagner, F. (comp) Disolventes inhalables. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Editado por Centros de Integración Juvenil A. C. Mexico, 1988. p 481-496.

27.- Du pont, R. Exitos y fracasos de los Estados Unidos en sus experiencias con la farmacodependencia. Salud mental 1(3): 19-23. Trabajo presentado en la V reunión nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, en Guanajuato, Gto. del 1 al 3 de diciembre de 1977. México.

28.- García, B. y cols. Curso de prácticas del cuarto nivel. Coordinación de laboratorios. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1982. p 157-163.

29.- Garduño, E. Grado de información acerca de la farmacodependencia en alumnos de secundaria del D.F. Tesis profesional. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1986.

30.- Gómezjara, F., Lópezchinas, F. y Villafuerte, F. Pandillerismo en el estallido urbano. Edit. Fontamara. México, 1987.

31.- Gómezjara, F. Técnicas de desarrollo comunitario. Edit. Fontamara. México, 1987. (2da edición).

32.- Greer, S. Organización social. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1976. p 59-63.

33.- Hawton, K., Cole, D., O'grady, J. y Osborn, M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. Brit J. Psychiat, 141, 1982 (286-291).

34.- Kerlinger, F. Investigación del comportamiento. Edit. Nueva editorial interamericana, S.A. de C.V. México, 1979. (2da. edición).

35.- Korman, M., Trimboli, F. y Sembler, I. Estudio de la inhalación de solventes en una sala de emergencia psiquiátrica. En Contreras, C. (ed.) Inhalación voluntaria de solventes industriales. Ed. Trillas, México, 1977. p 212-234.

36.- Labrandero, M., Cabrera, J., Zapata, R. y Wagner, F. (comp) Disolventes inhalables. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Editado por Centros de Integración Juvenil A. C. Mexico, 1988.

37.- Leal, H., et al. Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en la Ciudad de México. En Contreras, C. (ed.) Inhalación voluntaria de solventes industriales. Ed. Trillas, México, 1977. p 442-459.

38.- Léonard, F. Un modelo del sujeto: el modelo del equilibrio de Heider. En Moscovici, S. Edit. Planeta. Barcelona, España. 1975. p 135-142.

39.- Lindgren, H. Introducción a la psicología social. Edit. Trillas. México. 1979 (segunda reimprisión).

- 40.- López, S., Medina-Mora, M. E., y Ortiz, A. Percepción y actitudes hacia el uso de sustancias de abuso a través del método de informantes. *Salud mental* 7(2): 69-79. México, verano 1984.
- 41.- Márquez, J. Diagnóstico preliminar de daño cerebral en farmacodependientes e inhalantes a partir de pruebas neuropsicológicas. Tesis profesional, Fac. de Psicología, U.N.A.M., 1979.
- 42.- Medina-Mora, M. E. y cols. Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados nacionales. *Salud mental* 12(2): 7-12. México, junio 1989.
- 43.- Medina-Mora, M. E. Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. *Salud mental* 10(4): 11-19. México, diciembre 1987.
- 44.- Medina-Mora, M. E. y Castro, M. E. El uso de inhalantes en México. *Salud mental* 7(1): 13-18. México, primavera 1984.
- 45.- Medina-Mora, M. E., et al. Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México. En Contreras, C. (ed.) *Inhalación voluntaria de solventes industriales*. Ed. Trillas, México, 1977. p 352-362.
- 46.- Medina-Mora, M. E. y cols. Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud mental* 5(1): 77-81. México, primavera 1982.
- 47.- Mirolli, A. *Las drogas*. Edit. El ateneo. Buenos Aires, 1980. (2da. edición).
- 48.- Mothner, I. y Weitz, A. *Como abandonar las drogas*. Ediciones martínez roca. España, 1986.
- 49.- Natera, G. Estudio sobre la incidencia del consumo de disolventes volátiles, en 27 centros de la República Mexicana. En Contreras, C. (ed.) *Inhalación voluntaria de solventes industriales*. Ed. Trillas, México, 1977. p 329-351.
- 50.- Neuman, E. *Droga y criminología*. Edit. Siglo XXI. México, 1984.

51.- Olavarria, M. Estudio comparativo de rasgos de la personalidad entre dos grupos: uno de usuarios crónicos de inhalables y otro de no usuarios. Tesis profesional. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1987.

52.- Ortiz, A. y Caudillo, C. Alteraciones físicas y psicológicas asociadas a la inhalación de solventes industriales una revisión. Enseñanza e investigación en psicología 10(2). Editada por el Consejo Nacional Para la Enseñanza e Investigación en Psicología. Mexico, diciembre 1984.

53.- Ortiz, A. y cols. El desarrollo del sistema de información sobre drogas y las tendencias del consumo en el área metropolitana. Salud mental 12(2): 35-41. México, junio 1989.

54.- Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas: 1980-2010. INEGI. México, 1985.

55.- Pucheu, C. y Torres, J. Estado actual del problema de la farmacodependencia en México. Salud mental 3(2): 8-16. México, verano 1980.

56.- Reglamento para el control de sustancias psicotrópicas por inhalación. Publicado en el Diario Oficial de la Federación. 15 de enero de 1981.

57.- Ron, M. A. Volatile substance abuse: A review of possible long-term neurological, intellectual and psychiatric sequelae. Brit J. Psychiatry 148, 1986 (235-246).

58.- Rubio, S. Estudio epidemiológico del consumo de drogas en la Ciudad de Puebla en la población de 14 años en adelante. Tesis profesional. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1978.

59.- Said, S. y cols. Prevención en farmacodependencia. CEMEF 4(11): 28-34. México, noviembre 1976.

60.- Terroba, G. Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en el D.F. Tesis profesional. Fac. de Psicología, U.N.A.M. 1978.

61.- Valderrama, P., Rivero, F. y Dominguez, B. Una propuesta de entrenamiento en terapia cognitivo-conductual y su uso para la solución de problemas de relevancia social. Salud mental 6(4): 20-23. México, invierno 1983.

62.- Vega, A. Los maestros y las drogas. Ed. Ellacuría, Guipuzcoa, 1984.

INDICE ONOMASTICO

Alonso-Fernández, F., 4, 7
Barrera, M., 25
Barroso-Moguel, R., 4, 26, 27, 28
Belsasso, G., 4, 8, 9, 19
Berriel-González, R. E., 4, 41, 42, 99
Cabrera, J., 5, 90
Campbell, D., 4
Castro, M. E., 4, 5, 13, 14, 16, 29, 30
Caudillo, C., 5
Chaudron, D., 4, 5
Chávez, M., 25
Chevaili-Arroyo, A., 4, 19
Cohen, S., 4, 29
De la Fuente, R., 4
De la Garza, F., 4, 5, 19, 29
De la Vega, B., 4
Diaz, P., 16
Dominguez, B., 5, 106
Du pont, R., 5
García, B., 53
Greer, S., 55
Kerlinger, F., 73
Korman, M., 5

Labrandero, M., 5, 90
Leal, H., 5
Léonard, F., 62
Lindgren, H., 55, 63
Luna, J. A., 4, 41, 42, 99
Maya, M., 4
Medina-Mora, M. E., 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 29, 30
Mendiola, I., 4, 5
Natera, G., 5, 10
Ortiz, A., 5, 16, 18
Pucheu, C., 5
Rábago, S., 4, 5
Rivero, F., 5, 106
Romero-Díaz, V., 4, 26, 27, 28
Ron, M. A., 5
Rubio, S., 19
Semblar, I., 5
Torres, J., 5
Trimboli, F., 5
Valderrama, P., 5, 106
Valera, R., 16
Wagner, F., 5, 90
Watson, V., 4
Zapata, R., 5, 90
Zuñiga, V., 4