

23



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO:  
1970 - 1988

TESIS PROFESIONAL

PRESENTADA POR:  
RAUL ORTIZ MONDRAGON  
PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

Asesoría de la Mtra. Delia Selene de Dios de Puente

Ciudad Universitaria

Abril de 1992



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

	Página
INTRODUCCION .....	6
CAPITULO I MARCO HISTORICO DEL CONSUMO DE DROGAS ..	13
A) "Forma simple" del consumo de drogas	14
B) Sociedad esclavista .....	18
C) Edad media .....	21
D) Sociedad capitalista .....	26
CAPITULO II PLANTEAMIENTO EPIDEMIOLOGICO .....	42
A) Definición y objetivo .....	43
B) Epidemiología como sociología de las enfermedades .....	47
C) Causalidad .....	51
CAPITULO III CONSUMO DE DROGAS EN MEXICO: 1960-1988 .	62
A) Epidemiología y farmacodependencia ..	64
B) Encuestas en hogares .....	68
- Efectuadas hasta 1978 .....	69
- Encuesta Nacional de Adicciones ...	74
C) Encuestas en escuelas .....	83

D) Personas atendidas por consumo de drogas en Centros de Integración Juvenil, 1976-1986 .....	95
<b>CAPITULO IV DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN MEXICO Y - LA FARMACODEPENDENCIA .....</b>	<b>120</b>
A) México 1930-1988 .....	120
B) Origen y vigencia de la farmacodependencia en México .....	130
<b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>155</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>183</b>

## INTRODUCCION

La historia del capitalismo es de hecho la de la industrialización iniciada en Inglaterra. La revolución industrial parte de ese país y se extiende de manera desigual al resto del mundo. De sus orígenes el capitalismo tiene la necesidad de crear y fo-mentar la desigualdad, pues como señala Keynes, es justamente su punto de partida: "La inmensa acumulación de capital fijo que, ..., se realizó durante la segunda mitad del siglo XIX no habría nunca sido posible en una sociedad donde la riqueza hubiera estado repartida de manera equitativa" 1/.

Otra de las principales características del capitalismo es su --- inestabilidad y tendencia al cambio. Así tenemos frente a las -- oscilaciones de la economía, crisis, auge, la revolución de las - formas técnicas y el cambio o ajuste en las relaciones sociales - dadas, constituyen constantes del desarrollo del capitalismo.

Las condiciones de la salud mental se encuentran por lo anterior sometidas a duras pruebas: frente al progreso técnico y las presiones demográficas, las necesidades se acrecientan y la insatisfacción de las mismas tensa la resistencia emocional de los individuos. En la velocidad del cambio nada se ha adquirido definitivamente. En la corriente del desarrollo moderno, lo único seguro es el cambio, su vértigo no perdona a nadie, la capacidad socioeconómica y cultural para adecuarse a las nuevas condiciones de vida influyen en la aparición de diferentes fenómenos mórbidos: de procesos infectocontagiosos hasta afecciones mentales o de conducta.

Uno de los grandes cambios observados con el desarrollo del capitalismo es la constitución de concentraciones urbanas donde la capacidad de satisfacción de necesidades de servicios se ve rápidamente rebasada por el crecimiento demográfico. La problemática -

urbanístico-social abarca diferentes ámbitos: contaminación ambiental, escasez de vivienda, mayor incidencia de enfermedades -- nerviosas y cardiovasculares, pérdida del sentido de comunidad, -- anonimato individual y farmacodependencia, entre otras más.

México no escapa a esa problemática, más aún, vemos que sin poder resolver el problema de enfermedades resultantes de la insatisfacción de necesidades esenciales tales como vivienda, empleo, equipamiento urbano, educación y alimentación, en nuestro país se han acentuado padecimientos sólo aparentemente propios de países altamente industrializados, uno de esos es el de la farmacodependencia.

El problema del consumo de drogas en México, se manifiesta como -- tal justo cuando el país empieza a tomar un perfil predominantemente urbano. La situación específica que se vive en las ciudades propician su presencia, pues las precarias condiciones de vida de la gente favorecen la aparición de conductas indicativas de resistencia para adaptarse a los medios carentes o deficientes de satisfactores para vivir decorosamente.

El síndrome de deterioro social descrito en las poblaciones manicomiales, no difiere sustancialmente del síndrome que -- resulta de la adaptación a un medio miserable que frustra -- la satisfacción de las necesidades humanas elementales. La apatía extrema, la pérdida de todo sentido de dignidad, el desinterés y el descuido de la persona que se asocia con la proclividad a la violencia, todo ello expresa el hecho trágico de que la vida para una persona ya no tiene significado 2/.

La idea expresada por el médico-psiquiatra Ramón de la Fuente, de talla uno de los factores socioeconómicos favorecedores de la aparición del fenómeno de la farmacodependencia, pues la molestia o dolor ocasionados por la insatisfacción de "necesidades humanas --

elementales", un número de persona tratará de evitarlo consumiendo algún tipo de droga, ya sea de producción legal o ilegal. Con lo anterior, la posibilidad de ser farmacodependiente o usuario ocasional de una droga no se reduce a la gente más pobre, pues la insatisfacción humana puede darse en todas las personas, sin embargo, las más carenciadas socioeconómicamente tienen más probabilidad de padecer esta problemática.

A fines de la década de los sesenta la farmacodependencia se manifiesta como un problema social en la República Mexicana. Su estudio sistemático se inicia con los años setenta cuando diferentes instituciones educativas, de salud, carcelarias, principalmente - se dan a la tarea de determinar su extensión en la población.

Una de las maneras de evaluar la extensión y magnitud del fenómeno ha sido la realización de encuestas epidemiológicas; las cuales se han llevado a cabo en cárceles, hogares, escuelas e instituciones especializadas en el tratamiento de usuarios de drogas, principalmente. En la presente investigación se exponen resultados de las tres últimas líneas, pues por un lado, son las más efectuadas y permiten una visión conjunta y amplia del problema - bajo estudio.

Con la ejecución de encuestas en hogares se investiga el uso de drogas en la población general, por lo que su cobertura poblacional es muy amplia. Para su realización se utilizan cuestionarios los cuales son aplicados por encuestadores mediante una entrevista personal en domicilios seleccionados aleatoriamente. La limitación básica de esta estrategia de investigación en farmacodependencia se debe a que por ser un tema objeto de desaprobación social e implicaciones legales, se da por hecho la obtención de cifras de consumo inferiores a las reales. Situación particularmente notoria en los reportes de inhalables, heroína y cocaína, aunque por motivos diferentes.

Los estudios en población estudiantil son los efectuados con más frecuencia. Entrevistados en sus escuelas son considerados como un universo semicerrado alfabeta, posibilitando así la utilización de cuestionarios anónimos autoaplicables. La principal limitación de esta estrategia es que deja fuera a quienes no acuden a la escuela.

Las investigaciones en instituciones de atención a usuarios de --drogas, se realizan con personas que buscan una ayuda terapéutica para su consumo. Esta línea de estudio permite profundizar en la caracterización del problema. Su principal limitante es que no -- todos los usuarios de drogas buscan tratamiento institucional.

La problemática moral y cultural implicadas en el consumo dependiente de drogas parece ser el principal obstáculo para lograr -- una visión amplia del fenómeno. El seguimiento de una sola línea ha mostrado ser totalmente insuficiente para ese fin. Por esa razón se recurre a la conjunción de diferentes fuentes de información epidemiológicas, las cuales puestas en diálogo en el marco -- de un análisis materialista pueden ofrecer una panorámica más profunda de la farmacodependencia en México.

En el capítulo primero se expone el desarrollo del consumo de drogas desde la comunidad primitiva hasta la sociedad capitalista. -- Con esto se plantea la historicidad del consumo de drogas en general y de la farmacodependencia en lo particular, lo cual nos permitirá arribar a la conclusión de que la farmacodependencia como fenómeno y problema social se da a partir del surgimiento del capitalismo y no se puede hablar de su existencia en organizaciones sociales anteriores.

En el segundo se destaca la forma específica y predominante en la cual es estudiada la magnitud y distribución del consumo de drogas en la actualidad. Para ello se comenta críticamente la forma dominante de definir a la farmacodependencia como problema de es--



tudio; la metodología epidemiológica y su adecuación para la investigación del uso dependiente de drogas. En cada momento se destaca el aspecto ideológico implícito en la investigación epidemiológica de las adicciones.

La situación global del consumo de drogas en México es analizada en el capítulo tercero, donde se exponen resultados de encuestas en hogares, escuelas y de pacientes atendidos por consumo de drogas en los Centros de Integración Juvenil, A.C. Con esto último se cumple el principal objetivo del estudio: ofrecer una visión general y actual del consumo de drogas en México.

Un somero análisis de la formación social mexicana efectuado en el capítulo cuarto, permite contextualizar el surgimiento y desarrollo de la farmacodependencia en México. De este modo queda establecida una correlación positiva entre el predominio del capitalismo y la manifestación y vigencia de esa problemática en nuestro país.

Con lo dicho en los párrafos anteriores no queremos decir que la farmacodependencia como fenómeno masivo sea exclusivo de las sociedades capitalistas. Si bien se origina en ellas, actualmente, no se circunscribe a estos espacios sociales. Aún cuando en países más desarrollados del hasta hace poco llamado campo socialista europeo no se conocen todavía investigaciones sobre la presencia de una problemática por consumo de drogas diferentes del alcohol y el tabaco, es de esperarse que con la apertura democrática en marcha se efectúen este tipo de estudios, mismos que parecen necesarios pues como lo señala Gorbachov, su manifestación es anterior a la Perestroika <sup>3/</sup>. El motivo principal para no incluir en el análisis a esta clase de países es la carencia de información específica suficiente.

Por otro lado, está ampliamente documentado que el consumo de bebidas alcohólicas constituye el aspecto principal de la farmacode

pendencia. No se incluye el estudio epidemiológico de esta clase de sustancia por considerar que su estudio se desarrolla con bastante amplitud y profundidad en nuestro país <sup>A/</sup>. En cambio, el de las sustancias diferentes al alcohol y el tabaco, es mucho más reciente y reclama un mayor número de investigaciones para su conocimiento y puesta en práctica de medidas que al menos ayuden a -- atemperar su crecimiento. Los datos sobre el consumo de estas -- sustancias son los reportados por personas que acuden a tratamiento por consumo de drogas y entrevistadas mediante cuestionarios.

Para la mejor comprensión de algunos términos manejados en el desarrollo del trabajo, se elaboró un glosario de términos (Anexo - 1). Asimismo, se presenta una síntesis metodológica general de - las diferentes fuentes de datos utilizadas para el análisis epidemiológico del consumo de drogas en México (Anexo 2). Complementa esta parte del estudio el diseño metodológico de este trabajo --- (Anexo 3).

En términos generales, se cubrieron los objetivos planteados en - el diseño del estudio. De igual forma se logró responder al cúmulo de interrogantes planteadas, sin embargo, han surgido otras -- nuevas que escapan a los alcances de esta investigación y requieren del análisis cultural, políftico e ideológico, principalmente, para ampliar y precisar más este campo de conocimiento en México.

Por otro lado, pretendemos efectuar el análisis desde un enfoque de materialismo histórico, con la idea de aportar al conocimiento que sobre el particular han producido diferentes disciplinas como la antropología, la psicología, la medicina, entre otras. Por lo cual pensamos que un estudio más amplio sobre el consumo de dro--gas debe concitar diferentes áreas del conocimiento.

## REFERENCIAS

1. M. Niveau. Historia de los hechos económicos contemporáneos. p. 109.
2. R. Fuente de la. El ambiente y la salud mental. p. 8.
3. M.S. Gorbachov. La perestroika y la nueva mentalidad para --- nuestro país y para el mundo. p. 18.

La representación de la realidad "sin problemas" hizo un mal servicio: surgió el divorcio entre la palabra y el hecho, lo que originó la pasividad social y la - desconfianza en las consignas proclamadas. Es com--- prensible que en esa situación comenzara a decaer la confianza hacia los llamados y chía lo que se decía - desde las tribunas y se imprimía en los periódicos y manuales. Se inició la decadencia de la moral social y se debilitó el gran sentimiento de solidaridad huma na forjado en los momentos heroicos de la revolución y de los primeros quinquenios, de la Gran Guerra Pa- tria y del renacimiento de la posguerra; comenzaron a aumentar el alcoholismo, la drogadicción y la delin- cuencia, y se reforzó la penetración en la sociedad - soviética de los estereotipos de la "cultura de ma--- sas", ajena a nosotros y que impone la vulgaridad, -- los gustos primitivos y la falta de espíritu.

4. E. Menéndez. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. pp.18-38.

## CAPITULO I

### MARCO HISTORICO DEL CONSUMO DE DROGAS

Una de las principales aportaciones teórico-metodológicas del materialismo histórico al análisis de la realidad social es la de destacar su historicidad. Con ello, se da un punto de partida para la reflexión objetiva de los diferentes aspectos que la conforman, es decir, se vuelve necesario conocer las formas que adopta nuestro objeto de estudio en organizaciones sociales precedentes a la nuestra. Esto queda claro cuando Marx plantea lo siguiente:

La reflexión acerca de las formas de la vida humana, incluyendo por tanto el análisis de científicos de éstas, sigue en general un camino opuesto al curso real de las cosas. - Comienza *post festum* y arranca, por tanto, de los resultados preestablecidos del proceso histórico 1/.

Toma como punto de partida los resultados últimos del desarrollo histórico de la humanidad, cuando las relaciones sociales específicas -de determinada sociedad- están plenamente establecidas y cobran ante los ojos del ser humano el aspecto de "leyes naturales de la vida social", así se puede pasar por alto el carácter perceptivo de los fenómenos (en el capitalismo), su determinación histórica particular, y su análisis queda limitado a una reiteración ideológica que no ofrece una explicación objetiva de la realidad.

Así el conocimiento histórico del fenómeno sujeto a estudio en este trabajo es un referente determinante para la objetividad del mismo. De esta manera, se busca establecer un marco teórico que nos permita plantear un análisis a largo plazo del consumo de drogas en la humanidad, así se puede comprender mejor el porqué éste cobra gran auge con el surgimiento de la sociedad capitalista.

El estudio del consumo de drogas desde su "forma simple" hasta -- nuestros días comprende diferentes maneras socialmente determinadas de utilizarla. Se busca dar una explicación del porqué y cómo se recurre a estas sustancias en diferentes etapas del desarrollo de la humanidad, con especial énfasis a partir de la aparición del modo de producción "específicamente capitalista", es decir, cómo se da su utilización a partir del desarrollo de la revolución industrial en Inglaterra y la implantación de la fábrica -- como unidad específica de explotación del obrero; pues es, precisamente, con la instauración de la "maquinaria y la gran industria" cuando las relaciones sociales capitalistas cobran pleno dominio y se difunden por todo el mundo. De esta manera, se puede comprender mejor cómo el consumo de drogas se convierte en un fenómeno de masas el cual afecta mayoritariamente a la clase trabajadora, pues es en esta etapa histórica cuando la ingesta excesiva de sustancias psicoactivas se manifiesta, por primera vez en -- la historia de la humanidad afectando la salud de amplios sectores de la población.

No es objetivo de este capítulo exponer una historia detallada del consumo de esta clase de sustancias, o, lo que sería absurdo, analizar el desarrollo de la sociedad a partir de su consumo; se busca contribuir a la discusión de cómo se da el consumo de drogas -- en las diferentes formas de organización social y cuáles son las causas o razones que lo estimulan y/o inhiben, resumiendo: históricamente se generan condiciones sociales que han llevado al ser humano a consumir algún tipo de droga.

El materialismo histórico plantea el desarrollo de la humanidad a partir de la comunidad primitiva como punto de partida, en este -- primer capítulo se ve el uso de drogas en ese tipo de sociedades hasta arribar al capitalismo.

A) "Forma simple" del consumo de drogas.

En la comunidad tribal o primitiva el ser humano vive básicamente

de lo que le proporciona la naturaleza: caza, pesca, recolecta - fruta. Con el trabajo común se procura sus satisfactores. Apenas se observa una incipiente división natural del trabajo entre hombres, mujeres, jóvenes, niños y ancianos, se podría decir que es con base en la capacidad física de enfrentar a la naturaleza que cada quien cumple con su función en esa sociedad. En ausencia de propiedad privada no existen las clases sociales.

El humano de estas sociedades vive integrado a la naturaleza que lo rodea, ella le proporciona lo necesario para su existencia, -- únicamente tiene que saber tomarlo. El desarrollo de las fuerzas productivas es incipiente y, por lo tanto, no realiza cambios sustanciales en el medio ambiente. Los fenómenos naturales determinan por completo su alimentación e influyen grandemente en su forma de vida (por ejemplo, hay pueblos cuya principal actividad productiva es la caza, en otros la pesca o son recolectores de fruta).

Pese al bajo desarrollo de las fuerzas productivas en la comunidad primitiva, el humano poblador de las aldeas estudia con cierta profundidad el medio que lo rodea y según Levi-Strauss, estas formas de conciencia van más allá de los conocimientos prácticos necesarios para la satisfacción de sus necesidades concretas; también acumula los que no tienen utilidad inmediata. Observa, clasifica la naturaleza "... no deja escapar a ningún ser, objeto o aspecto, a fin de asignarle un lugar en el seno de una clase" 2/. De esta forma, él busca entender el universo, establecer un orden jerárquico que lo explique.

Esta ordenación de las cosas y seres que conforman el medio en el que se desenvuelve no es arbitrario, sigue un determinado procedimiento de conocimiento sistemático y acumulativo, el cual está basado en su propia filosofía natural: los mitos y los ritos mágico-religiosos. Ambos forman el recurso del que dispone el ser humano de ese período histórico para interpretar la realidad natural y social. Su puesta en práctica sirve a la reproducción de las pri

meras formas de organización social. Sobre este particular señala Levi-Strauss:

Lejos de ser, como a menudo se ha pretendido, la obra de -- una "función fabuladora" que se vuelve la espalda a la realidad, los mitos y los ritos ofrecen como su valor principal el preservar hasta nuestra época, en forma residual, modos de observación y reflexión que estuvieron (y siguen estando sin duda) exactamente adaptados a descubrimientos de un cierto tipo: los que autorizaba la naturaleza, a partir de la organización y de la explotación reflexiva del mundo sensible. Esta ciencia de lo concreto tenía que estar, por esencia, limitada a otros resultados que los prometidos a las ciencias exactas naturales, pero no fue menos científica, y sus resultados no fueron menos reales. Obtenida diez mil años antes que los otros, siguen siendo el substrato de nuestra civilización 3/.

El pensamiento mágico-religioso implica una forma históricamente determinada, de explicar la realidad en la comunidad primitiva. -- Es el recurso del pensamiento en esa época, al no disponer de otro aparato conceptual, necesariamente se recurre a éste. Se constituye en la explicación de los fenómenos naturales y sociales, es decir, del todo.

La necesidad permanente del ser humano de conocer, explicaría, en parte, la existencia de ese pensamiento mágico. Sin embargo, el -- ámbito de lo desconocido ante sus ojos es muy amplio, pero tiene la imperiosa necesidad de explicárselo. La forma en que se llena ese vacío en su experiencia es deificando lo que no le es asequible: así es como crea un mundo de espíritus superiores a sí mismo, pero actuantes y determinantes para su existencia.

Cuando el humano de la comunidad primitiva deifica los fenómenos de la naturaleza para los que no tiene explicación, les da una -- existencia propia en un mundo más allá de lo que él alcanza a percibir. Pero, a su vez, los ritos y los mitos son un medio de comu-

nificación con ellos y, constituyen el medio adecuado para indirectamente controlar esas fuerzas <sup>4/</sup>.

Dentro de las ceremonias religiosas, el uso de sustancias alucinógenas llegaron a constituir un aspecto principal. En diferentes comunidades, esta clase de drogas son un medio adecuado para entrar en comunicación con algunas divinidades cuando no las mismas divinidades. En México abundan los ejemplos: los aztecas consideraban al teonanácatl "carne de los dioses", los huicholes asociaban el peyote con el animal sagrado (el venado) y la planta sagrada (el maíz) de su grupo étnico.

Con el uso de alucinógenos se busca establecer un estado de trance o "alterno de conciencia" <sup>5/</sup> para entrar en comunicación con lo sobrenatural. Asimismo, una persona de la comunidad, hombre o mujer, asume la responsabilidad de entrar en contacto con el mundo de los dioses. Los antropólogos han convenido en llamar a estas personas chamanes. Estos últimos se constituyen en intermediarios entre el mundo de lo concreto y el de los espíritus, por eso el uso de alucinógenos se constituye en una fuente de poder. El chamán en la comunidad primitiva es el productor de la cultura, las costumbres, la historia, la ideología, el conocimiento, por ser él quien habla con la divinidad. Cuida que del consumo de esas sustancias él sea el beneficiario: establece condiciones para su uso, pues, el consumo generalizado y sin control (entre los demás miembros de la aldea) implicaría la disolución de su autoridad.

De una manera similar a la que el médico moderno prescribe el consumo de sustancias psicoactivas producidas por la industria farmacéutica, en la comunidad primitiva el chamán autoriza el uso de alucinógenos. Sin embargo, la finalidad con que en la sociedad tribal y en la industrial se consumen son totalmente diferentes. En la primera, las plantas alucinógenas son sagradas, en algunos casos son percibidas como seres vivientes con voluntad propia, como los mismos dioses, que proporciona a individuos elegidos y, ba-



jo circunstancias especiales, al común de la gente la posibilidad de conocer el mundo de los dioses, aprender directamente de ellos la historia y costumbres del pueblo, es decir, de confirmar experi mentalmente la veracidad del conocimiento adquirido 6/.

Es necesario destacar cómo la comunidad primitiva integra el consumo limitado de drogas a su propia estructura y forma de reproducción social. Al que podríamos llamar usuario de drogas cumple una función específica asignada por el conjunto de la población, de esta manera, cuando este fenómeno se da en un marco mágico-religioso, se produce lo que se puede llamar una filosofía de las drogas la cual aceptada por el común de la gente, valida el uso de estas sustancias y a la vez establece las normas para su regulación. En suma, el conocimiento de los motivos generadores facilita al común de la población a aceptar esta utilización pues a todos queda claro la finalidad última de esta práctica.

#### B) Sociedad Esclavista.

En la antigua sociedad esclavista el uso de sustancias psicoactivas adquiere nuevas características. El de alucinógenos (procedentes de plantas como el beleño y la mandragora o el ergot o cornezuelo de algunas gramíneas) se mantuvo en los ritos de adivinación e iniciáticos que llegaron a proliferar. A su vez se desarrolló una clase de consumo fuera de los ritos mágico-religiosos. El opio es consumido por prescripción médica, en reuniones sociales, como veneno en las ejecuciones o suicidios y como autanásico, por ejemplo.

El control del chamán en el ámbito de las drogas se ve fuertemente afectado: pierde el monopolio sobre esta clase de consumo. Incluso el Estado romano ejerce una regulación sobre las sustancias psicoactivas más consumidas: el alcohol no lo pueden beber los menores de 30 años ni las mujeres; al opio y hashish les asigna pre-  
cios 7/.

En "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado", Engels señala que es el desarrollo de la división del trabajo y con ello de la productividad la base del crecimiento de la comunidad primitiva y también, el inicio de su disolución; el establecimiento de ramas particulares de la actividad económica hace a la fuerza de trabajo del humano capaz de elaborar un producto que excede a sus necesidades inmediatas. Es entonces cuando su capacidad de trabajarse vuelve más apreciada; se requerían trabajadores adicionales y la guerra los proporcionó y así surgieron los primeros esclavos. Primero, la cría de ganado se constituyó en actividad individual de trabajo, posteriormente, los oficios artesanales se separaron de la agricultura. Al establecerse la división social en dos actividades principales (oficios manuales y la agricultura) surgió el intercambio que se aceleró el fin de la gen, base de la comunidad primitiva que mantiene unidos en un solo territorio a grupos familiares; es decir, es la unidad consanguínea en una área geográfica determinada. Con el cambio de mercancías, la población no sólo se compone de gentiles, sino también de extranjeros quienes por su número no pueden ser absorbidos. Las uniones gentilicias aparecen como una entidad burocrática, incapaz de atender los requerimientos de artesanos, agricultores, comerciantes, ricos y pobres - que viven en un mismo territorio, se hace necesario el Estado <sup>8/</sup>. De esto se infiere lo sucedido en las ceremonias religiosas las cuales no corresponden a las nuevas condiciones sociales, los ritos regionales son extraños a un número de la población, pues, su carácter local hace que pierdan su efectividad más allá de los límites de la tribu.

En estos estados esclavistas, el consumo mágico religioso de alucinógenos ve disminuida su importancia, al desaparecer con la comunidad primitiva parte de la base ideológica y material que lo sustenta. La clase dominante no necesita recurrir exclusivamente a estos alternos de conciencia para mantenerse en el poder, éste se apoya también en el aparato militar estatal. El ciudadano aparece con autonomía para optar por consumir o no drogas, el Estado garan

tiza ese derecho..

Si bien en la antigüedad grecolatina las referencias al consumo de drogas diferentes al alcohol se circunscriben principalmente al -- opio como medicamento y veneno, y, al hashish en menos medida. La utilización de otras sustancias en adivinación y/o hechicería es -- imprecisa, sin embargo, aparece referida en algunas obras sobre la época heroica <sup>9/</sup>. Aunque disminuidas, se mantienen viejos elementos del consumo de drogas de la comunidad primitiva: el uso mágico religioso básicamente. Sin embargo, aparece uno nuevo y es la circulación como mercancía del opio y el hashish. Lo cual sugiere una ampliación de esta clase de consumo entre la población fuera -- de prácticas médicas o mágico-religiosas.

En las postrimeras del imperio romano, los vendedores de opio constituyeron un gremio, en el año 312 d. de c. poseían 793 tiendas, de las cuales el Estado obtenía el 15% de sus recaudaciones impositivas. Al parecer, éste regulaba la venta de esa sustancia en Roma, pues, existía un precio "oficial" para la medida de hashish (80 de narios) y para la misma cantidad de opio (150 denarios) <sup>10/</sup>.

Se conocen referencias claras al consumo de opio entre las clases sociales. Una obra donde se señala como fuente un inventario realizado en la bodega imperial romana, reporta que encontraron 17 toneladas de opio <sup>11/</sup>. Sin duda, parte de lo encontrado era consumido por la nobleza en los preparados que los médicos prescribían. -- No se sabe de la existencia de uso excesivo pero si fuera una práctica común debidamente regulada por el Estado y culturalmente aceptada por la gente, de tal modo que su consumo no fue motivo de -- preocupación porque se le considerase peligroso, tanto para el Estado como la sociedad y el individuo. Lo contrario sucedía con -- el alcohol el cual enfrentó una serie de prohibiciones.

Los principales suministradores de opio eran países de Asia Menor y Egipto. Al parecer, las exportaciones de la sustancia a Roma --

eran cuantiosas y alcanzaron tal importancia para la economía de esas regiones, que la adormidera (planta de donde se extrae el opio) figuraba en una cara de la moneda de curso corriente 12/.

Una de las causas del por que el opio fue ampliamente utilizado como medicamento, se debe a sus propiedades analgésicas. Es importante destacar cómo desde las primeras sociedades clasistas, donde ha desaparecido el comunismo primitivo, la droga de mayor uso es la que evita el dolor. El uso de alucinógenos aparta a los usuarios de la dominación estatal, escapan a sus mundos míticos y son improductivos. Con el opio, el usuario puede aumentar su resistencia al dolor, controlar los síntomas si no puede suprimir las fuentes del sufrimiento. O, si su vida pierde sentido quitársela con una dosis fuerte.

Homero refiere que Helena utiliza

... una droga contra el llanto y el cólera, que hacía olvidar todos los males. Quien la tomare, después de mezclarla en la cratera, no logrará que en todo el día le caiga una sola lágrima en las mejillas, aunque con sus propios ojos vea morir a su madre y a su padre o degollar con el bronce a su hermano o a su mismo hijo 13/.

Las primeras formas del consumo de drogas con fines evasivos, aparece también en las primeras sociedades clasistas. Aunque todavía no alcanza niveles altos ya es un antecedente que cobra gran auge con la sociedad capitalista.

### C. Edad Media.

Cuando la invasión bárbara sepulta al imperio romano, éste estaba en franca disolución. En primer lugar, el trabajo esclavo ya no era redituable, en diferentes partes del imperio se adoptaba el sistema de arrendamiento para el cultivo de los latifundios. Políticamente, los germanos encontraron un imperio materialmente des--

membrado. Existían poderes regionales que desobedecían al central sin que éste pudiera imponerse claramente. En las provincias imperiales los campesinos buscaban la protección de un señor, quien -- les imponía como requisito se convirtiese en su vasallo y cediera-le sus propiedades, a cambio obtendrían el usufructo vitalicio de ellas y protección. Preferían perder su libertad con tal de escapar a la exacción central. "Empobrecimiento general; retroceso -- del comercio; decadencia de las ciudades; el descenso de la agricultura a un grado inferior: tales fueron los últimos resultados -- de la dominación romana universal"<sup>14/</sup>. De esta manera se gestaban las bases para el surgimiento del feudalismo, únicamente faltaba -- acabar con la fuerza político-militar sostenedora del viejo sistema de dominación.

A la caída del imperio romano, el jefe militar bárbaro, pasó a ser el príncipe, dotó a sus seguidores más cercanos de propiedades, -- despojó al pueblo de las suyas y así se establecía el nuevo orden de dominación, el régimen feudal. Del siglo V al IX son años de -- constantes luchas, disputas territoriales entre los nobles a las -- cuales se aunaron las frecuentes invasiones que arruinaron a los -- campesinos libres. Para éste último, la situación no mejoró, el -- incipiente estado medieval no brindó la protección necesaria, nuevamente se vió obligado a buscar refugio con algún señorío feudal donde se le exigió su conversión a siervo a cambio de protección.

Los estragos materiales no eran los únicos, el choque mental fue -- otra secuela. A las violentas invasiones seguía una tensa calma -- que no se sabía cuánto iba a durar. Las ciudades se amurallaron -- como símbolo visible de una gran angustia <sup>15/</sup>. En ese ambiente se desarrollaban diferentes respuestas entre la población, una de -- ellas fue la mayor inclinación hacia la religión, en particular ha -- cía el cristianismo la cual perduró como herencia del antiguo esta -- do romano. Pero no sólo esa religión ofrecía alivio espiritual. -- La sobrevivencia de manifestaciones de las antiguas creencias paganas -- tenían gran ascendencia entre la población. Varias de esas ma

nifestaciones espirituales incluían en sus celebraciones la ingesta de bebidas alcohólicas y/o de sustancias alucinógenas. Desde los primeros años del establecimiento del sistema feudal, tales -- prácticas fueron perseguidas por estar incluidas dentro de la celebración de ceremonias religiosas <sup>16/</sup>. El mismo autor nos refiere -- cómo la lucha contra la celebración de ritos naturistas, la magia, los conjuros y sortilegios o brujería fue ampliamente perseguida, pues no eran bien vistos a "los ojos de dios".

Este ambiente social es el que determina o enmarca el consumo de -- drogas durante el medioevo. A lo largo de este período histórico se encuentran menciones al uso de drogas. Las más utilizadas fueron las plantas alucinógenas a las que se recurre en circunstancias tales que, a primera vista, parecen extrañas. Las brujas de Europa medieval, por ejemplo, de quienes se creía podían volar, -- usaron preparaciones de estas drogas en las mezclas con las cuales se unguían para hacer sus viajes mágicos. Entre las plantas más -- utilizadas con este fin están el beleño (*Hyoscyamus niger*); la belladona (*Atropa Belladonna*); y la mandragora (*Cofficinarum*). Las tres plantas disponen de una larga historia como generadoras de -- alucinaciones y mágica actividad relacionada con el encantamiento y la adivinación.

La reputación de estas plantas alucinógenas durante la época medieval se basa en la gran psicoactividad que poseen algunas sustancias que las componen. Contienen cantidades variables de atropine y otros alcaloides tropanos estrechamente relacionados, el hyoscymine y escopoline, los que producen las alucinaciones. Son alcaloides potencialmente peligrosos por sus efectos psíquicos y fisicos y su toxicidad puede acabar matando <sup>17/</sup>.

Las brujas y brujos de la Edad Media se untaban partes del cuerpo con un "ungüento o pomada de brujas" que contenía belladona, mandragora y beleño. Así, iniciaban un vuelo temido por la población, pues, se daba por hecho que una vez que estos personajes iniciaban

su "viaje", se dedicaban a hacer el mal con la ayuda de los demonios. Evidentemente que nunca se produjeron los fantásticos vuelos, la mayoría de las veces estos usuarios de drogas no podían siquiera abandonar los cuartos donde realizaban sus ceremonias, caían presos de sus alucinaciones y cuando retornaban referían todas sus imaginarias maldades.

La creencia en los poderes de las brujas estaba bastante difundida en la sociedad medieval. La inquisición se constituye en la institución para perseguir y castigar a los que incurriesen en herejías. La brujería considerada como una de las formas en que se manifiestan fue sumamente perseguida. Con el objeto de someter, a quizá centenares de supuestas brujas, a torturas y ejecuciones, la acción inquisitorial suministra la parte central de la información para los estudiosos del fenómeno.

La creencia en la magia y la brujería es antiquísima. Tiene sus raíces en la interpretación fetichista que de la realidad hace al chamán, quien podía establecer contacto con los espíritus buenos y malos, para hacer el bien o el mal. En la antigüedad helénica y romana eran conocidos los hechiceros y brujas con sus poderes y, cobran gran auge con la creencia en el diablo del judaísmo y el cristianismo. Incluso los grandes teólogos comparten esa creencia popular de culpar a las brujas y hechiceros de que las cosas no fueran como creían que deberían ser, en las malas cosechas, las enfermedades y otros infortunios:

... en la Edad Media nos encontramos con toda serie de atrocidades cometidas contra estos agentes de los espíritus malos, con casos en que la muchedumbre ahoga en el río o quema en la hoguera a infelices sospechosos de brujería; pero se trata casi siempre de reacciones súbitas y tumultuarias del pueblo, y no de sanciones impuestas por un sistema judicial organizado 18/

La persecución institucional de las "brujas" no es porque consumieran drogas alucinógenas, sino porque representan una forma de interpretar el mundo de lo invisible, de los dioses y espíritus diferente al cristianismo. En principio, la persecución a herejes es una forma de implantar la religión única, de un solo dios, para lo cual se requiere, entre otras cosas, acabar con las antiguas, destruyendo sus ídolos, persiguiendo y expulsando a los sacerdotes, ministros y/o adivinos de esos cultos.

Las expresiones religiosas llamadas paganas representan manifestaciones ideológicas en vías de desaparición en la sociedad feudal. Su presencia en un medio dominado por el cristianismo significa la resistencia de viejas formas sociales de organización, los resabios ideológicos son los últimos en desaparecer. Los movimientos heréticos con tal contenido, representan intentos de escapar a la dominación central del príncipe y la iglesia, sólo que se da en un marco de lucha entre un viejo sistema que ha pasado a segundo término y el nuevo, el dominante que tiene como primer objetivo, acabar con tales manifestaciones 19/

En esta cruzada contra la herejía, los poderes laico y cristiano - se encuentran plenamente identificados, el servicio que se prestan recíprocamente le ayuda a uno a establecer su dominación política y al otro la espiritual. Ambos son parte del nuevo estado feudal, el cual requiere de la unidad territorial y religiosa.

En este marco de persecución religiosa contra las antiguas creencias, no se puede hablar de que ésta se practique contra el consumo de drogas. Lo que sí existe es una proscripción de esos cultos, entre los que se encuentran aquellos que incluyen en su práctica - el uso de alucinógenos. Al darse su consumo dentro de prácticas - que no aprueban las clases dominantes, son ilegalizadas y el usuario corre la misma suerte. Así, se puede considerar que lo anterior constituye un antecedente de lo que será la situación de éste último en la sociedad capitalista.



Hasta aquí, no habíamos encontrado intolerancia institucionalizada relacionada con el consumo de drogas. La satanización de los cultos que enmarcan su utilización también las alcanza: ya pueden ser calificadas de intrínsecamente malas, pues, de acuerdo a la ideología dominante, se usan para hacer el mal. Quien las toma es malo. Con esto, no solo estas sustancias pierden el respetado papel que tenían en sociedades anteriores, sino también el conjunto de la población pierde lo que podríamos llamar su filosofía de las drogas, la cual empieza a ser sustituida por la ideología que las estigmatiza.

#### D. Sociedad Capitalista.

La llegada del sistema capitalista trae consigo cambios radicales en la forma de adquirir y consumir drogas. Las nuevas bases sobre las cuales se levanta este modo de producción explican las manifestaciones del fenómeno. La conformación de esta sociedad nacida del orden feudal se basa en la existencia de trabajadores asalariados y de grandes propietarios quienes concentran los medios de producción e intercambio. Los primeros, desprovistos de toda forma de propiedad material, ofrecen sus servicios a los segundos, quienes los contratan por un salario y tiempo determinado, de esta forma, dominan y ponen en marcha el proceso productivo que permite la reproducción del conjunto de la sociedad.

De cómo se llega a este grado de desarrollo nos lo describen los fundadores del materialismo histórico. En la sociedad feudal, se basa en la existencia de grandes latifundios, la producción tenía su base general en la pequeña propiedad: en el campo la agricultura corría a cargo de pequeños labradores libres o siervos; en la ciudad los talleres manufactureros estaban en manos de artesanos. Lo común a ambos tipos de trabajadores era la propiedad de sus medios de producción, es decir, estos se encontraban dispersos en un vasto número de pequeños productores que se ocupan primero de sus necesidades familiares. Este sistema se derrumba con las transformaciones en las relaciones de producción que logra implantar la burguesía entre

1400 y 1800. En ese lapso de tiempo, se dió un proceso consistente en concentrar y desarrollar las herramientas e instrumentos de trabajo, transformándolos en potentes palancas del desarrollo actual lo cual llevó a la consolidación a las dos clases fundamentales de la nueva sociedad: la burguesía y el proletariado.

Al igual que los bárbaros necesitaron tres siglos de acoso militar para acabar con la resistencia del ejército romano, la burguesía requirió un número similar de años para establecer plenamente su dominación en Europa occidental. Durante este período se desarrollaron enfrentamientos políticos, militares, ideológicos y económicos minantes del poder de los señores feudales. En lo que se refiere a las relaciones sociales de producción, este proceso desarrollado por la burguesía desde el siglo XV pasa históricamente por tres etapas: la cooperación, la manufactura y la gran industria. En la primera, la simple concentración de artesanos (asalarados) de un mismo oficio realizando completamente su trabajo actúa como una nueva fuerza productiva hasta entonces desconocida; en la segunda, la división del trabajo aumenta la productividad y la competitividad de la producción burguesa frente a la organización gremial; sin embargo, es con la incorporación del vapor y la máquina-herramienta al proceso productivo como se da toda una revolución en el conjunto de la sociedad:

El ritmo adormilado del desarrollo del período de la manufactura se convirtió en un verdadero período de lucha y embate de la producción. Con una velocidad cada vez más acelerada, iba produciéndose la división de la sociedad en grandes capitalistas y proletarios desposeídos, y entre ellos, en lugar del antiguo estado llano estable, llevaba una existencia insegura una masa inestable de artesanos y pequeños comerciantes, la parte más fluctuante de la población. El nuevo modo de producción sólo empezaba a remontarse por su vertiente ascensional; era todavía el modo de producción normal, regular, el único posible en aquellas circunstancias. Y, sin embargo, ya en--

tonces originó toda una serie de calamidades sociales: hacinamiento en los barrios más sórdidos de las grandes ciudades de una población desarraigada de su suelo; disolución de todos los lazos tradicionales de la costumbre, de la sumisión patriarcal y de la familia; prolongación abusiva del trabajo, que sobre todo en las mujeres y los niños tomaba proporciones aterradoras; desmoralización en masa de la clase trabajadora, lanzada de súbito a condiciones de vida totalmente nuevas: del campo a la ciudad, de la agricultura a la industria, de una situación estable a otra constantemente variable e insegura 20/.

Con la generalización de la producción burguesa a todos los ámbitos de la economía, la vida en la ciudad y el campo cambió totalmente. La sociedad era otra, uno de los efectos nocivos del proceso de industrialización es -por principios de cuenta- el empobrecimiento generalizado de la población trabajadora.

Se le sustraen todos los goces, excepto los del sexo y la bebida; al mismo tiempo, se le debilita diariamente hasta el completo relajamiento de las fuerzas físicas, y, en consecuencia, se excita de continuo hasta el exceso en los dos últimos placeres que le quedan 21/.

En los barrios obreros se desconoce lo que es una familia estable. En los hogares donde la mujer trabaja, trae como una consecuencia que los niños crezcan extraños al medio familiar. Debido a la asignación de la mujer al cuidado del hogar y la familia, -careciendo de infraestructura social para tal fin dentro de un proceso de sobre-explotación de la familia obrera, como extensión a la del obrero. Esto último se observa desde la crianza de los hijos y a lo largo de su permanencia en el hogar de sus padres. En esta fase del capitalismo, gran parte de la mortalidad infantil es debido a la incorporación de las madres al trabajo fuera de la casa, con el consiguiente abandono y/o descuido de los niños, alimentación inadecuada, su aborrecimiento, y el empleo sin

control de narcóticos para tranquilizarlos, entre otras consecuencias. Entre los efectos de la rápida industrialización capitalista se encuentra la proliferación de "medicamentos", algunos - de los cuales se venden ampliamente entre las madres quienes los usan para mantener dormidos a sus hijos mientras acuden a trabajar.

Una de las peores de estas medicinas patentadas era una bebida que se preparaba con opio y especialmente, con laúdano, y que se vendía con el nombre de "Godfrey's Cordial". Las mujeres que trabajan y "deben" cuidar a sus hijos y -- los ajenos, les dan esta bebida a fin de tenerlos tranquilos, y como muchos creen, para que se críen más robustos. Se comienza a veces desde el nacimiento a darles esta bebida, sin conocer las nocivas consecuencias de este "remedio cordial", hasta que mueren. Si el organismo del niño resiste los efectos del opio, en tanto mayor cantidad se le administra. Si el cordial ya no causa efecto, se le agrega laúdano y se dan quince o veinte gotas por vez. El coronel de Nottingham aseguró, a una comisión del gobierno, que un farmacéutico, según informe, había preparado en un año treinta quintales de jarabe para el "Godfrey's Cordial" 22/.

Así, el consumo de drogas también cambia con la revolución industrial. Alcanza una gran difusión en los centros urbanos y distritos agrícolas capitalistas. Al examinar la atmósfera en la - que se da este consumo explosivo de drogas, se comprende el porqué se desarrolla en ellos esta necesidad. Sin embargo, es interesante hacer notar la gran disponibilidad de drogas que se dió: el laúdano (conocido como tintura del opio), el opio y el hashish (cannabis) eran fácilmente asequibles. Eran considerablemente - más baratos que las bebidas alcohólicas y el tabaco, además se - vendían sin ningún control comercial.

Su abundancia en el mercado obedecía principalmente a los grandes beneficios que de su venta obtenían los comerciantes y el propio

gobierno inglés. Desde su constitución en 1803, la British Indian Company monopolizó la producción de opio. Incorporó a su cultivo grandes extensiones de tierra excluyendo a los que labraban en pequeña escala para consumo doméstico. La compañía redituó grandes beneficios, pues, el impuesto sobre el opio pasó a ser una de las fuentes de ingreso más importantes que la India -- aportaba al imperio británico: en 1839 el 34%; en 1875 el 41% y, en 1898 todavía es importante este ingreso, 21.3% 23/.

Había llegado el sistema de producción y distribución capitalista al mundo de las drogas. Los efectos de la dominación social burguesa ampliaron rápidamente el número de consumidores potenciales, y a su vez, la producción también alcanzó niveles sin precedentes hasta constituir una rama de la actividad económica abierta a la inversión y, sobre todo, productora de grandes beneficios.

Lo que comunmente aparece como el factor principal que limita o restringe el consumo de drogas en sociedades precapitalistas, es que se da en un medio mágico-religioso y con fines curativos. El capital rompe las viejas prácticas de consumir sustancias tóxicas con fines rituales y medicinales. Acaba con las bases de la organización social que ejercen control sobre determinadas costumbres; posibilitándose la existencia del "libre" consumo de drogas fuera de control social.

En el prólogo de 1892 a la Situación de la Clase Obrera en Inglaterra, Federico Engels al establecer una comparación entre esa fecha y la de la primera publicación del trabajo (1845), nos describe uno de los motivos del porqué las clases acomodadas de la sociedad se empiezan a preocupar por la situación de la salud del obrero.

Las repetidas visitas del cólera, el tífus, la viruela y otras epidemias, han impuesto al burgués británico la urgente necesidad de sanear la ciudad, si él mismo no que-

ría ser víctima, junto con su familia, de esas epidemias. En consecuencia, los males más agudos descritos en este libro, hoy se han subsanado o se han hecho menos graves 24/.

Sin duda, uno de los males más agudos que describe Engels 25/ y -- otros autores en sus obras, es el altísimo consumo de drogas, en particular de opio. Si contra las enfermedades infecciosas, --gracias al saneamiento ambiental y las mejoras laborales logradas -- por el movimiento obrero--, se obtienen avances importantes, no sucede lo mismo con el consumo de drogas. Este se vuelve un mal -- crónico de la sociedad burguesa que lejos de disminuir se incrementa y se extiende con el capitalismo.

A fines del siglo XIX la situación del consumo era similar en Estados Unidos. Al igual que en Inglaterra, se hizo caso omiso de las advertencias de la nocividad del consumo del opio y sus derivados. Fue a la vuelta del siglo cuando se desarrollaron esfuerzos para prohibirlo, con la idea de controlar la comercialización de estas sustancias. Desde el gobierno se instrumentó una campaña -- de satanización y persecución contra los usuarios y comerciantes. Tratado como un criminal, el consumidor de opio fue la base para la constitución de una ideología contra el consumo de drogas. Es decir, acosado por la clase dominante, se constituyó en un consumidor "ilegal" 26/. También fue tratado como un enfermo en el que se ensayaron --y se siguen ensayando-- diferentes técnicas para su "curación". Sin embargo, desde un principio les quedó claro a -- los médicos que enfrentaron este problema la imposibilidad de acabar con esta "enfermedad" 27/.

Se desarrolla una dualidad en cuanto al consumo de drogas ilegales: se persigue y castiga como delito y, a la vez, se trata -- como enfermedad. Se mezclan el autoritarismo y el peternalismo -- para enfrentar el mismo problema. El desarrollo de la industria farmacéutica se ve apoyado "moralmente" por esta ideología, pues

se erige como la productora legal de drogas. Se consolida un ambiente hostil para las primeras y de aceptación para las últimas, que alcanzan todos los mercados y se constituyen en las más utilizadas en el mundo capitalista.

La benzodiazepina (tranquilizantes) se vende en la actualidad bajo más de 800 distintas marcas registradas, de las cuales, las más corrientes son Valium y Librium y casi una quinta parte de la población mundial, más de seiscientos millones de seres humanos se encuentran entre los consumidores regulares 28/.

En la actualidad no puede ni pensarse que nuestra sociedad renunciara por completo a los tranquilizantes. El stress consecuente de la competencia que exige la sociedad de consumo es excesivo. Los tranquilizantes son una droga legal, y aunque pueden producir algunos accidentes profesionales, hay que decir en su favor que han sustituido a otros productos "preocupantes, los "pequeños ayudantes" del temprano capitalismo: los derivados del opio 19/.

Ante la existencia de un sector de la burguesía industrial y una gran cantidad de psicofármacos amplia y legalmente utilizados en el mundo, también existe su contrapartida "negra", un sector empresarial que actúa clandestinamente como productor de sustancias ilegales las cuales, también tienen gran aceptación entre la población. Una de las características de la década de los años ochenta ha sido la expansión del llamado narcotráfico en el nivel mundial. La Comisión Sobre el futuro de las Relaciones México-Estados Unidos, calcula que: "... el valor del comercio mundial de drogas ilícitas podría ascender en este momento a más de 300 000 millones de dólares" 30/.

La única diferencia entre la burguesía productora de drogas legales y la de ilegales, estriba en que la primera es socialmente aceptada mientras que la segunda no. Sin embargo, al margen de toda consideración legal o moral, ambas satisfacen una necesidad

socialmente constituida: la de amplios sectores de la población de consumir alguna droga. Por eso, pese a que el narcotráfico -- sea mundialmente perseguido y castigado no se vislumbra en lo inmediato su posible extinción, pues al parecer cuenta con mercado creciente que lo preserva de la crisis. Aún más, pareciera que -- la misma persecución hace más redituable el negocio de los narcotraficantes.

En un sistema de dominación, todo lo que amplíe los límites de lo soportable por el ser humano, puede apoyar a su sostenimiento. En la -- sociedad moderna, la droga --junto con otros factores-- contribuye a diluir la necesidad del individuo de acabar con la fuente original de sufrimiento: la dominación capitalista. Sería un nuevo -- papel que el consumo de drogas cumple.

En una sociedad precapitalista se observa como, en términos generales, el consumo de drogas fuera de un contexto médico se localiza principalmente en pequeños sectores de la población, en la sociedad burguesa al hacerse el uso de esta clase de sustancias en forma masiva cumple primero el papel de aumentar los límites de -- resistencia de los sufrimientos que la dominación capitalista impone.

Es común plantearse que el usuario habitual de drogas las consume para evadirse de la realidad, o viceversa, que por consumir tanto de esas sustancias al fin se ve obligado a dejar sus actividades "... en todo caso parece ser un intento fracasado, forzado e individual de salirse de determinadas dependencias sociales, sentidas como algo insoportable (dependencia familiar, salarial, etc.)" <sup>31/</sup> Tal planteamiento explicaría el consumo excesivo de drogas por el cambio de una dependencia social por una química. Sin embargo, -- hay que agregar que son las condiciones generales de trabajo y de vida las cuales hacen insoportables esas formas particulares de -- "dependencia social" y, empujan a algunos individuos a querer dejarlas recurriendo al uso de sustancias psicoactivas.



Si en las sociedades precapitalistas el productor directo se apropia de su producción, por ser ésta fruto de su trabajo, es porque también es propietario de los medios de trabajo. Ahora el propietario de los medios e instrumentos de trabajo sigue apropiándose del producto, pero éste ya no es un producto suyo, sino del trabajo ajeno, organizado bajo su dirección. De esta manera, los productos creados ahora socialmente no pasan a manos de aquellos que ponen realmente en marcha el proceso productivo, sino del capitalismo. "En esta contradicción que imprime al nuevo modo de productos su carácter capitalista, se encierra, en general, en germen, todo el conflicto de los tiempos actuales" 32/

La existencia de la propiedad privada posibilita la apropiación individual de la producción social, de tal suerte que, la mayoría de la población depende para existir de una clase que no trabaja, pero mantiene el comando económico y político de la sociedad, así ésta permanece sometida para su reproducción a los intereses de los capitalistas. Por ésto, es que la existencia de la producción socialmente realizada y la forma de apropiación capitalista son "en germen", el origen de que las diferentes "dependencias sociales" se tornen en determinado momento insoportables para el individuo. Las salidas que se buscan son múltiples, una de ellas es la drogadicción, pero mientras no se elimine mediante la lucha organizada la propiedad privada de los medios de producción, y, se instaure una sociedad sin clases, el intento individual seguirá siendo una muestra de impotencia.

Lo anterior también es aplicable a los trabajos desarrollados para combatir ese mal. Actualmente se realizan esfuerzos preventivos y terapéuticos para evitar el crecimiento del fenómeno en cuestión, sin embargo, el hecho de realizarse en una sociedad que lo reproduce constantemente, obstruye los logros de estos trabajos. Los límites de este tipo de actividades son las relaciones sociales imperantes, cuyo efecto en el individuo no se puede evitar. - Esta labor tendría sus mejores frutos donde las luchas individua-

les, la competencia por mejorar el "status socioeconómico" no ten gan razón de ser, en las sociedades sin clases.

## CAPITULO I

### REFERENCIAS

1. C. Marx. El capital. Crítica de la economía política. Tomo I, p. 40.
2. C. Levi-Strauss. El pensamiento salvaje. p. 25.
3. Ibidem, p. 35.
4. M. Godelier. Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas. p. 371.
5. Los alucinógenos no han sido el único medio al cual se ha recurrido para alcanzar estados alternos de conciencia. Otros no químicos son: el ayuno, padecimientos de sed, automutilación, tortura, exposición a los elementos, insomnio, danza incesante y otras técnicas de agotamiento total, sangrías, inmersión en tanques helados hasta el borde de la asfixia, laceración con espinas y con dientes de animales; también con una variedad de "detonadores" no dañinos, como distintos tipos de actividad -- rítmica, autohipnosis, meditación, cantos, tambores y música. Las más dramáticas de estas técnicas han sido las ordalías, -- que consiste en producirse heridas que sangran. V. Furst, P. Alucinógenos y la cultura. pp. 30-32.
6. Señala Furst op. cit p. 41, que las plantas mágicas actúan para validar y ratificar la cultura, no para facilitar medios -- temporales que permitan escapar de ella. "El huichol de México, como el cahuilla de California o el tutiano de Colombia retorna de su viaje iniciático para exclamar: ¡Es como mis padres me habían dicho! "Toman peyote --dice-- para saber como se

va siendo huichol". En términos generales entre esta clase de estudiosos hay consenso en torno al papel de los alucinógenos, Harner, M. en Alucinógenos y chamanismo escribe: "las personas que pertenecen a las sociedades sin escritura se basan en la -- confrontación directa con lo sobrenatural para verificar la -- realidad religiosa". p. 7.

7. F. Engels. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. pp. 159-169.
8. Homero. La odisea. pp. 12, 26, 73, 74 y 75.
9. H. G., Behr. La droga, potencial mundial. El negocio con el vicio. p. 44.
10. Ibidem.
11. J. Kramer. From demon to ally - how mitology has, and may yet, alter national drug policy.
12. Behr, op. cit. p. 43.
13. Homero, op. cit. p. 26.
14. Engels, op. cit. pp. 148.
15. M. Block. La sociedad feudal. La formación de los vínculos de dependencia. p. 151.
16. J. Dhont. La alta Edad Media. p. 108.
17. M. Harner. Alucinógenos y chamanismo. p. 139.
18. J. Bühler. Vida y cultura en la Edad Media. p. 273.

19. Los llamados movimientos y herejías paganas feudales en creencias naturalistas, fueron ampliamente combatidas durante la Edad Media. Por representar cultos constituidos en sociedades anteriores, su desaparición significa la afirmación del feudalismo como modo de dominación. Sin embargo, también existieron las herejías revolucionarias, las que expresaban la rebelión de la burguesía contra el orden establecido, y, a su vez, los "dítimos pataleos" de este sistema de dominación. Engels plantea en su obra "Del socialismo utópico al socialismo científico" que la lucha contra el orden feudal tenía un carácter religioso, pues "... el gran centro internacional del feudalismo era la iglesia católica romana. Ella unía a toda Europa feudalizada, pese a todas sus guerras intestinas, en una gran unidad política... Rodea a las instituciones feudales, del halo de la consagración divina. También ella había levantado toda su jerarquía según el modelo feudal, y era, a fin de cuentas el mayor de todos los señores feudales, pues poseía, por lo menos, la tercera parte de toda la propiedad territorial del mundo católico. Antes de poder dar en cada país y en diversos terrenos la batalla al feudalismo secular, había que destruir esta organización central sagrada" (Marx-Engels, Obras Escogidas, p. 98). Así pues, se puede hablar de dos tipos de herejías: el combate contra la primera expresa el ascenso y consolidación del régimen feudal, por el contrario, la lucha contra la segunda expresa su decadencia, su resistencia a ser sustituido por la nueva sociedad en ciernes.
20. F. Engels. Del socialismo utópico al socialismo científico. - p. 122.
21. F. Engels. La situación de la clase obrera en Inglaterra. p. 105.
22. Ibidem. p. 111.

23. H. G. Behr. op. cit. pp. 28 y 64.
24. F. Engels. La situación..., p. 12.
25. Sin duda, la originalidad de Engels lo ubica como básico para la comprensión del problema. Pero también existen otros autores no marxistas quienes describen de manera similar este fenómeno para la época en que Marx y el propio Engels hacen sus análisis. Es menester destacar que no parten de la misma concepción de la historia y la sociedad, por lo cual, tampoco -- llegan a las mismas conclusiones. Ver en la bibliografía las obras de Kramer y la compilación de Austin, G. A.
26. J. Kramer, en *From demon to ally - how mythology has and may yet, alter national drug policy* (Journal of Drug Issues, 6 -- (4): 390-406, 1976) expone claramente cómo se institucionaliza en los Estados Unidos una ideología contra las drogas no -- industrializadas a partir de la persecución de usuarios de -- opiáceos. Behr, op. cit., nos plantea que la causa por la -- que Estados Unidos se convierte en el primer inquisidor del -- usuario de drogas son sus intereses imperiales. A propósito de las medidas tomadas en Filipinas en 1901 y 1902, Theodore Roosevelt escribió: "Con las medidas contra el comercio de -- opio mejoramos nuestra posición (en Asia) en un doble aspecto: los que sufren del vicio se convierten en nuestros aliados naturales y, además, debilitamos la economía de las potencias -- coloniales" (Behr, La droga potencia mundial. El negocio con el vicio. p. 102). No hay que olvidar que Estados Unidos fue el principal promotor de la primera conferencia internacional contra el opio (1909). en esta lucha, el que existiera una -- gran cantidad de usuarios de opio y sus derivados en ese país, aparecía como una contradicción injustificable para quien promueve una política internacional contra la producción, comercialización y consumo de esas drogas. El opiómano pasó a ser el peón sacrificado.

27. Kramer. The opiate: two centuries of scientific study. Journal of psychedelic drug, 12(2): 89-104, 1980.

28. H. G. Behr. op. cit. p. 54.

Pascale Brudon, al comentar algunos aspectos de la industria farmacéutica destaca cómo los psicofármacos son rentables para las cinco principales empresas farmacéuticas del mundo: -- 1ro. en 1960 concentran el 41.5% de las ventas de psicoestimulantes; y para 1970 ya dominan el 87.9% de las ventas efectuada en Estados Unidos. 2do. con los tranquilizantes orales -- sucede algo similar pues los porcentajes pasan del 51.1 al -- 91.9 en las mismas fechas. (P. Brudon. ¿Medicamentos para todos en el año 2000? p. 32).

Algunos grupos farmacéuticos han acrecentado su capital, gracias a la demanda del psicofármacos, el caso más destacado es el de Hoffman-La Roche pues su producción se compone por esa clase de productos en un 50% (N. Schneider. Neurosis y lucha de clases p. 299 y P. Brudon op. cit. p. 31).

29. H. G. Behr. Ibidem.

30. Comisión Sobre el Desarrollo Futuro de las Relaciones México-Estados Unidos. El desafío de la Interdependencia. p. 116.

El poder económico logrado por los narcotraficantes es considerable, por eso la burguesía legal llega a temer la legalización de esos capitalistas pues con relativa facilidad podría acomodarse en sectores específicos de la economía y desplazar a otros inversionistas.

Por otro lado, el llamado narcotráfico se ha constituido en una actividad rentable a tal grado atrayente al capital por lo cual es lógico suponer el ingreso de inversiones del campo legal al ilegal.

"Que el tráfico sea legal o ilegal es un problema solo - en la medida en que debe hacer mayores inversiones -corrupción de funcionarios, pago de mercenarios, riesgos - de pérdidas imprevistas- para obtener ganancias; pero no es un problema moral, como lo prueban los fabulosos negocios del alcohol en la época de la prohibición en los Estados Unidos y el desplazamiento del empresario De Lo--- rean de la rama de producción de automóviles de lujo a - la de tráfico de drogas en estos últimos años. (A. Gilly Drogas, capitales y fronteras p. 120) ".

31. M. Schneider: Neurosis y lucha de clases. p. 297.

32. F. Engels. Del socialismo..., op. cit. p. 138.



## CAPITULO II

### EL PLANTEAMIENTO EPIDEMIOLOGICO

Una vez planteadas las características generales del consumo de drogas a lo largo de la historia de la humanidad y, específicamente en la sociedad capitalista, queda señalado el porqué se le considera un fenómeno social el cual alcanza su máximo desarrollo en esta sociedad. Ahora es necesario conocer los procedimientos mediante los cuales se busca su determinación y explicación como objeto de conocimiento epidemiológico.

Actualmente la farmacodependencia es considerada como una enfermedad, por lo cual para el conocimiento de su magnitud y extensión se ha recurrido a la Epidemiología, la cual es una disciplina basada en una metodología adoptada por la medicina para el estudio de los procesos mórbidos de manifestación masiva; originalmente se aplicaba exclusivamente a las epidemias de enfermedades infecciosas.

Se considera necesario explicitar los lineamientos de la práctica epidemiológica, los cuales se han hecho extensivos al estudio de la farmacodependencia y que es necesario conocer en sus fundamentos para poder criticarlos e identificar sus aspectos ideológicos. Lo anterior nos dará bases para comprender mejor la forma en que se estudia el consumo de drogas actualmente.

Así pues, este capítulo se orienta a realizar una exposición de los supuestos teóricos que sustentan la práctica epidemiológica dominante. La argumentación busca dejar en claro como la terminología de la biología domina las posibilidades de investigación de esta disciplina. Lo cual se busca alcanzar al establecer la manera en que el discurso biológico, en diferentes momentos, juega su papel ideológico en el conocimiento de las condiciones de salud y enfermedad.

Para alcanzar el propósito señalado se realiza un análisis crítico de los que consideramos los aspectos más destacados de la epidemiología que hemos llamado dominante o positiva: sus objetivos de estudio y explicaciones de los problemas de salud, así como la importancia ideológica y política de esta disciplina en la sociedad capitalista.

Denominamos epidemiología dominante o positiva a aquella que se practica de manera prioritaria en instituciones oficiales de salud. La llamamos de esta manera porque la parte principal de su sustento teórico se lo proporcionó la teoría sociológica desarrollada por Comte. Aún cuando no pretendemos analizar los desarrollos teóricos de estos autores, sí destacamos como son retomados algunos de sus planteamientos en los más de los textos que explican la metodología y objetivos epidemiológicos. Para esto, retomamos algunos de los epidemiólogos más destacados que consideramos representantes de la corriente positiva epidemiológica y tienen marcada influencia en la mayoría de las escuelas donde se capacita personal para el desarrollo de esta actividad.

#### A. DEFINICION Y OBJETIVO.

El vocablo epidemiología se deriva de las raíces griegas epi, que significa sobre, demos, pueblo, logos, estudio. Literalmente estudio de algo que cae sobre la gente o expresado con mayor amplitud: de todo aquello que afecta a la población. En la acepción más difundida es considerada como el estudio de las epidemias. En términos técnicos es el intento por conocer la incidencia y la prevalencia de las enfermedades en diferentes grupos de población.

La epidemiología tiene una marcada influencia ecológica, pues atribuye a la relación medio ambiente y la enfermedad una gran importancia. Veamos brevemente este aspecto a partir de los tres conjuntos principales de factores en los que se centra el análisis epidemiológico dominante: el receptor u hospedero humano que

varía en composición genética, sensibilidad y grado de resistencia a la enfermedad; el agente, causa efectiva o portador de enfermedad, incluye deficiencias (exceso o carencias), intervención de microorganismos, que pueden variar de acuerdo a la virulencia, capacidad de producir enfermedad; y, medio ambiente, o medio circundante, tanto social como biológico y físico, que funge como lugar de coexistencia y lucha (biológica) entre el agente y el receptor u hospedero. Las variaciones ambientales influyen en la resistencia a la enfermedad del receptor, en la virulencia del agente pues determinan la cantidad y la calidad del contacto entre ambos.

En los estudios epidemiológicos predominantes la posibilidad de plantear problemas de investigación, y sus soluciones, está determinado por los factores hospedero, agente y medio ambiente, ya sea que se tomen los tres en forma integral, o uno en lo particular. Las hipótesis son planteadas dando prioridad a uno u otro aspecto, pero considerado en su forma clásica; esta metodología está dominada por planteamientos ecológicos, de tal suerte que en cada uno de los tres elementos mencionados lo biológico es lo prioritario y el análisis social es secundario o, aún más, biologicizado.

Lo anterior se aclara más cuando se analizan los propósitos generales de los estudios epidemiológicos según Lilienfeld y Lilienfeld <sup>1/</sup>:

1. Aclarar la etiología de la(s) enfermedad(es) mediante la combinación de datos genéticos, bioquímicos y microbiológicos.
2. Evaluar si los datos epidemiológicos son consecuentes con las hipótesis etiológicas formuladas clínicamente (al lado de la cama del paciente) o experimentalmente en el laboratorio.
3. Servir de base al establecimiento y evaluación de procedimientos preventivos y prácticas de salud pública.

En el primer punto los datos genéticos, bioquímicos y microbiológicos son los elementos que en ese enunciado explicarían la etiología de la enfermedad. Las condiciones sociales, económicas y políticas, en caso de que se pudieran incluir, ocuparían un lugar secundario en una hipotética explicación; en el mejor de los casos son factores adicionales. Por otro lado, al priorizarse la explicación en función de factores orgánicos, la "etiología" de los padecimientos no puede ir más allá del cuerpo humano, las relaciones de clase y las condiciones específicas de vida en las que se reproduce una sociedad no son tomadas como posibles explicaciones de una enfermedad, pues no se considera que puedan tener algún efecto en la presencia de la salud o la enfermedad del hombre.

El segundo propósito general, aún cuando se deriva del anterior, tiene su especificidad, pues, al señalar la necesidad de verificar la validez de los datos epidemiológicos en función de hipótesis etiológicas formuladas clínicamente o en el laboratorio, está haciendo depender los posibles hallazgos de la epidemiología de disciplinas puramente biomédicas. Aunado a lo anterior se observa una total supeditación del trabajo del epidemiólogo al del médico, del genetista, al del microbiólogo, del bioquímico, los que señalarían los lineamientos básicos de investigación del primero: en términos de la investigación en salud estamos hablando de una dominación total del análisis clínico sobre el epidemiológico.

En cuanto al tercer propósito general interesa señalar que del estudio epidemiológico se derivan prácticas de salud pública. Por la forma en la cual están formuladas las tres consideraciones mencionadas, cabe preguntarse de qué manera inferencias clínicas, bioquímicas, genéticas, microbiológicas pueden tener la presencia o el peso que se deduce en la política estatal de salud. Cómo desde el estudio del proceso patógeno en el nivel individual, se derivan medidas para abordar su manifestación masiva, es decir, para su estudio y tratamiento como un proceso colectivo. Estos ---

cuestionamientos reciben una explicación en el apartado siguiente, por lo cual nos extendemos aquí. Cabe preguntarse si, efectivamente, sucede ese paso que permite aplicar las conclusiones del estudio clínico al epidemiológico. De ser así se borrarían las diferencias entre la práctica del médico veterinario y del médico para humanos; las prácticas de salud pública serían las mismas -- utilizadas en la crianza de ganado. La respuesta ofrecida para esta pregunta es que no sucede tal paso. Lo que efectivamente se da es, por un lado, que la antigüedad de la práctica médico-clínica respaldan moral e ideológicamente su hegemonía sobre la epidemiología, a su vez, la pretensión de que la primera sirva de sustento a la segunda refuerza prácticas clasistas de dominación actuales, pues de esta manera, los factores biológicos determinan las conclusiones del análisis de proceso colectivo salud-enfermedad. El impacto que pueda tener las diferentes condiciones de clase en el cuerpo queda lejos de la conceptualización que explique la presencia o ausencia de enfermedad.

Pero mejor dejemos a los epidemiólogos positivistas que definan el objeto de su disciplina. Una vez establecido que estudian la enfermedad en función de factores demográficos (raza, edad, sexo), biológicos (niveles sanguíneos, enzimas, funciones fisiológicas, entre otras), hábitos personales (tales como el fumar, tipo de alimentación, características genéticas y factores socioeconómicos (educación, ingreso, trabajo, etc.), concluyen Lilienfeld y Lilienfeld:

"Así, la epidemiología puede considerarse como una serie ordenada de razonamientos relacionados con inferencias biológicas derivados de observaciones sobre ocurrencia de enfermedades y de los fenómenos relacionados con grupos de población humana. A ello podemos agregar que la epidemiología es una disciplina ecléctica, que, para estudiar la enfermedad en poblaciones, aprovecha conceptos y métodos de otras disciplinas, tales como la estadística, la sociología y la biología" <sup>2/</sup>.

Esta manera de considerar a la epidemiología parte de una conceptualización biológica de la misma, por lo cual la salud y la enfermedad son considerados como algo natural, propio de determinados grupos poblacionales, de tal suerte que mediante un vuelco ideológico un padecimiento causado por las condiciones de vida y trabajo se convierte en un atributo natural de alguna clase social. Una vez que "naturalizado" el mal observado, las personas que lo padecen podrán ser estigmatizados, perseguidos, y/o, en el mejor de los casos, ser objetos de medidas políticas paternalistas.

#### LA EPIDEMIOLOGIA COMO SOCIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES

El conocimiento científico de las condiciones específicas de salud y enfermedad en determinada formación social se pueden desarrollar en dos campos principales: uno es el de los estudios clínicos, cuyo ámbito de explicación es la existencia de la salud o la enfermedad en el individuo, quien se constituye en objeto de sus investigaciones y práctica específica; el otro es el de la investigación epidemiológica, que puede abarcar los mismos procesos mórbidos que la clínica, la diferencia fundamental es que observa e interpreta las entidades nosológicas cuando impactan a una población o grupo poblacional determinado, es decir, entiende la salud y la enfermedad como un proceso colectivo, de ahí que los resultados de las acciones sugeridas sean las llamadas políticas de salud pública.

Desde que existe la escritura hay amplias referencias a enfermedades que alcanzan "niveles epidémicos" <sup>3/</sup>, sin embargo, es a partir de mediados del siglo XIX cuando la epidemiología se constituye en parte del conocimiento teórico que investiga las condiciones de salud y de enfermedad en la sociedad.

Para podernos explicar el relevante papel que adquiere la epidemiología en la sociedad capitalista, es necesario referir las condiciones que enmarcan su consolidación.

En los textos, la historia de la epidemiología, hasta el siglo - XVI, es referida a partir del conocimiento médico heredado de la antigüedad griega. Algunas obras reconocen a Hipócrates (nació hacia el año 460 a.c.) como el primer epidemiólogo, a Galeno (131 hacia 210) como su continuador. La autoridad de este último prevaleció por aproximadamente quince siglos.

El concepto de contagio o transmisión de una enfermedad es considerado por varios autores como la piedra angular de la epidemiología, es decir, consideran que una determinada patología es sujeta de este tipo de enfoque en función de la facilidad o dificultad con que se difunde entre la población. El primero en --- plantear con claridad la teoría del contagio fue un médico italiano, Jerónimo Fracastoro (1478-1553), quien señaló que es un - ser viviente no visible, en esa época, la causa de la enfermedad. Con algunas dificultades este planteamiento fue ganando terreno y, con la invención del microscopio y descubrimiento de microrganismos, para fines del siglo XIX y principios del XX era aceptada 4/.

Fueron varios siglos de debate antes de la aceptación de la teoría del "contagium vivum" fuera aceptada. Sin embargo, señala - Foucault que resulta ocioso plantearse si el médico conocía y tenía adecuadamente estructurado el concepto de contagio o el de - infección, y si dominaba el planteamiento ecológico del agente y el huésped, cuestión que considera enteramente secundaria para - la correcta instrumentación de los procedimientos epidemiológicos, pues, plantea que el concepto de epidemia es: "... más que una forma particular de enfermedad; es, en el siglo XVIII, un modo autónomo, coherente, y suficiente de ver la enfermedad 5/. Se da el nombre de epidemia a toda enfermedad que ataca al mismo -- tiempo y con un carácter prácticamente inmutable a un gran número de personas. En el centro de la polémica epidemiológica nunca ha estado en discusión el cómo se transmite, comunica o contagia una enfermedad estudiada; ese lugar lo ha ocupado el estudio

de las circunstancias o condiciones presentes en el momento de --  
ocurrencia del fenómeno mórbido (área geográfica, clima, edad, se-  
xo, estación del año, raza, entre otras características). Esto -  
último posibilita el desarrollo y vigencia del análisis epidemio-  
lógico y, que, actualmente, se puede ocupar de todo fenómeno que  
afecte de alguna manera la salud de una población, sea o no conta-  
gioso.

El objeto de estudio de la epidemiología es la descripción y aná-  
lisis de las circunstancias en las cuales se da una enfermedad; -  
la forma clínica de ésta última no es la tarea inmediata de esta  
clase de análisis. Por esto, si la enfermedad es contagiosa o no  
poco interesa, lo determinante es que se manifiesta como epidemia,  
es decir, afecta a una población específica que tiene determina--  
das condiciones de existencia.

De lo dicho hasta aquí, la aplicación del concepto de epidemia a  
un fenómeno mórbido pareciera depender de las matemáticas o de un  
umbral de definición social que pareciera tener una base exclusi-  
vamente cuantitativa. De ser así sería necesario dejar el peso a  
argumentos puramente estadísticos. Pero no, el enfoque epidemio-  
lógico, comprendido como parte integrante de la medicina, consti-  
tuye una manera global de ver la enfermedad, de conocerla y, a su  
vez, de tratarla.

Antes de partir de planteamientos puramente biológicos o matemáti-  
cos, la consolidación y vigencia de esta disciplina en la socie--  
dad capitalista se da como una necesidad histórica y política de  
enfocar y tratar los fenómenos mórbidos en sus manifestaciones ma-  
sivas, colectivas o poblacionales; a partir de esto es que se ---  
constituye en una forma clasista de plantear los problemas que --  
afectan la salud de la población en el modo de producción capita-  
lista. Este enfoque que analiza a la enfermedad en función de --  
áreas geográficas, estaciones del año, excesos o carencias alimen-  
ticias, agentes microbianos y constitución biológica del indivi--



duo, principalmente, posibilita el que se deje de lado el análisis del cómo las diferentes condiciones de vida afectan la manera de enfermar y curarse de las clases sociales.

Lo anterior le da otra dimensión al conocimiento epidemiológico, pues, además de otorgarle un papel ideológico, lo ubica en el surgimiento de una conciencia político-estatal de la enfermedad que la consolidación del capitalismo trae a la población. La burguesía socializa la producción al expropiar al productor directo sus medios de producción, de esta manera obliga a quien antes fue artesano y campesino a laborar en su empresa. Si grandes masas de trabajadores despojados cercan los distritos industriales o vagan en los campos agrícolas en busca de ocupación remunerada, comparten miseria, vicios y enfermedades igualmente masivas. No sólo la producción se socializa, también las enfermedades. En estas condiciones es cuando surge una nueva visión de los problemas que afectan la salud, de ahí la necesidad del Estado de una medicina de las epidemias.

Quizá se piense que la medicina estatal u oficial no puede reconocer a la enfermedad como proceso social. Punto de vista erróneo. La actividad médica moderna sí dispone de un enfoque colectivo de enfermedad y salud, el cual se concretiza en la teoría epidemiológica, que es, además, la respuesta dada por el capitalismo pues la enfermedad como fenómeno colectivo, es explicada en función de una determinada área geográfica, estaciones del año, la lluvia, el frío, lo caliente, los excesos y deficiencias alimenticias, entre otras cosas, nunca en función de las relaciones sociales de producción dominantes.

Esta manera de ver la enfermedad surge necesariamente con la consolidación del capitalismo, de un Estado burgués, que administra los intereses generales de la clase capitalista, y como tal, tiene el deber de procurar las mejores condiciones para la reproducción social del capital, entre las cuales se encuentra el cuidado

de la salud de la población, en particular de la que se incorpora al proceso productivo y genera la plusvalía. Por lo tanto, el cuidado de la salud colectiva no puede estar en manos del médico individual, liberal, sino que lo tiene que asumir el Estado que, aún antes de que la burguesía tome conciencia de ello, se tiene que constituir en médico colectivo 7/.

Así, por un lado, la medicina se socializa. El Estado le brinda la posibilidad de intervenir en el ámbito social, pues la conciencia médica se hace estatal cuando plantea la visión epidemiológica de la salud y la enfermedad; sugiere medidas generales para evitar o enfrentar la enfermedad, para conservar o reestablecer la salud. A su vez, el Estado se convierte en el médico de la sociedad al implantar los programas de salud pública, que no están dirigidos a individuos, sino a grupos de población susceptibles o a la sociedad en su conjunto.

#### CAUSALIDAD

La historia de la epidemiología es comúnmente remontada a los planteamientos hipocráticos, sin embargo, su implantación como una disciplina con una metodología y objeto propio de estudio apenas se constituye en la segunda mitad del siglo XIX: con el estudio de enfermedades epidémicas (especialmente la peste, el cólera, el tifo, entre otras) las cuales hasta el siglo XX, fueron donde se presentaron, una de las amenazas más grandes para la existencia del ser humano.

Un hito determinante para consolidación de la epidemiología fueron los estudios que sobre el cólera desarrolló el anestesiólogo, John Snow, quien entre 1848 y 1854 analizó las constantes visitas del cólera que diezmaban a la población sin que se pudiera evitar. Snow argumentó que el cólera era transmisible de persona a persona, y que su causa era una célula viva que se multiplicaba con gran rapidez, la cual no podía ser vista. Igualmente, describió con

exactitud el comportamiento del cólera treinta años antes del descubrimiento del bacilo correspondiente. Lo importante para la microbiología fue que este planteamiento se hizo diez años antes de que Pasteur refutara, en 1864, la teoría de la generación espontánea y demostrara que los organismos que causaban la fermentación provenían de otros similares presentes en el aire.

Las observaciones de Snow sobre el porqué de la presencia del cólera no se quedó en la explicación biológica, señaló también que las rutas comerciales que comunicaban grandes centros poblacionales, eran las vías de llegada de la enfermedad; pero lo más importante fue cuando indicó que, el cólera se difunde más fácilmente entre "las clases pobres", pues las miserables condiciones de existencia que sufren aumenta el riesgo de enfermedad 8/

Pese a las observaciones de Snow que se referían a las condiciones de vida de la población como importantes, los aspectos biológicos tuvieron mayor peso en la época analizada. Tal predominio terminó de acentuarse con los descubrimientos de Roberto Kock --- (1843-1910), quien fue el primero en aislar el bacilo de la tuberculosis y la bacteria del cólera asiático. De esos trabajos se desprendió una serie de principios metodológicos que son considerados como pruebas necesarias para la demostración de la causalidad de la enfermedad:

"Primero, debe demostrarse que el parásito está presente en cada caso de enfermedad, mediante aislamiento en cultivo puro. Segundo, el parásito no debe encontrarse en caso de otra enfermedad. Tercero, una vez aislado el agente, éste debe ser capaz de reproducir la enfermedad en animales de experimentación. Cuarto, el agente debe ser recuperado a partir de la enfermedad experimental inducida" 2/

Esa serie de observaciones de Kock (premio nobel en 1905), impac-

taron al conjunto de la medicina en general y la epidemiología en particular. Significó una demostración acreditada de que la enfermedad tenía un origen orgánico y una causa (microbio patógeno) que debía buscarse con el rigor planteado por él. La epidemiología es, en ese entonces, asumida como una rama de la medicina que estudia los procesos infecciosos (frecuencia y distribución) en la población, la cual acentúa la importancia del microbio lo que, -- "... hizo relegar e incluso olvidar los factores relacionados con el hospedero y el medio ambiente..." <sup>10/</sup> Esta observación crítica realizada por los mismos epidemiólogos positivistas, señala la preminencia de las conclusiones microbiológicas en la interpretación de la enfermedad.

Una de las principales causas de mortalidad que persistía en Europa a principios del siglo XX lo fueron las enfermedades infecciosas, de ahí que el estudio de las mismas marcara el enfoque de la epidemiología. La irrupción de la microbiología en el terreno de la epidemiología, significó, por un lado, la reafirmación de la biohegemonía en la explicación de los procesos mórbidos y, a su vez, con el planteamiento unicausal de la enfermedad, el ocultamiento de que eran las condiciones materiales de vida de la población (desnutrición, insalubridad, hacinamiento) la causa determinante de la enfermedad y, consecuentemente, el microbio alcanzó, temporalmente, la destacada denominación de causa de la enfermedad.

Los mismos epidemiólogos positivistas se encargaron de luchar contra el planteamiento unicausal de la enfermedad. Actualmente la epidemiología predominante recurre a planteamientos de la sociología positivista para explicar el surgimiento de la enfermedad y evitar el análisis de las relaciones sociales.

Para exponer la concepción de causa en la epidemiología positivista recurrimos al texto de McMahon y Pug, pues son de los autores más leídos y reconocidos en la actualidad, a quienes se refieren en la

mayoría de los casos, cuando intentan una explicación del porqué de la enfermedad en la población y, además, los autores mencionados sintetizan perfectamente el pensamiento epidemiológico dominante en la actualidad, sobre la causalidad de los procesos mórbidos al señalar:

"En realidad, los hechos nunca dependen de causas únicas. El concepto de cadenas de causalidad, aunque común, tiene el defecto de la simplificación excesiva... es evidente que las cadenas de causalidad representan sólo una -- fracción de la realidad y debe considerarse toda la genealogía más propiamente como una red, que en su complejidad y origen queda más allá de nuestra comprensión" 11/

Un aspecto importante de la cita es que da por superado (aunque sea por simple) el "concepto de cadena causal", el cual explicaría la presencia de la enfermedad en razón de un eslabonamiento de factores que se determinan uno a otro, la eficacia de las medidas de salud radicaría en el conocimiento de un eslabón, lo suficientemente importante, por estar vinculado al mal observado, al ser afectado o eliminado ocasiona que se neutralice, suprima o -- prevenga el proceso mórbido. Es decir, llevado a sus últimas consecuencias, la cadena causal es una vuelta al planteamiento unicasal.

Una de las "aportaciones" de la red causal de McMahon y Pug estaba en señalar que el proceso mórbido por su "complejidad y origen queda más allá de nuestra comprensión", la cual es una coincidencia básica de los dos autores con el agnosticismo de Comte, cuando éste señala que la filosofía positiva no busca establecer las causas que explique los fenómenos observados, sino únicamente describirlos en sus diferentes manifestaciones 12/. La otra es negar la unicasalidad y destacar el concepto de red causal, la cual es el planteamiento de que todo fenómeno tiene una causalidad múltiple, así, dentro de la argumentación agnóstica, es incomprensible y, a su vez, diluye la responsabilidad social de la enfermedad en

una multitud de factores, misticadores y ocultadores del fenómeno mismo, pues, pérdidas entre la multicausalidad de la red, las relaciones sociales de producción quedan a salvo de todo cuestionamiento.

Sin embargo, pese a su agnosticismo, la epidemiología moderna trata de dar una respuesta a la pregunta ¿Cómo determinar los fenómenos epidemiológicos? Y responde que el procedimiento óptimo es el ensayo en laboratorio, el cual no siempre está al alcance del epidemiólogo. A falta de este recurso, señalan tres consideraciones a tomar en cuenta para explicar la causalidad del fenómeno en estudio 13/:

1. Secuencia en el tiempo. Señalan que los factores causantes deben preceder a los que se piensa son efecto.
2. Firmeza en la asociación. El aspecto cuantitativo es lo determinante. Este refiere a la cantidad de veces en que se manifiesta un fenómeno estando presente una variable; y/o a la magnitud en que ésta última se presenta y cuya gradación cuantitativa afecta la presencia del problema estudiado.
3. Relación con el conocimiento existente. Aquí se hacen tres -- consideraciones: primero verificar si la hipótesis epidemiológica es apoyada en conocimientos biológicos; si tal hipótesis es similar a otra encontrada para otras poblaciones; y tercero, seguir un proceso de exclusión hipotético.

Con ninguno de los planteamientos van más allá del agnosticismo -- comtiano. En los dos primeros aspectos se destacan relaciones puramente cuantitativas, que no intentan explicar, sino únicamente describir. El tercero se manifiesta como una tautología ( A es igual a A), si el conocimiento encontrado no es igual o similar -- al anterior, no es válido.

Esta dificultad o imposibilidad para entender un fenómeno mórbido (porque "está más allá de nuestra comprensión"), es más que nada la posibilidad concreta en los análisis epidemiológicos de no explicar el objeto de su estudio (la salud y la enfermedad como proceso colectivo) en términos de las relaciones sociales dominantes, las cuales no pueden ser comprendidas críticamente por el positivismo, su objetividad se basa únicamente en la exhibición de las evidencias. Por supuesto así nunca encuentran una causa. Desde un punto de vista puramente metodológico no se plantea que un fenómeno es la expresión de las determinantes de nuestra existencia social, a su vez, estos últimos son la concreción del conocimiento, pues constituyen la síntesis que permite organizar, sistematizar y comprender la existencia cotidiana, es decir, por ser el determinante específico y general de los múltiples fenómenos, que, aún cuando se expresen en lo inmediato, no pueden ser comprendidos únicamente a partir de eso, en consecuencia el positivismo se plantea que está más allá de nuestra comprensión.

El materialismo histórico indica que el conocimiento de los procesos sociales sí está más allá de nuestra comprensión inmediata, - sin embargo, no renuncia a su conocimiento y busca acceder a éste a partir de la comprensión y crítica de las relaciones sociales - en el capitalismo, pues solamente así se puede entender el porqué transcurre de determinada manera la vida en la sociedad burguesa. Se busca destacar el modo específico en que la socialización de - la producción y la apropiación privada capitalista de la misma y la lucha de clases explican el acontecer cotidiano.

Dos aspectos nos importa destacar de lo antes dicho en este párrafo es que la discusión sobre la conceptualización de la epidemiología se plantea en dos niveles:

- a) Determinación del hecho epidemiológico, y
- b) Distribución del mismo en la población.

En ambos casos es necesario plantear el cómo las condiciones generales de producción y reproducción social inciden en la salud y la enfermedad; y, a su vez, establecer y destacar la manera particular de enfermarse y curarse en cada clase social a partir de su participación en el proceso de producción de la sociedad.

Por más compleja que sea la discusión en torno a la epidemiología, los dos aspectos finalmente destacados aparecen como una constante en la argumentación. Esta polémica deja ver una posibilidad de discusión amplia en torno a la epidemiología, pues aún cuando se encuentra dominada por planteamientos positivistas, no dispone de un cuerpo teórico propio estructurado, es ecléctica. El hecho de que se "auxilie" de diferentes disciplinas (sociología, demografía, psicología, medicina, entre otras) para concretizar una interpretación, habla de la probabilidad que ha tenido el materialismo histórico de incidir en esta discusión.



## CAPITULO II

### REFERENCIAS

1. Lillienfeld y Lillienfeld. Fundamentos de epidemiología, p. 2
2. Ibid. dem.
3. Diferentes autores comentan la presencia de ondas epidémicas que asolaron a la población europea hasta el siglo XIX. Únicamente tomamos ejemplos de dos de ellos, del primero que exponemos es la obra de Rolando Armijo Rojas, Epidemiología Básica: "La peste bubónica destruyó los ejércitos de Marco Aurelio y Lucio Verus, en el siglo V D.C., arrasó Roma, luego Constantinopla, donde morían de 5 a 10 personas al día y abatió al Imperio Bizantino. Del siglo VI al XIV hubo calma respecto a la peste; pero en 1345 estalló una epidemia en Asia y Africa que rápidamente se extendió a Europa. En 1348 (año santo) el Papa Clemente VI hizo un llamado a toda Europa, a fin de que se congregaran peregrinos en Roma a orar y pedir clemencia al cielo. Entre un millón doscientos mil peregrinos que acudieron al llamado papal a Roma, vinieron varios enfermos de peste bubónica y se desencadenó una epidemia de espantosas proporciones en la que murieron el 90% de ellos..."p. 19.

Otros autores como René Dubos tratan de establecer una periodicidad en la que indican lapsos de tiempo aproximados, en los que predominaron diferentes brotes epidémicos en Europa: en el siglo XIV la lepra; en el XV la peste; en el XVI la sífilis; en los siglos XVII y XVIII la viruela; en el XIX predominaron la escarlatina, el sarampión y la tuberculosis.

4. La teoría microbiana de la enfermedad se implanta en el último tercio del siglo XIX cuando por un lado Pasteur refuta la teoría

de la generación espontánea y Roberto Koch logra aislar por primera vez el bacilo del cólera y el de la tuberculosis. De estos -- dos últimos logros, Koch plantea una metodología microbiológica -- para la comprobación de la enfermedad, todo lo cual lo hace acregdor al premio nobel de medicina en 1905.

5. Foucault, M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. p. 43.
  
6. Basta una rápida revisión de los ficheros de bibliotecas especializadas en problemas de salud para observar que, los criterios y métodos epidemiológicos se utilizan para estudiar una gran variedad de enfermedades y trastornos patológicos, así como fenómenos que pueden perjudicar la salud. Su aplicación se extiende desde las enfermedades infecciosas hasta las afecciones cardíacas y pulmonares, pasando por defectos hereditarios, enfermedades mentales y degenerativas, la delincuencia, los accidentes y los impactos -- de los cambios en el ambiente que la industrialización trae consigo.
  
7. Particularmente ilustrativo de esto último, nos parecen algunas -- anotaciones y reflexiones que Marx hace en el primer tomo de El -- Capital: al comentar la legislación laboral inglesa aprobada a -- partir de 1833, señala que "Estas leyes fabriles vienen a poner -- un freno a la avidez del capital, a su codicia de explotar sin me dida la fuerza de trabajo por imperio del Estado, por imperio de un Estado gobernado por capitalistas y terratenientes. Prescin-- diendo del movimiento obrero, cada día más fuerte y amenazador, -- esta traba puesta al trabajo fabril fue dictada por la misma nece sidad que trajo el guano a las tierras inglesas. La misma codi-- cia ciega que en un caso agotó la sustancia de la tierra, atentó en el otro contra las raíces de la fuerza vital de la nación". p. 184. Más adelante comenta que las condiciones de la salud del -- obrero tenían sin cuidado a los capitalistas y cita a un periodig ta de la época quien señala: "Aunque la salud de la población

es un elemento importantísimo de la riqueza nacional, no tenemos más remedio que reconocer que los capitalistas no se sienten mayormente inclinados a conservar y apreciar este tesoro en todo lo que vale... Los miramientos hacia la salud tuvieron que serles impuestos por la ley a los fabricantes (Time de 5 de noviembre de 1861)". p. 212.

La necesidad de un Estado que asuma las funciones de médico de la sociedad, está dictada por los mismos intereses generales de la clase burguesa. En determinado momento el Estado capitalista lo asume aún cuando afecte intereses de algunos sectores de la clase dominante.

8. Los trabajos de John Snow sobre el cólera, en Cuadernos CBS, No. 3, 1985.

"Es entre los pobres, donde toda una familia vive, duerme, cocina, come y lava en un solo cuarto, que se ha encontrado que el cólera se extiende una vez introducido, y aún más en aquellos lugares conocidos como albergues de clases bajas, en las cuales muchas familias se hacinan en un solo cuarto. Fue entre los vagabundos, -- quienes vivían en este estado de hacinamiento, que el cólera fue más letal en 1832... Por otro lado, cuando el cólera es introducido en el mejor tipo de casas, ... difícilmente se disemina de un miembro de la familia a otro. El uso constante de la palangana y la toalla y el hecho de que los lugares para cocinar y comer sean diferentes al cuarto del enfermo, son la causa de esto". p. 10.

9. Fox, et. al. Epidemiología. El hombre y la enfermedad. p. 29.
10. Arana Pastor, J. Epidemiología general. p. 66.
11. Mc Mahon, B. y Pug. Principios y métodos de epidemiología, p. 21

12. Comte, A. La filosofía positiva. "Por todo lo dicho, vemos que - el carácter fundamental de la filosofía positiva consiste en captar todos los fenómenos como sujetos a leyes naturales invariables, cuyo descubrimiento preciso y reducción al menor número posible son la meta de todos nuestros esfuerzos, considerando como absolutamente inaccesible para nosotros y vacía de sentido la -- búsqueda de lo que llaman causas, sean primeras, sean finales... Ellos saben, en efecto, que nuestras explicaciones positivas, -- aún en las más perfectas, no tenemos en modo alguno la pretensión de exponer las causas generadoras de los fenómenos (...)" p. 36.

13. Mc Mahon y Pug. op. cit., p. 18.

### CAPITULO III

#### CONSUMO DE DROGAS EN MEXICO: 1960 - 1988

El 19o. Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia, se orienta a sugerir como cada país en su respectivo territorio, puede establecer un panorama epidemiológico del consumo de drogas. Los procedimientos sugeridos van desde el levantamiento de encuestas entre la población que permitan obtener tasas de prevalencia -generales o específicas-, pasando por el estudio de pacientes que son atendidos - en instituciones de salud, personas reclusas en cárceles, entre otros aspectos. Es decir, tomar en consideración a cualquier recurso o procedimiento que sea un aporte al conocimiento de la magnitud del consumo de drogas, éste es bien recibido.

Tal obsesión por conocer la magnitud del consumo de drogas y sus tasas de crecimiento (se acepta que el fenómeno tiende a aumentar), descansa en la idea de que el consumo de drogas es un problema masivo, únicamente asible si se constata su presencia mediante tasas o porcentajes los cuales, obtenidos en diferentes poblaciones, nos dan cuenta de su extensión. Sin embargo, siempre existe el cuestionamiento sobre la cobertura poblacional y la temporalidad de los datos obtenidos, de tal suerte que nos seguimos ocupando en hacer entrevistas e interpretar datos sin pasas a ubicar históricamente y socialmente tales resultados. Al parecer la constante búsqueda de información que muestre como el consumo de drogas está presente en diferentes grupos poblacionales (estudiantes, reclusos de cárceles, pacientes de instituciones de salud, -trabajadores), opera como causión de un análisis que considere -- las relaciones sociales de producción como marco referencial del estudio del consumo de drogas.

En México se están recorriendo los caminos que lleven a mostrar -- como el consumo de drogas está presente en los diferentes secto--

res poblacionales, así se comprobaría que si no respeta sexo, edad, nivel socioeconómico; no puede ser explicado utilizando conceptos marxistas como clase social, relaciones sociales de producción o modo de producción, pues de antemano se muestra como un fenómeno que se da en toda cultura; tanto entre los dominados como entre los dominadores. Hecha esta consideración entonces si se pueden analizar las causas familiares, personales o sociales, económicas o políticas asociadas al consumo de drogas. Las amistades, las carencias afectivas, la curiosidad aparecen como los factores precipitantes del individuo en el consumo de drogas con fines tóxicos: así este fenómeno aparece como un problema multisocial, imposible de determinar. Si se es hombre o mujer, rico o pobre, se puede llegar a ser farmacodependiente, igual si se es exitoso o fracasado en la vida diaria.

En esta parte del trabajo se presentan datos de encuestas realizadas en población estudiantil (Encuestas en escuelas), en población general de 12 y 14 años de edad en adelante (Encuestas en hogares) y datos de pacientes usuarios de drogas atendidos por los Centros de Integración Juvenil, A.C.\* Con esto buscamos ofrecer una visión general del consumo de drogas en México y abundar en la caracterización del consumidor de sustancias con fines tóxicos.

La intención de comentar datos estadísticos de la problemática en estudio, es la de dar una explicación sobre este particular en el marco de las relaciones sociales de producción capitalista. Por un lado, es necesario que todo abordaje de un fenómeno que se da en la sociedad capitalista considere los aspectos fundamentales de ésta, con la finalidad de poder realizar un análisis que intente dar cuenta de la génesis y presencia del problema en estudio. Por otro, son escasos los intentos por discutir esa clase de datos con el enfoque del materialismo histórico, esperamos poder aportar a la discusión desde este marco referencial algunos señalamientos.

---

\* En el Anexo 2 se plantea la forma en la cual fueron realizadas y validadas las investigaciones.

### A) Epidemiología y farmacodependencia

Lo común en las consideraciones para la aplicación de la metodología epidemiológica al estudio de la farmacodependencia, es que -- por su reciente manifestación masiva se vuelve objeto de esta clase de enfoques. Sin embargo, un estudio epidemiológico no sólo -- constata la enfermedad como fenómeno colectivo, también brinda -- una explicación teórica de su objeto de estudio.

En el capítulo anterior expusimos una crítica a una concepción -- epidemiológica, en la cual destacamos la manera como las relaciones sociales de producción están ocultas por una argumentación -- biológica. La manera de adaptar la epidemiología al estudio de -- la farmacodependencia también recoge el bagaje ideológico ya criticado. En esta parte exponemos el mismo discurso en su ropaje -- "farmacológico".

Empecemos por plantear la concepción del contagio en materia de farmacodependencia.

"La farmacodependencia puede enfocarse desde el punto de vista -- epidemiológico si se entiende como una enfermedad comunicable que puede ser transmitida de personas "enfermas" a personas susceptibles y en el que juega un papel importante la exposición a los -- fármacos. Siguiendo este modelo, el agente infeccioso son las -- drogas o fármacos, y el vector y receptor es el usuario".<sup>1/</sup>

Dos comentarios queremos hacer a esta última cita. El primero se refiere a su mismo texto, del cual hay que destacar que es un -- desafortunado retorno a planteamientos epidemiológicos unicausa-- les (la causa de la farmacodependencia es la droga) superados desde principios de este siglo. El agente infeccioso es la droga -- que enferma a un receptor, al usuario de esas sustancias.

El planteamiento referido bien podría haber servido de sustento - teórico a la posición oficial del gobierno estadounidense en lo - que se refiere al consumo de droga en su país, pues, reiteradamen - te ha sostenido que la causa de la farmacodependencia en su terri - torio es la existencia de sustancias generadoras de adicciones -- (a marihuana, a heroína, a cocaína, etc.) que, producidas en --- otros países son introducidas en su territorio por narcotrafican - tes los que, con su producto, exponen a la población sana a las - drogas y con esto a la farmacodependencia (infección).<sup>2/</sup>

En la aplicación del modelo epidemiológico sugerido el agente es la droga, el vector y receptor es el usuario mismo. El vector es quien pone en contacto a un usador potencial con la droga. Aquí se trae a colación los estudios que refieren la curiosidad, el -- amigo "bien intencionado" que inicia en el consumo de fármacos a una persona. Con esto se busca rechazar al narcotraficante como vector pues el contacto secuencial, al igual que en una enferme-- dad contagiosa, de una persona enferma a otra sana, se considera como el factor principal para su transmisión; solamente así es po - sible aplicar la metodología epidemiológica del contagio.

Desde principios de la década pasada la aplicabilidad de la con-- cepción del contagio a la farmacodependencia es cuestionada:

La analogía es imperfecta: el contagio de enfermedades es involuntario, el resultado de una infección orgánica; el uso de drogas es voluntario, inicialmente la consecuencia de un acto consciente. No obstante, el uso de drogas es - contagioso en el sentido que se distribuye por contacto - impersonal. Por lo tanto, puede ser estudiado, pero no - "explicado", usando modelos para describir la difusión -- del fenómeno.<sup>3/</sup>

Como se puede observar por las mismas fechas el rechazo a esa po - sición del contagio en los Estados Unidos ya empezaba a tomar -- forma en algunas instituciones, en cambio en México asumía carac - terísticas de novedosa justificación teórica.



El segundo comentario que podemos hacer es acerca de la importancia de la institución que editó el trabajo mencionado: el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), organismo --- creado por Luis Echeverría en 1972 mediante un decreto presidencial. En ese entonces a los ojos de la mayoría de los interesados, esa institución ostentaba la representación oficial en materia de farmacodependencia y con ese papel, publica una serie de guías técnicas para realizar investigaciones epidemiológicas donde se reitera el mismo deslíz contagionista.

Lo anterior nos habla de un relativo atraso conceptual que en materia de epidemiología de la farmacodependencia existía en nuestro país hacia mediados de la década pasada, pues, frente a las consideraciones hechas por el CEMEF, la misma Organización Mundial de la Salud, al evaluar la conveniencia de aplicar el método epidemiológico al estudio del uso de drogas, sustenta la concepción de la triada ecológica (agente, receptor u hospedero y medio ambiente) y la expresa de la siguiente manera: "... para comprender la naturaleza de la farmacodependencia es indispensable conocer la interacción entre éste y el medio ambiente." <sup>A/</sup>

Tanto la concepción contagionista como la ecologista de la epidemiología han sido comentadas y criticadas por su contenido biológico, en él se nos oculta el papel que tienen las relaciones sociales de producción en la manifestación de los estados mórbidos. Sin embargo, ambas son aplicadas en función de considerar a la farmacodependencia como sujeto de este tipo de estudios por la magnitud con que se manifiesta en la población antes de considerar si es o no una enfermedad contagiosa o, producto del desequilibrio en la triada ecológica: agente, hospedero y medio ambiente.

Los estudios que recurren a la metodología epidemiológica para el conocimiento de la farmacodependencia han tenido como objetivo central: determinar la prevalencia e incidencia del fenómeno, así como los sectores poblacionales afectados, los motivos para consu

mir drogas sin prescripción médica, fundamentar y evaluar líneas de acción. Es decir, ya sea con un planteamiento contagionista o ecologista, el centro de investigación epidemiológica lo ha ocupado el tratar de ubicar y determinar el comportamiento del fenómeno en cuestión y, a la vez, su distribución poblacional y regional: nunca el demostrar si la farmacodependencia es contagiosa o no.

Ambas concepciones, contagionista y ecologista, han sido utilizadas para justificar la aplicación del método epidemiológico. Aunque la concepción sustentada en la triada ecológica ha ganado mayor presencia, hay casos en los cuales se puede constatar la aplicación (ingenua) de ambos.

En este capítulo intentaremos hacer un recuento de los principales resultados a los que ha llegado la epidemiología del consumo de drogas en México, para tal efecto se busca estudiar el mayor número de investigaciones empíricas realizadas en nuestro país.

La constitución de una visión epidemiológica de la farmacodependencia en México, se elabora básicamente, a lo largo de las últimas dos décadas. En este esfuerzo confluyen instituciones de salud, educativas, legales, locales, federales y particulares, algunas con intereses académicos, otras legales, o con la finalidad de establecer o justificar programas preventivos o de tratamiento. Pueden ser diferentes los objetivos de investigación. Lo que sí podemos afirmar es que todos ellos contribuyen de alguna manera a la constitución de un acervo epidemiológico sobre la farmacodependencia, el mismo enriquecido gracias a los esfuerzos regionales o federales por conocer el problema aquí tratado.

Hasta la fecha la mayoría de los esfuerzos por conocer la magnitud del fenómeno, se han realizado de una manera sólo en apariencia inconexa y anárquica, pues lo que les da sentido y coherencia es el concepto de epidemia, el cual, como señalamos, es una forma

de ver los procesos mórbidos como manifestaciones masivas, colectivas que afectan el conjunto de una población en el país o en -- una región, esto último se encuentra como la justificación principal de realización de cada investigación. Por lo demás, para el establecimiento de una visión epidemiológica regional y principalmente nacional no es imprescindible, aunque sea deseable, la exactitud en el cálculo, ni la coordinación puntual de los esfuerzos de investigación, pues al parecer ésta se realiza, en la mayoría de los casos, de acuerdo a necesidades de instituciones de salud, educativas, autoridades regionales, es decir, cuando se advierte la presencia del fenómeno y/o se le considera como un problema. -- Lo cual indica dos cosas: 1o. el concepto de epidemia permea a la mayor parte de la sociedad y 2o. ésta cuenta con un "vigilante -- epidemiológico" en cada autoridad local o federal.

Lo ideal para el Estado es que la totalidad de la población asuma esa conciencia epidemiológica y, a su-vez, acepte la función de -- vigilancia, puesto que provee de un enfoque biologicista (contagionista o ecologicista) de interpretación del fenómeno, la hace extensiva a la población para que ésta actúe. Y nada mejor que los -- mismos afectados se cuiden los unos a los otros de no consumir -- drogas, de denunciarse si lo hacen, de plantear posibles soluciones, claro está, bajo la hegemonía de la burguesía, quien únicamente proporciona una interpretación de los problemas de salud -- causados por su dominación. Cuidando de esta manera que no aflore el cuestionamiento a las relaciones sociales de producción, -- pues ha proporcionado una visión general del problema encargado -- de encubrirlos, y a su vez, de marcar pautas de acción a la creatividad de la sociedad.

#### B) Encuestas en Hogares

Por medio de las encuestas en hogares se entrevista a la pobla--- ción general en sus lugares de residencia, con ello se busca esta blecer una cobertura poblacional amplia. De hecho, son este tipo

de investigaciones las que logran -en el marco de la epidemiología- abarcar a un mayor número de personas en sus inferencias estadísticas. Para realizarlas se utilizan cuestionarios, los cuales son aplicados por encuestadores mediante una entrevista personal en domicilios seleccionados. Las limitaciones principales de esta estrategia de investigación, en farmacodependencia, se deben al hecho de ser éste un tema objeto de desaprobación social, pues incluso puede implicar sanciones legales para quien se involucra, por lo cual se da por hecho que las cifras así obtenidas sobre consumo de drogas son inferiores a las reales.

Por otra parte, el desarrollo de las encuestas en hogares implica la utilización de abundantes recursos materiales y financieros, lo cual hace que su realización no sea muy frecuente. Sin embargo, tradicionalmente se le da peso específico en esta clase de sondeos a la confiabilidad de la muestra, la reducción estadística del margen de error y la amplitud de la población sujeto de estudio.

En este apartado iniciamos por comentar las encuestas sobre consumo de drogas efectuadas en la década de los años 70, para enseguida exponer los resultados más sobresalientes de la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en 1988 por la Secretaría - de Salud.

#### Encuestas en hogares efectuadas hasta 1978.

En las encuestas en hogares realizadas en siete ciudades de la República Mexicana hasta 1978, ya se concibe el abuso de sustancias psicoactivas como un fenómeno eminentemente urbano. Con excepción de un estudio realizado en Monterrey\*, las restantes seis fueron representativas de cada ciudad.

---

\*Encuesta que estudia el porcentaje de familias de una zona marginal con hijos inhaladores.

En el cuadro 1 se presentan los datos de consumo de drogas, tanto de uso médico como las que no lo tienen. Lo primero que se puede destacar es que el consumo de sustancias producidas por la industria farmacéutica es el más elevado. Lo cual parcialmente es justificado, pues son productos que en alguna ocasión un médico lo pudo haber prescrito al anotado como usuario. Esta primera aproximación indica que el aspecto principal del consumo de drogas está determinado por el uso de psicofármacos producidos legalmente.

En los dos cuadros siguientes 2 y 3, se anotan los porcentajes muestrales de quienes declararon usar de manera consuetudinaria alguna droga producida legal (fuera de prescripción médica) y/o ilegalmente. Sin embargo, bajo ningún criterio se puede establecer si en esas tasas de usuarios hay farmacodependientes, y, en caso de que los hubiera, cuántos son. Quienes reportan uso de sustancias en las encuestas, no necesariamente dependen de ellas: esos porcentajes pueden estar referidos a personas que apenas inician el uso de drogas; usuarios esporádicos que tampoco han desarrollado adicción y quienes sí pueden ser adictos.

Como se puede ver existe una gran dificultad para precisar número de adictos a una droga en lo específico. No obstante, persiste la intención de cuantificar para identificar al farmacodependiente en las cifras. Pensamos que con este tipo de material y para este tipo de problema social no se necesita precisar y, al parecer, no se puede ubicar la cifra exacta. Lo que sí se debe y puede hacer es inferir tendencias o comportamientos específicos: si de manera general se puede afirmar, con base en los datos de los cuadros 1, 2 y 3 que se consume una mayor cantidad de drogas legales y de uso médico que de aquellas que no lo tienen; también se puede plantear que el mayor número de farmacodependientes -localizables mediante esta metodología- recurre al primer tipo de sustancias para intoxicarse.

CUADRO 1

PORCENTAJES DE POBLACION DE HOGARES QUE HAN CONSUMIDO ALGUNA VEZ DROGAS. 1974 - 1978

Sustancia	1.Distrito Federal 1974	2.San Luis Potosaf 1975	3.Puebla 1975	4.Monterrey 1975	5.Monterrey 1975*	6.La Paz 1976	7.Nogales 1976**	8.Mexicali 1978
	<b>a) Drogas de uso médico</b>							
Depresores: Ansiolíticos	14.3	19.3	9.0	24.6		20.9	4.0	9.3
Sedante B	4.2	0.8	0.8	6.0		4.7	1.0	2.1
Sedante No. B	1.8	5.0	1.1	3.6		16.2	0.5	1.1
Estimulantes: Anfetaminas	3.2	1.0	2.2	2.2		2.0	1.1	4.0
Otros	3.2	3.0	2.6	2.2		5.2	-	1.5
Narcóticos: Analgésicos con Codeína	27.2	13.8	8.9	14.9		34.9	26.0	8.2
Otros	0.4	3.2	1.0	1.2		2.5	46.0	1.2
<b>b) Drogas sin uso médico</b>								
Depresores: Inhalables	0.4	0.5	0.01	1.2	6.9	0.7	-	0.7
Estimulantes: Marihuana	1.3	2.1	0.3	1.6		4.9	-	6.7
Alucinógenos	1.1	0.9	-	-	-	1.1	-	0.2
Cocaína	-	-	0.2	-	-	0.7	-	1.6
Narcóticos: Heroína-Morfina	0.1	-	-	-	-	0.4	-	0.02

\* Índice de familias de una colonia marginal con hijos inhaladores.

\*\* No estudia drogas sin uso médico.

Fuente: 1, 2, 3, 4, 6 y 7. G. Terroba y Ma. E. Medina-Mora. Prevalencia del uso de fármacos en la Ciudad de Mexicali, B.C. (A través de encuestas en hogares). p.p. 138 y 141.

5. F. Garza, et. al. Perfil del inhalador: estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal. p.6.

7. Ma. E. Medina-Mora. Estudio epidemiológico sobre consumo de medicamentos psicotrópicos y derivados del opio en la Ciudad de Nogales, Son. p.p. 7-20.

CUADRO 2

PORCENTAJE DE CONSUMO CONSUETUDINARIO<sup>1</sup> DE DROGAS DE USO MEDICO, FUERA DE PRESCRIPCION MEDICA<sup>2</sup>  
ENCUESTAS EN HOGARES. POBLACION DE 14 AÑOS DE EDAD EN ADELANTE.

Sustancia	Distrito Federal 1974	La Paz 1974	San Luis Potosí 1975	Monterrey 1975	Puebla 1976	Nogales 1978	Mexicali 1978
Analgésicos Narcóticos con codeína	1.57	3.15	1.7	5.6	2.8	13.0	0.5
Otros analgésicos narcóticos	-	0.67	0.7	0.4	0.006	25.6	0.01
Hipnóticos sedantes barbitúricos	1.36	1.12	0.3	4.4	0.7	0.29	0.2
Hipnóticos sedantes no barbitúricos	0.14	4.05	2.2	1.2	0.2	-	0.2
Ansiolíticos	0.78	4.95	3.4	8.0	1.0	0.39	0.2
Anfetaminas	0.26	0.67	0.2	0.4	0.3	-	0.6
Otros estimulantes	0.26	1.57	0.7	3.6	-	-	0.02

1. Consumo durante los 30 días anteriores a la realización de la entrevista o con una frecuencia mínima diaria por un periodo de una semana en los seis meses anteriores a la fecha de realización de la entrevista.

2. Consumo realizado sin receta médica o cuando el sujeto toma mayor cantidad o durante más tiempo de los prescrito.

Fuente: Terroba, Graciela y Ma. Elena Medina-Mora. Prevalencia del uso de fármacos en la Ciudad de Mexicali, B.C. (A través de encuestas de hogares), p. 140.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE CONSUMO CONSUETUDINARIO<sup>1</sup> DE DROGAS, SIN USO MEDICO EN DIFERENTES CIUDADES DE LA REPUBLICA MEXICANA. ENCUESTAS EN HOGARES. POBLACION DE 14 AÑOS Y MAS.

Sustancia	Distrito Federal 1974	San Luis Potosí 1975	Puebla 1976	Monterrey 1975	La Paz 1974	Mexicali 1978
Mariguana	0.34	2.0	0.3	1.6	2.9	3.8
Inhalables	0.12	-	0.01	1.2	0.7	0.06
Alucinógenos	-	0.9	-	-	0.9	-
Cocaína	-	-	0.2	-	0.2	-

1. Consumo durante los 30 días anteriores a la realización de la entrevista o con una frecuencia mínima diaria por un periodo de una semana en los seis meses anteriores a la fecha de realización de la entrevista.

Fuente: Terroba, Graciela y Ma. Elena Medina-Mora. Prevalencia del uso de fármacos en la Ciudad de Mexicali, B.C. (A través de encuestas de hogares). p. 139.



El hecho de que un número mayor de farmacodependientes detectables en encuestas en hogares, satisfaga su necesidad adictiva - con medicamentos de patente puede indicar, por un lado, que estas sustancias no son consideradas como drogas y aún cuando se recurra regularmente a su consumo, cultural e ideológicamente, esta clase de usuarios no es considerado como adicto por ser medicamentos con los que satisface su deseo de consumir sustan---cias psicoactivas. Es decir, se destaca el aspecto benévolo de la droga más no la posibilidad que tiene como intoxicante: parece que en sentir común, al menos en esa década, está presente - la idea de que si sirve para curar no tiene otra utilidad, máxi me si son prescritos por el médico alguna vez y/o se pueden adquirir en el mercado legalmente.

#### Encuesta Nacional de Adicciones.

La Encuesta Nacional de Adicciones es la primera con cobertura nacional realizada en hogares mexicanos. La pertinencia de comentar estos datos por separado de las otras encuestas en hogares ya mencionadas, estriba en que las primeras fueron efectuadas en la segunda mitad de la década de los años setenta. A su vez, la cobertura de esta última permite tener una visión global y actualizada. Sin embargo, uno de los aspectos más importantes es que, en cuanto al uso de medicamentos, brinda una visión muy diferente a la ya expuesta, la cual nos parece necesario contrastar pues la magnitud del cambio lo destaca como un - aspecto cualitativo del consumo de drogas en México.

La Encuesta Nacional de Adicciones fue realizada en 1988 por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de - Psiquiatría, ambos de la Secretaría de Salud. La encuesta se - efectuó en una muestra de 12557 individuos de 12 a 65 años de - edad que significaron el 84% del tamaño estimado originalmente, es decir, por diferentes motivos, hubo una tasa de no respuesta del 16%, que dada la temática abordada es bastante aceptable y

no invalida los resultados. La cobertura poblacional de la muestra fue de 36 012 000 habitantes de zonas urbanas.

En la gráfica 1 se puede observar los porcentajes generales de consumo. Lo primero que destaca es que el 4.8% del universo en estudio ha consumido al menos alguna vez alguna(s) de las drogas consideradas, lo que representa a un total de 1 713 000 mexicanos que habitan zonas urbanas del país; y un 0.9% en el mes anterior a la realización de la encuesta.

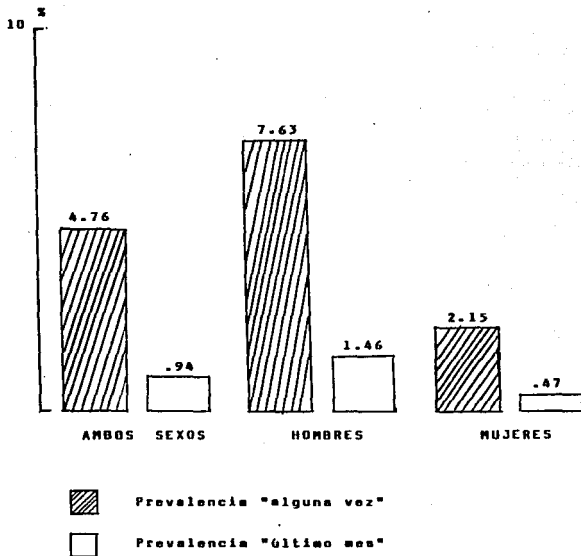
En ninguna de los dos tipos de prevalencia ("alguna vez" y "en los últimos treinta días") se puede ubicar el número de usuarios que se pudieran catalogar como farmacodependientes. De tal suerte que si nos atenemos un poco al 0.9% de personas que reportan uso en el último mes, se puede inferir que, al momento de realizar la encuesta, el número de adictos a cualesquiera de las sustancias analizadas es relativamente bajo, pues, aunque no se puede precisar esa cifra basta señalar que este último tipo de prevalencia, al igual que los dos anteriores, engloban tanto a usuarios esporádicos e intensivos, como experimentados en el uso de drogas: entre estos tipos de usuarios llegan a 338 500 habitantes de áreas urbanas del país de entre 12 y 65 años de edad.

En cuanto al sexo de los usuarios el mayor porcentaje se da entre los hombres (7.6%) en especial entre los más jóvenes (8.5%). Como se puede apreciar los usuarios del sexo masculino casi duplican el promedio nacional. En cambio el uso entre las mujeres es casi un 50% abajo de ese nivel (Gráficas 1 y 2).

Entre las sustancias mayormente reportadas se encuentran la marihuana (3%); sustancias con utilidad médica (1.7%); los inhalables (0.8%). (Gráfica 3).

GRAFICA 1

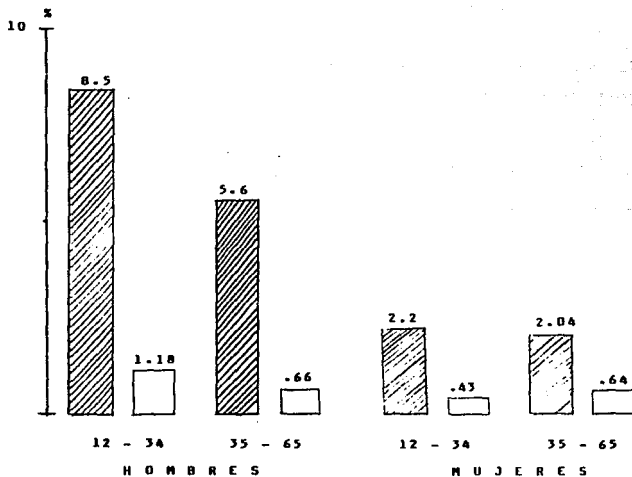
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACION URBANA DE  
12 - 65 AÑOS DE EDAD





Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. p p. 402, 404 y 406

GRAFICA 2

## PREVALENCIA DEL USO DE DROGA: EDAD Y SEXO

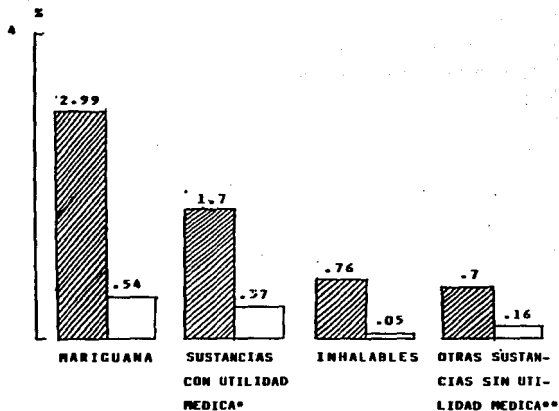


 Prevalencia de uso "alguna vez"  
 Prevalencia de uso "último mes"

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de --  
Adicciones. Drogas. p p. 402, 404 y 406

GRAFICA 3

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE POBLACION URBANA  
DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD



Prevalencia total (Han consumido alguna vez)



Prevalencia actual (Consumo en los últimos 30 días)

- \* Han consumido alguna de las siguientes sustancias: Analgésicos, narcóticos, tranquilizantes, sedantes, otros depresores, estimulantes, otros estimulantes.
- \*\* Han consumido alguna de las siguientes sustancias: Heroína, opio, alucinógenos y cocaína.

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas. p.410

A partir de los datos de las encuestas realizadas entre 1974 y 1978 en diferentes ciudades de la República Mexicana, inferimos que el uso de psicofármacos fuera de prescripción médica era mayor que el de sustancias sin utilidad médica. (Ver cuadros 1, 2 y 3). Sin embargo, desde los datos que ofrece la Encuesta Nacional de Adicciones esa visión tiene que variar, pues ahora la principal droga de uso es la marihuana, le siguen sustancias -- con utilidad médica, y en tercer lugar, se encuentran los inhalables.

Por otro lado, el uso de psicofármacos fuera de prescripción médica muestra un marcado descenso en esa comparación. Lo cual, como dicen los autores, puede ser efecto de un mayor cuidado en la prescripción de esos medicamentos <sup>3/</sup>. O, que por provenir -- los datos de 1988 de una encuesta nacional, la especificidad de las ciudades estudiadas en la segunda mitad de los años setenta queda diluida en los índices nacionales.

Por otro lado, dado que los psicofármacos no han sido asociados al uso en pandillas o bandas de jóvenes o como medio de protesta y de búsqueda de nuevas experiencias, como sería el caso de los inhalables y la marihuana principalmente, no han despertado la curiosidad de amplios sectores de la población que sería un factor de explicación de un posible crecimiento en la prevalencia "alguna vez". Aún más, el efecto psicoactivo y la posibilidad que tienen de causar adicción son ampliamente desconocidos entre el público no especializado y de quien tiene que recurrir a esta clase de consumo por algún motivo.

No se puede descartar alguna de las explicaciones dadas para -- dar cuenta del presunto cambio en la tendencia del uso de dro-- gas. Para abundar más en los datos señalaremos los siguientes puntos.:

1o. El uso de sustancias adictivas de uso y comercialización ilegal, como la marihuana, la cocaína y la heroína, muy difícilmente se captan en su magnitud real en las encuestas en hogares. Por lo tanto, si bien con esta metodología se obtiene una visión general, también resulta bastante conservadora del fenómeno en estudio.

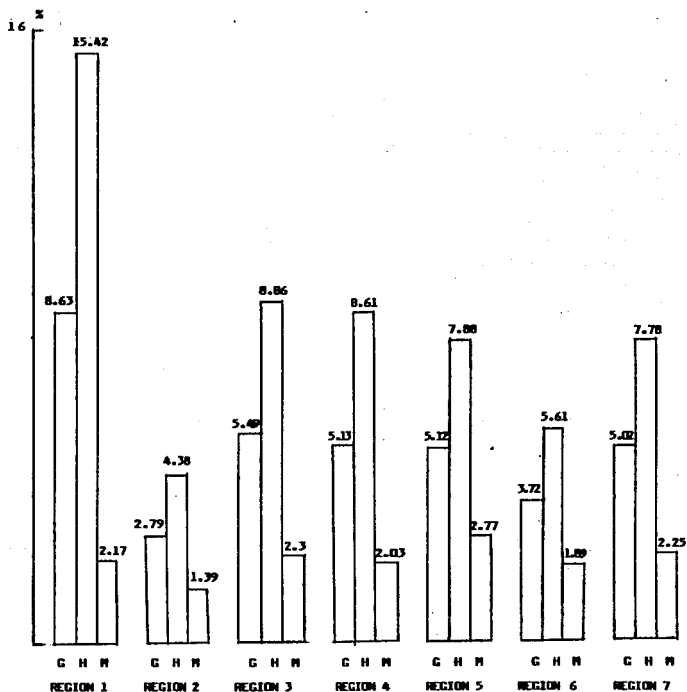
2o. Para el caso de la cocaína y la heroína tenemos que son sustancias que se consumen mayormente en la zona fronteriza con los Estados Unidos, por lo cual los índices nacionales -- que referimos no reflejan la importancia real del consumo de esas sustancias, lo cual solamente es observable en el nivel regional.

3o. El consumo de inhalables que está entre habitantes de colonias marginales ("estratos bajos") tampoco queda adecuadamente reflejado en esta clase de encuestas y, mucho menos -- por la manera de presentación de los resultados. Hace falta una exposición que considere las diferencias socioeconómicas de la población, pues, además de estar documentado que se da con cierta amplitud en los estratos socioeconómicos más desprotegidos de la sociedad, las condiciones materiales de -- existencia determinan, en gran medida, la posibilidad de acceso a una u otra sustancia psicoactiva.

Un aspecto importante que destaca la Encuesta Nacional de -- Adicciones, es que si bien el uso de drogas con fines psicoactivos está extendido en todas las áreas urbanas del país, su distribución regional es diferencial y atribuible a las -- condiciones específicas de los factores relacionados con este fenómeno. Como se puede observar en Gráfica 4, la Región 1 (Noroccidental) parece como la más afectada por el consumo de drogas; eso se puede observar especialmente entre la población masculina en la cual la "prevalencia alguna vez" alcanza el 15%.

GRAFICA 4

POBLACION URBANA DE 12 A 65 AÑOS QUE HA CONSUMIDO "ALGUNA VEZ" DROGAS:  
7 REGIONES



G = Global regional

H = Hombres

M = Mujeres

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones.  
Drogas. p.p. 90, 182, 194, 246, 298, 250 y 402.



**COMPOSICION DE LAS SIETE REGIONES DE LA  
ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES**

<b>REGION</b>	<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>
<b>1. Noroccidental</b>	Baja California Baja California Sur Sonora Sinaloa
<b>2. Nororiental</b>	Coahuila Chihuahua Durango Nuevo León San Luis Potosí Tamaulipas
<b>3. Centro Norte</b>	Aguascalientes Colima Jalisco Nayarit Zacatecas
<b>4. Ciudad de México</b>	Distrito Federal
<b>5. Centro</b>	Hidalgo Guanaajuato México Morelos Puebla Querétaro Tlaxcala
<b>6. Centro Sur</b>	Guerrero Michoacán Oaxaca Veracruz
<b>7. Sur</b>	Campeche Chiapas Quintana Roo Tabasco Yucatán

**Fuente:** Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones.  
Drogas. p. 22.

4o. En lo referente al sexo y edad de los usuarios destacan los hombres de 12 a 34 años de edad, pues ese solo grupo etáreo aglutina el 59% del total en la prevalencia "alguna vez".

### C) Encuestas en Escuelas.

Los estudios realizados entre estudiantes se encuentran entre los efectuados con más frecuencia, esto parece debido a que la población estudiantil representa un universo semicerrado, relativamente fácil de entrevistar por ser una población alfabeta, -- donde la utilización de cuestionarios "autoaplicables" en grupos escolares es el recurso más utilizado para la obtención de datos, pues facilita el encuestamiento de esos grupos poblacionales. En este apartado observamos que el planteamiento epidemiológico antes referido se encuentra bastante difundido, ya -- sea en el nivel regional o nacional, las diferentes encuestas de donde obtenemos los datos siempre tienen como fin estudiar el -- consumo de drogas como un fenómeno masivo cuantificable, reducible a tasas de prevalencia. Y esta representación del uso de sustancias psicoactivas es lo que da sentido y agota los objetivos de tales estudios. Cuando se habla de causas de consumo, se hace referencia a la curiosidad, a la búsqueda de nuevas experiencias, principalmente.

Los datos que presentamos a continuación provienen de diferentes encuestas realizadas entre población estudiantil. La mayoría de ellas tienen un carácter regional o local y solamente -- dos, las realizadas en 1976 y 1986 entre estudiantes de nivel -- medio, tienen una representatividad nacional y plantean una secuencia entre sí que las hace directamente comparables. Con esos recursos pretendemos plantear una visión del consumo de drogas entre población estudiantil que abarque de 1971 a 1986.

De diez estudios realizados entre estudiantes de nivel medio b<sub>2</sub>sico y/o profesional entre 1971 y 1980, observamos que, en tér-

minos generales, la marihuana aparece como la droga mayormente reportada por los usuarios detectados (Cuadros 4, 5 y 6). Sin embargo, es importante destacar que en 1976 el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, desarrolló una encuesta de cobertura nacional entre estudiantes de nivel medio, básico y superior, donde las drogas de mayor consumo resultaron ser los tranquilizantes, las anfetaminas y la marihuana, en ese orden. Es decir, según este estudio, las sustancias de utilidad médica, son las más usadas entre el conjunto de usuarios de droga que son estudiantes de los grados académicos medios (Gráfica 5).

De acuerdo a los resultados de un estudio efectuado por los Centros de Integración Juvenil, A.C., en diferentes ciudades, en cinco de ellas predominan los inhalables, en otras tantas la marihuana y en igual número los tranquilizantes o anfetaminas. -- Aún cuando en los resultados generales la droga que consumen -- más estudiantes es la marihuana, llama la atención como, a diferencia de los resultados observados hasta 1980, las drogas de origen industrial (inhalables y el tipo de medicamentos mencionados) ganan terreno en las preferencias de los usuarios de sustancias tóxicas (Cuadro 7). Tal tendencia parece acentuarse -- con el paso de los años, pues en una comparación que hacen Castro, Rojas, García y De la Serna, se puede constatar que, de -- las sustancias aquí consideradas, entre 1976 y 1986, son los inhalables los que muestran un crecimiento porcentual más elevado, ya que si en la primera fecha era una de las sustancias menos reportada en la encuesta, diez años después es la mayormente reportada: pasó de .85% al 4.4%, es decir, aumentó 4 veces entre las dos fechas. La segunda droga más reportada fueron las anfetaminas, si en 1976 alcanzaron el 2% en 1986 ascendieron al 3.5%, esto quiere decir que su consumo reportado creció .75 veces de una encuesta a otra. La marihuana aún cuando pasó del 1.6% al 3.2 es decir, se duplicó el porcentaje de personas que informo haberla consumido, se mantuvo en el tercer lugar. Los tranquilizantes, pese a que mantuvieron el mismo índice de consumo en

una y otra encuesta, pasaron al cuarto lugar entre las drogas reportadas. (Ver Gráfica 5)

En términos generales, por lo dicho en este apartado, podemos inferir que el usador de drogas entrevistado en escuelas, según encuestas levantadas desde 1971 a la fecha, ha recurrido de manera principal a dos drogas de uso médico, tranquilizantes y anfetaminas, y a dos sin uso médico, marihuana e inhalables. De once estudios realizados en la década de los 70 entre estudiantes, en ocho de ellos los tranquilizantes y/o las anfetaminas y solamente en uno de ellos aparecieron los inhalables como la sustancia mayormente reportada. En el estudio concluido por Centros de Integración Juvenil, A.C., a fines de 1981 en 16 diferentes ciudades del país, los resultados fueron los siguientes: en 5 ciudades -- los inhalables ocuparon el primer lugar; en igual número, los --- tranquilizantes y/o las anfetaminas fueron reportadas como las -- preferidas; y, en las restantes 6 lo fue la marihuana (Cuadro 7). Los datos de la encuesta nacional realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1986, ubican a los inhalables como la droga más consumida en las tres diferentes regiones que utilizaron -- para publicar los datos (Regiones: norte, centro y sur); la marihuana únicamente en la región norte ocupa el segundo lugar, en la centro las anfetaminas son reportadas en ese sentido y en la sur los tranquilizantes.

Si bien se puede concluir que el consumo de drogas está presente a lo largo y ancho de la República Mexicana, no se puede aseverar que de 1970 a la fecha haya aumentado, aunque no podemos dar tasas de crecimiento del mismo, tal inferencia es particularmente clara en aquellos estudios que tienen un caracter secuencial o -- longitudinal; de la comparación presentada por Castro Sariñana y cols. (Gráfica 5), se observa un aumento en algunas de las drogas consideradas que no confirman, en términos generales, la tenden-- cia ascendente del fenómeno a lo largo de una década (1976-1986), pues el porcentaje global se mantiene en un 12% para la prevalencia "alguna vez". 6/

CUADRO 4

PORCENTAJES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO, BASICO Y SUPERIOR  
(PREVALENCIA ALGUNA VEZ)

Sustancia	1. Mérida	2. Cuernavaca	3. Cd. de México y - Area Metropolitana	4. Cd. de México y - Area Metropolitana
	1975	1975	1978	1980
a) Drogas de uso médico				
Depresores: Tranquilizantes	-	3.6	3.1	2.2
Sedantes	4.1	-	1.3	1.5
Barbitúricos	-	-	-	-
Estimulantes: Anfetaminas	2.2	1.8	2.7	3.8
b) Drogas sin uso médico				
Depresores: Inhalables	2.5	2.6	3.8	4.4
Estimulantes: Marihuana	4.3	2.8	5.4	3.5
Cocaína	-	-	0.5	0.7
L S D	-	-	0.5	0.6
Alucinógenos	1.9	1.8	-	-
Narcóticos: Heroína	-	-	0.3	1.3
Opio	-	-	0.9	0.3

1 y 2 Incluyen sexto de primaria, secundaria y preparatoria. 3 y 4 incluyen secundaria y bachillerato.

Fuente: 1. Estudio piloto Mérida, Yuc. Anexo Gráfica 1.

2. M. E. Medina-Mora, et. al. El problema de la farmacodependencia en México y la importancia de la recuperación. p. 39.

3. Ma. E. Castro, et. al. Consumo de drogas en la población estudiantil de la Ciudad de México y su Area Metropolitana. p. 36.

4. Ma. E. Castro, et. al. Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre población estudiantil de 14 a 18 años del Distrito Federal y Zona Metropolitana: medición transversal. p. 569.

CUADRO 5

PORCENTAJES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO, BASICO Y SUPERIOR  
(PREVALENCIA ALGUNA VEZ)

Sustancia	1. Monterrey 1974	2. Cuernavaca 1978	3. Irapuato 1980
a) Drogas de uso médico			
Depresores: Tranquilizantes	-	4.3	2.9
Sedantes	-	3.1	-
Barbitúricos	1.7	-	0.5
Otros	4.8		
Estimulantes: Anfetaminas	4.8	-	
Otros	-	4.3	
Narcóticos: Antitusígenos	7.3	-	
b) Drogas sin uso médico			
Depresores: Inhalables	4.7	5.3	2.6
Estimulantes: Marihuana	12.9	8.6	3.8
Cocaína	-	1.8	-
Alucinógenos	3.5	-	0.3
L S D	-	1.0	-
Narcóticos: Opio	-	0.2	-

3. Secundaria y escuelas a las que se ingresa con secundaria.

Fuente: 1. D. Millisch et. al. A cross-cultural study of the prevalence and correlates of student drug use in the United States and México. p. 184.

2. Ma. E. Castro, et. al. Estudio sobre el uso de drogas y problemas asociados en una muestra de estudiantes del Estado de Morelos. p. 3.

3. Gómez V. La drogadicción en Irapuato, Gto., a partir de la década de los 70's. p.250

CUADRO 6

PORCENTAJES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE NIVEL PROFESIONAL DEL DISTRITO FEDERAL  
(PREVALENCIA ALGUNA VEZ)

Sustancia	1. Universidad Iberoamericana 1971	2. U.N.A.M. 1975	3. U.N.A.M. 1980
a) Drogas con uso médico			
Depresores: Tranquilizantes			6.0
Sedantes			2.3
Estimulantes: Anfetaminas			4.8
Narcóticos: Opíáceos			0.4
b) Drogas sin uso médico			
Depresores: Inhalables	-	0.2	3.5
Estimulantes: Marihuana	26.8	0.4	14.0
Cocaína	-	0.2	-
Otros	6.0	-	-
L S D	17.6	0.2	-
Mezcalina	9.0	-	-
Narcóticos: Heroína		0.7	0.2
Opio		0.14	0.4

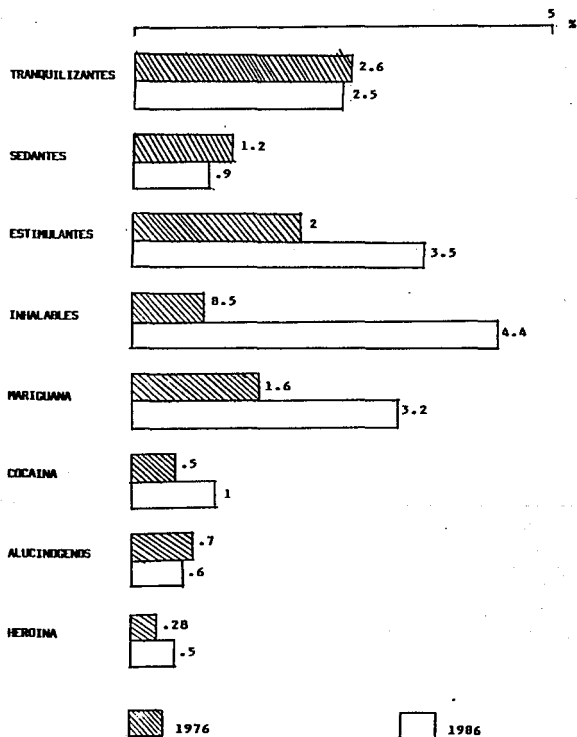
Fuente: 1. J. Lafarga. Encuesta sobre las actitudes del estudiante en una universidad privada en México ante el uso de drogas. p. p. 82-83.

2. Ma. T. Loredó S., et. al. Uso de fármacos psicotrópicos en la población estudiantil universitaria. - p. 713.

3. Ma. E. Castro, et. al. Estudio sobre el uso de drogas en una población estudiantil universitaria. - p. 34.

GRAFICA 5

USO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN DOS MUESTRAS NACIONALES DE ESTUDIANTES A NIVEL MEDIO BASICO Y SUPERIOR



Fuente: Castro Sarriena y Ma. E., et. al. Epidemiología del uso de drogas - en población estudiantil. Tendencia en los últimos 10 años. p. 82.



CUADRO 7

PORCENTAJE DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO BASICO, MEDIO SUPERIOR Y PROFESIONAL 1981. (PREVALENCIA ALGUNA VEZ).

Sustancia	Distrito Federal Neuquálpan y Net- zahuelcáyoti	Tijuana B.C.N.	La Paz B.C.S.	Hermosillo Son.	Nogales Son.	Mazatlán Sin.
a) Drogas de uso médico						
Depresores: Tranquilizantes	4.2	6.0	4.5	5.0	3.1	4.6
Estimulantes: Anfetaminas	3.3	3.3	5.2	3.9	3.1	1.0
b) Drogas sin uso médico						
Depresores: Inhalables	4.7	5.5	4.3	8.1	3.8	2.4
Estimulantes: Marihuana	4.1	10.5	7.2	3.2	0.6	6.4
Cocaína	-	2.0	1.7	1.9	0.6	1.0
Alucinógenos	0.8	0.5	1.4	1.5	1.5	2.6

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

CUADRO 7 - CONTINUACION -

PORCENTAJES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO BASICO, MEDIO SUPERIOR Y PROFESIONAL 1981. (PREVALENCIA ALGUNA VEZ).

Sustancia	Piedras Negras Coah.	Guadalajara Jal.	León Gto.	Pachuca Hgo.	Querétaro Qro.
a) Drogas de uso médico					
Depresores: Tranquilizantes	2.4	6.0	5.9	5.1	3.4
Estimulantes: Anfetaminas	1.2	-	-	3.6	2.4
b) Drogas sin uso médico					
Depresores: Inhalables	4.5	3.8	4.2	4.9	1.4
Estimulantes: Marihuana	2.0	6.6	4.2	2.6	4.5
Cocaína	1.6	1.8	0.6	1.5	0.3
Alucinógenos	-	2.1	0.8	0.3	0.9

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

CUADRO 7 - CONTINUACION -

PORCENTAJES DE CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO BASICO, MEDIO SUPERIOR Y PROFESIONAL 1981. (PREVALENCIA ALGUNA VEZ).

Sustancia	Puebla Pue.	Mérida Yuc.	Cuernavaca Mor.	Acapulco Gro.	Porcentaje Global de consumo
a) Drogas de uso médico					
Depresores: Tranquilizantes	1.9	6.5	3.9	5.7	2.6
Estimulantes: Anfetaminas	4.4	1.1	5.5	4.2	3.13
b) Drogas sin uso médico					
Depresores: Inhalables	5.2	3.6	2.5	3.0	3.6
Estimulantes: Anfetaminas	2.3	5.4	1.9	3.6	4.4
Cocaína	2.1	1.8	0.9	3.6	1.0
Narcóticos: Alucinógenos	1.5	1.6	1.1	0.6	0.7

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Si bien la necesidad de consumir sustancias psicoactivas se cristaliza en un mayor uso de las mismas, es pertinente señalar que - los índices de consumo diario son bajos. En la última encuesta - realizada con carácter nacional en México entre estudiantes, las tasas de consumo diario se ubican entre el .1 y el .3 por ciento<sup>7/</sup>. Desde el punto de vista del consumo de drogas únicamente a los - que integran estos porcentajes se les podría llamar drogadictos o farmacodependientes. Sin embargo, es necesario preguntarse por los que no lo son y consumen drogas, ¿cómo los podemos ubicar? A nuestro parecer como personas que pese a sus problemas no buscan evadirse de la realidad que enfrentan a diario, y quizá hacen este tipo de consumo para hacer soportable su vida cotidiana ya sea deprimiendo algunas de sus funciones cerebrales con tranquilizantes o inhalables, por ejemplo; y/o estimulándolas con anfetaminas o marihuana.

Si bien la realidad cotidiana a unas personas las lleva a la necesidad de evadirse totalmente, a otras no, la mayoría de los usuarios al parecer se sienten más comprometidos con sus actividades diarias, en la solución de sus problemas diarios y, quizá eventualmente se evaden con ayuda de una droga; probablemente consumen para mantenerse funcionales, es decir, la droga les puede ayudar a seguir participando en actividades que voluntaria y/u obligatoriamente enfrentan día a día, esto es, les ayuda a soportar - la realidad cuando ésta aparece como algo apabullante al individuo: posiblemente no deja de serlo en ningún momento, sólo que el uso de las sustancias psicoactivas parece brindar momentos de desconocimiento, de negación de esa realidad que permiten al sujeto algún tipo de reposo o acopio de energía necesaria para continuar trabajando, estudiando, etcétera, es decir, enfrentando su realidad cotidianamente.

Al parecer las relaciones sociales capitalistas generan en el individuo una gran necesidad de evadirse, de escapar de ellas. El consumo de drogas es una posibilidad en este sistema. Pero a su

vez, las mismas obligaciones que imponen esas relaciones de producción le exigen al individuo la necesidad de cumplir con ellas para sobrevivir, por eso es que su evasión puede ser eventual, -- más no permanente, de tal suerte que tiene que adaptar su consumo de drogas a sus obligaciones de empleado u obrero, de estudiante, o ama de casa, de hijo o cónyuge. Pareciera que para cumplir con sus labores diarias la persona puede darse el lujo de padecer la resaca o síndrome de abstinencia, e incluso consumir pequeñas cantidades, mas no de alucinar porque niega las relaciones sociales de producción en las cuales vive, las entorpece con estado de inconciencia inducida químicamente.

Lo dicho en los tres últimos párrafos que anteceden al presente, son una explicación de porqué si bien los índices de consumo de -- drogas son relativamente elevados, los que podríamos llamar de -- farmacodependencia, de acuerdo a los datos estadísticos, no lo -- son. Por eso tampoco los estudiosos del tema más calificados pueden afirmar que la farmacodependencia tenga una manifestación epidemiológica, masiva, que abarque a un considerable número de mexicanos, ello equivaldría a plantear que gran cantidad de personas tratan, de una manera individualista e infructuosa, de negar al -- sistema capitalista en nuestro país. En cambio, el número de -- usuarios de drogas no farmacodependientes, al parecer crece más -- rápidamente.

El desarrollo de la sociedad, signado por la crisis recurrente, lanza mayores contingentes de personas a la búsqueda de solucio-- nes individuales a sus problemas (que considera de origen perso-- nal), algunos de plano se evaden consumiendo algún tipo de drogas intensivamente, otros usuarios entienden que deben responder a -- los requerimientos del sistema social, puede ser que esporádica-- mente utilicen alguna sustancia para tal fin. En la mayoría los casos no se entiende la imposibilidad de escapar, huir del siste-- ma de relaciones sociales en el cual se vive, que la solución individual ante la fortaleza de una organización social es infruc--

tuosa. Sin embargo, cabe preguntarse si el consumo de drogas no pone en riesgo la existencia del capitalismo, ¿por qué la sociedad tiene que dedicar tanto esfuerzo para combatirlo? En el siguiente apartado tratamos de dar una respuesta específica a tal cuestionamiento.

D) Datos de personas atendidas por consumo de drogas en Centros de Integración Juvenil, A.C., entre 1976 y 1987.

Con el estudio de datos de pacientes usuarios de drogas buscamos completar una visión de su consumo en México, pues si bien los resultados de encuestas como las ya expuestas en este capítulo brindan una aproximación a la magnitud del consumo de drogas en la sociedad, con los datos de los pacientes se puede profundizar en la caracterización del fenómeno tomando como referencia usuarios de drogas que por su consumo de tóxicos (según lo expresado por ellos o sus familiares), acuden a Centros de Integración Juvenil, A.C., en busca de ayuda especializada.

La información que se pudo obtener abunda sobre el consumo de drogas en lo específico y contribuye a la discusión de las tendencias ya señaladas. Algunas variables con información desde 1976-1986 (Droga y edad de inicio y Edad de ingreso a tratamiento) se exponen de manera global. En otros casos únicamente presentamos el año de 1987, pues solo recientemente se ha ganado precisión en su obtención; las incluimos por su importancia para el análisis y son: escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

Para iniciar la exposición de los datos de pacientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil, A.C., es necesario advertir que no todos pueden ser catalogados como adictos, aun cuando el consumo de drogas sea el motivo expresado para acudir a consulta. La institución tiene criterios específicos para agrupar a sus pacientes, mismos que no fueron utilizados en la organización y presentación de los datos que comentamos a continuación.

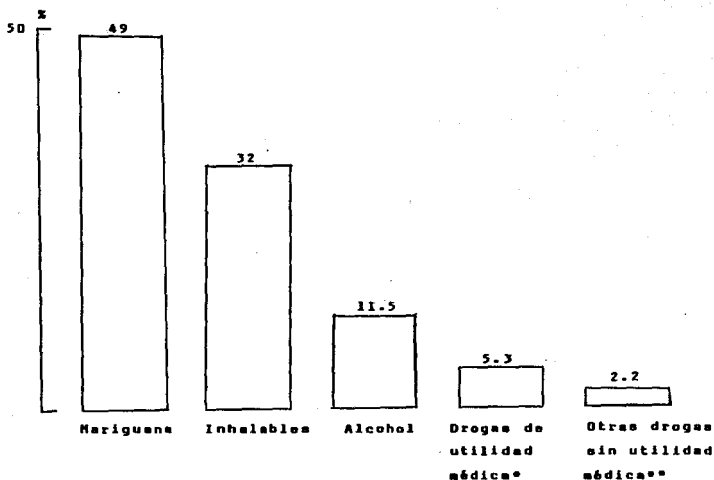
De acuerdo a lo anotado en la Gráfica 6 donde se indica la droga que consumieron por primera vez los pacientes analizados, observamos que ingresan mayormente quienes en su primera experiencia con sustancias tóxicas usaron marihuana, le siguen en orden de importancia los que lo hicieron con inhalables, alcohol y psicofármacos. Este dato ubica a la marihuana como la principal droga de inicio entre los pacientes quienes acudieron a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil, A.C., durante el período 1976-1986.

Otro comentario que es necesario realizar es que si bien en algunas de las encuestas ya referidas los psicofármacos aparecen entre las sustancias más consumidas, entre los pacientes quienes acuden a tratamiento no se observa la misma prevalencia. Al parecer, el consumo dependiente de drogas se asocia casi exclusivamente a sustancias como los inhalables y otras de carácter ilegal. Los psicofármacos parecen escapar todavía a esa caracterización - quizás, por esto hay poca asistencia a tratamiento de esa clase de usuario de drogas.

El consumo de sustancias tóxicas con fines puramente psicoactivos no se da exclusivamente entre las clases desposeídas de la sociedad, sin embargo sí aparecen como las más afectadas. Al parecer una de las características de este fenómeno en la sociedad capitalista es que se manifiesta más extensivamente en esas clases sociales. En el caso de los pacientes atendidos por Centros de Integración Juvenil, A.C. en 1987, los niveles sociales medio bajo y bajo agrupan al 84% de los pacientes atendidos por esa institución (Gráfico 7) <sup>8/</sup>

En la Gráfica 8, edad de inicio en el consumo de drogas, se observa que, en términos generales, poco más del 80% de los usuarios - considerados tienen entre 10 y 19 años de edad al consumir una sustancia con fines tóxicos por primera vez. El mayor número de ellos reporta ingresar a tratamiento entre los 15 y 24 años de edad, un total del 70% (Gráfica 9). De este tipo de datos se --

## GRAFICA 6

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR DROGA DE INICIO  
1976 - 1986

- \* Anfetaminas y derivados, antidepresivos, sedantes hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos, tranquilizantes menores y mayores, morfina, codeína, anticolinérgicos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, analgésicos no narcóticos, otros psicofármacos no especificados.

\*\* Cocaína, alucinógenos, hashis, heroína, metadona.

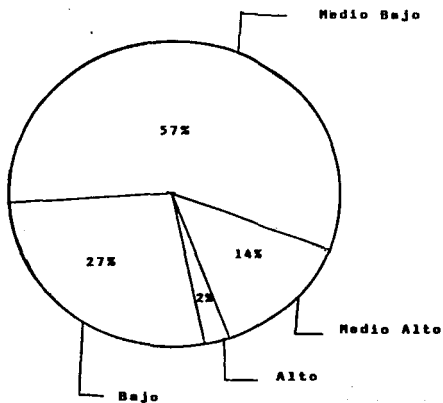
Base de cálculo: 28 646 pacientes.

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.



## GRAFICA 7

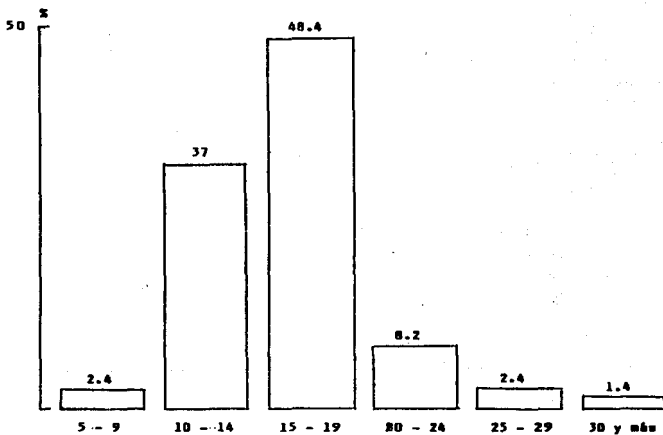
NIVEL SOCIOECONOMICO DE PACIENTES USUARIOS DE DROGAS . 1987  
(PORCENTAJES AJUSTADOS)



Base de cálculo: 3 650 pacientes

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

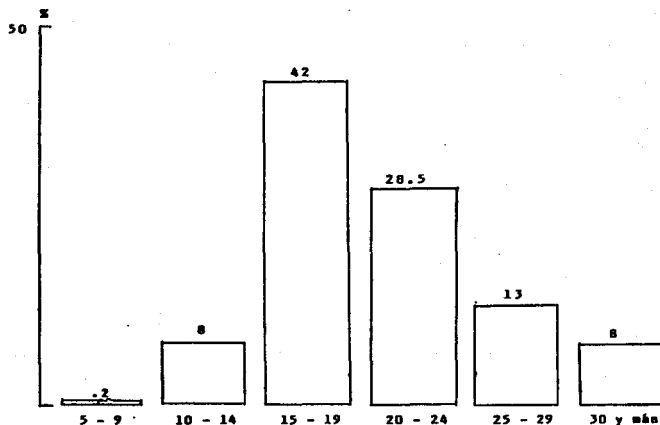
## GRAFICA 8

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EDAD DE INICIO  
EN EL CONSUMO DE DROGAS. 1976 - 1986

Base de cálculo: 28 460 pacientes.

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

## GRAFICA 9

EDAD DE INGRESO A TRATAMIENTO DE PACIENTES USUARIOS DE DROGAS  
1976 - 1986

Báse de cálculo: 31 507 pacientes.

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de -  
Integración Juvenil, A.C.

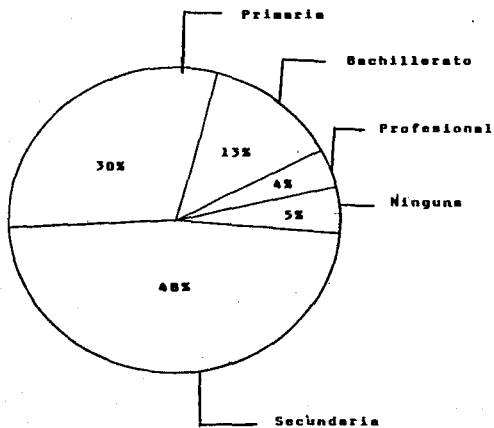
puede inferir que es la población joven la más afectada por este tipo de consumo. Sin embargo, sin negar lo anterior, es necesario matizar este tipo de comentarios, pues, en primer lugar son pacientes que acuden a tratamiento, la mayoría de las veces, presionados por las familias o alguna institución escolar principalmente, lo que plantea la posibilidad de que quienes reciban mayor insistencia para acudir a tratamiento sean precisamente los niños, adolescentes y jóvenes. Quizá es más difícil impeler a un adulto, jefe de familia o responsable en un empleo a que acuda a una terapia. A los primeros tres se les puede considerar inmaduros, más necesitados de orientación y cuidado, mientras que al individuo adulto se le da autoridad sobre la población joven.

Por otro lado, es necesario considerar que el usuario joven de drogas, recurre la mayoría de las veces al uso de marihuana o inhalables principalmente, en cambio el adulto recurre mayormente al mercado legal para satisfacer sus necesidades de sustancias tóxicas, es decir, adquiere psicofármacos, los cuales son medicamentos que, como ya mencionamos, parecen no ser vinculados de una manera clara a la farmacodependencia. Lo contrario sucede con el que inhala sustancias volátiles o fuma marihuana, inmediatamente son catalogados como drogadictos y en las diferentes instancias sociales (familia, escuela, el lugar de trabajo) son presionados para acudir a tratamiento, o segregados. Probablemente esto influye en que la mayoría de los asistentes a tratamiento por consumo de drogas han usado marihuana o inhalables.

En cuanto a la escolaridad de los mismos pacientes se observa que son pocos los que reportan no tener ningún grado escolar, además parece tender a disminuir esa parte de la población considerada, tanto en términos absolutos como proporcionales (Gráfica 10). Es común que datos de este tipo no ofrezcan más que la posibilidad de relacionar o asociar el consumo de drogas específicas con el grado académico alcanzado (ejemplo: los profesionistas nunca reportan consumir inhalables). Mas no son tanto los procesos educa

## GRAFICA 10

DISTRIBUCION DE PACIENTES USUARIOS DE DROGAS  
SEGUN ESCOLARIDAD. 1987  
(PORCENTAJES AJUSTADOS)



Base de cálculo: 3 203 pacientes.

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

tivos y nivel académico logrado los que influyen en la presencia de las adicciones, como el trasfondo cultural y social del cual - la escolaridad es un indicador <sup>2/</sup>.

Según la Gráfica 11, el 43% de los usuarios de drogas estudiados tienen una ocupación remunerada, un 24% se dedica a estudiar principalmente y todos los demás, el 33%, no disponen de una ocupación mediante la cual se procuren ingresos económicos. Datos como estos llegan a acrecentar la confusión entre los epidemiólogos positivistas, pues se observa que el "consumo evasivo" de drogas se presenta tanto en los que están bajo una relación asalariada - como en aquellos que no lo están. Nunca se llegan a cuestionar - el porqué pese a estas situaciones ocupacionales diferentes recurren a las drogas, no pueden ver que lo común tanto al desempleado como al empleado asalariado es que no escapan a las determinantes de las relaciones sociales de producción y explotación capitalista.

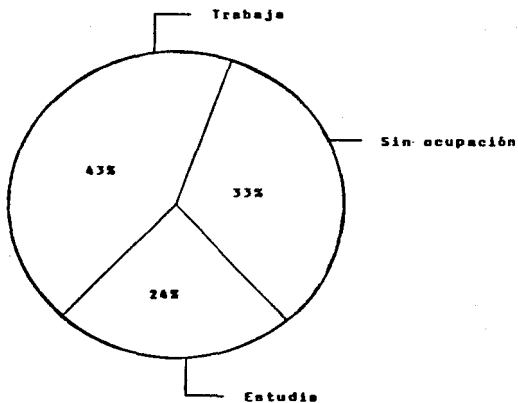
Ya en el siglo pasado Carlos Marx demostró como los desempleados son, al igual que la población obrera asalariada, un producto del proceso de acumulación capitalista y como tal, no están fuera de las relaciones sociales de explotación del capital.

Por lo tanto al producir la acumulación del capital, la población obrera produce también, en proporciones cada vez mayores, los medios para su propio exceso relativo. Es esta una ley de población peculiar del régimen de producción capitalista, pues en realidad todo régimen histórico de producción tiene sus leyes de población propias, leyes que rigen de un modo histórico concreto. Leyes abstractas de población sólo existen para los animales y las plantas, mientras el humano no interviene históricamente en estos reinos.

Ahora bien, si la existencia de una superpoblación obrera es producto necesario de la acumulación o del incremento de la riqueza

GRAFICA 11

**DISTRIBUCION DE PACIENTES USUARIOS DE DROGAS  
POR OCUPACION. 1987  
(PORCENTAJES AJUSTADOS)**



**Base de cálculo: 3 203 pacientes.**

**Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.**

dentro del régimen capitalista, esta superpoblación se convierte a su vez en palanca de la acumulación del capital, más aún, en -- una de las condiciones de vida del régimen capitalista de producción. Constituye un ejército industrial de reserva, un contingente disponible, que pertenece al capital de un modo tan absoluto -- como si se criase y mantuviese a sus expensas. Le brinda el material humano, dispuesto siempre para ser explotado a medida que lo reclamen sus necesidades variables de explotación e independiente, además, de los límites que pueda oponer el aumento real de población IV.

Así pues, la existencia de una sobreproducción susceptible de ser empleada asalariadamente es una creación del capital, como tal, -- responde a sus requerimientos de acumulación general. Las complicaciones que tiene el desempleo en su vida particular pueden ser explicadas en el marco de relaciones sociales de producción capitalista. El proletario desempleado enfrenta condiciones de vida tanto y a veces más difíciles que el asalariado. La desocupación en la sociedad que vivimos se convierte en un factor más de es-- tres para el obrero, pues la imposibilidad de vender la mercancía fuerza de trabajo hace crisis en el organismo del trabajador, lo cual aumenta las posibilidades de enfermedad y de muerte en el -- desempleado. Una explicación de consumo de drogas que parte de -- la situación de desocupación de un sector de la población, sólo -- es admisible si es dada en el contexto de las relaciones sociales de producción capitalistas.

Un segundo dato que es necesario comentar es el de los usuarios -- de drogas que sí tienen una ocupación remunerada, obreros, empleados en oficinas, personas que trabajan por su cuenta. Todos es-- tos trabajadores enfrentan en mejores o peores condiciones y en -- los diferentes sectores productivos las relaciones laborales que conducen al asalariado al uso de drogas. (Gráfica 11)



La ocupación de los pacientes usuarios de drogas cuestionan severamente la veracidad de la idea que los presenta como personas -- inútiles, flojas, que viven a expensas de los demás, pues el mayor porcentaje tiene ocupación remunerada. Aún cuando esa forma de pensar está presente en el sentido común, como una forma ideológica de ver al "drogadicto", lo erróneo de tal planteamiento -- fue plenamente demostrado, mediante investigaciones empíricas, -- desde principios de la década de los años setenta en los Estados Unidos. En 1972, un grupo de investigadores estadounidenses, comenta resultados de estudios realizados entre trabajadores que -- consumen drogas. De lo que señalan para algunas drogas como las anfetaminas, sedativos, mariguana y el uso de opiáceos podemos resumir lo siguiente: las sustancias mencionadas no inhabilitan a la persona que las consume para realizar su labor antes, al contrario, se señala el hecho de que, al menos inicialmente, aumentan el rendimiento del trabajador y su tolerancia a las cada vez más enajenantes condiciones de trabajo <sup>11/</sup>. Sin embargo, el capital se niega de diferentes maneras a aceptar este tipo de operario pues, con el rechazo del consumo de drogas trata de ocultar lo determinante que son las relaciones sociales de producción en la generación de adictos a drogas.

Así, el trabajador que recurre al uso de drogas se ve en un dilema, por un lado requerir del consumo de drogas para realizar sus actividades cotidianas y por otro, enfrentar el diario rechazo hacia tal conducta. En el "First Symposium on Drug Abuse in Industry" <sup>12/</sup> celebrado en 1970 y patrocinado por varias empresas privadas, se sugiere que el empresario cambie su actitud hacia el usuario de drogas, para atemperar el rechazo y discriminación hacia el adicto, pues esa actitud empresarial únicamente agrava la situación y dificulta la búsqueda de soluciones. Esta sugerencia -- "llena de buenas intenciones" se basa en un hecho: diferentes encuestas industriales habían demostrado la existencia de un amplio uso de drogas entre la fuerza laboral; de tal suerte que la parte empleadora se enfrenta a una disyuntiva: despedir al usuario de --

drogas o tolerarlo cuando le es indispensable. Los especialistas muestran las evidencias a los empleadores para que varíen sus políticas hacia los usuarios de drogas por el bien del capital. -- Otra sugerencia emanada del simposium mencionado es que el empresario participe más en el financiamiento de programas contra el consumo de drogas. Esta otra bien intencionada propuesta es ocasionada por la necesidad que tiene el capitalista de contar con una mano de obra disciplinada y capaz, la cual muchas veces no -- puede ser sustituida fácilmente. Quienes llegan a ver en ese tipo de gasto del empresario una manera de hacer más ostensible su poder económico, o, de manifestación de culpa, con lo dicho nos queda claro que es más bien una forma de inversión que trata de incidir positivamente en la tasa de ganancia. Abundemos sobre la capitalización y el consumo de drogas.

Si el consumo de drogas no interfiriera el proceso productivo, -- quizá no habría tal intervención de la iniciativa privada en los programas contra las adicciones. Esto último queda más claro con medidas tomadas desde los primeros años de la década pasada. Por un lado, se incluye capacitación para los supervisores del proceso productivo a fin de que puedan detectar usuarios de drogas entre los operarios y tomar las medidas indicadas. Por otro lado, se observa que no es el uso de drogas lo que hace al operario conflictivo o inoperante, sino la necesidad de formar una "subcultura de las drogas", misma que se observa expresada en la necesidad de agruparse con otros usuarios adictos para tener el abastecimiento requerido o sentirse protegidos de un medio que los hostiliza. La preocupación expresada por los estudiosos norteamericanos en torno al abastecimiento son por dos motivos fundamentales: la estigmatización social hacia el consumo de drogas llega a dificultar el acceso a las fuentes de obtención de las sustancias, lo cual hace que el adicto invierta mucho tiempo y energía en la obtención de las dosis. Un operario así, llega gastado, o cansado al centro de trabajo y, por supuesto, no puede rendir lo mismo. -- Otro temor, es por el hecho de que drogas como la heroína tienen

precios prohibitivos, lo cual puede ocasionar que un trabajador - se vuelva ratero <sup>13/</sup>. Con esto se ve afectada la confianza en la honestidad del obrero, la que es un elemento de gran importancia para el capitalista, pues en las manos del asalariado están las - herramientas, materias primas y medios de producción, es decir, - la riqueza acumulada y la posibilidad de acrecentar el capital <sup>14/</sup>. Como el precio de la fuerza de trabajo no incluye la compra de -- drogas, la posibilidad de que el obrero sustraiga algunos materia- les del proceso productivo preocupa verdaderamente al capitalista, es decir, con la moralidad que pregona como artículo de consumo - popular trata de elevar la tasa de ganancia.

El abastecimiento de drogas es un verdadero problema para el adic- to a heroína. Las dificultades para acceder a las fuentes y lo - prohibitivo de sus precios, hacen que, efectivamente, los usua--- rios habituales de este opiáceo tengan que dedicar bastante es--- fuerzo a la obtención de sus dosis. Una de las soluciones plan--- teadas para retirar al adicto a heroína de la "subcultura de la - droga", ha sido la implantación de programas de tratamiento con - metadona, sustancia de efectos similares a los de la heroína, só- lo que más potente. La metadona la proporciona el gobierno esta- dunidense a los heroínómanos que solicitan ese tratamiento, así - se busca retirarlos del mercado negro de drogas, pero no de la -- drogadicción, pues el Estado proporciona una sustancia que susti- tuye en el cuerpo del heroínómano a la ilegal heroína por la lega- l metadona, de esta manera el usador de heroína no tiene que -- buscar la droga, le es proporcionada y puede ir a trabajar, droga do.

El proporcionar metadona en programas de atención a farmacodepen- dientes, sólo en apariencia soluciona un problema que aparece co- mo exclusivo de los usuarios de drogas, pues la misma clase capi- talista enfrenta un dilema cuando estigmatiza el uso de drogas y al drogadicto. Si bien, tal posición funge como velo ideológico que oculta su responsabilidad en la manifestación de tal fenómeno,

también dificulta al trabajador la adquisición y uso de sustancias psicoactivas, lo cual junto con la pérdida de confianza en el trabajador incide de manera negativa en la tasa de ganancia: existe la seguridad, por el hecho de que el usuario debe buscar la droga en condiciones de difícil acceso, redonda en un trabajador de bajo rendimiento; a su vez, la inversión en vigilancia del proceso productivo se acrecienta pues, los resultados de las encuestas muestran que, seguramente, un porcentaje de obreros usa o ha usado drogas.

Lo único que frecuentemente se pone de relieve son las dificultades del consumidor para obtener las drogas, así como los problemas individuales y familiares que esto le ocasiona. Sin embargo, la drogadicción también se convierte en problema para la capitalización en la sociedad burquesa: por un lado, el trabajador de bajo rendimiento afecta negativamente la productividad media en el centro de trabajo, con lo cual impacta negativamente la tasa de plusvalía, por otro, los gastos en vigilancia, en consejeros que traten de orientar al obrero, entre otros, no generan plusvalor, se pueden considerar entre el capital constante, lo cual acentúa la tendencia decreciente de la tasa de ganancia.

Un cálculo realizado para la década de los 70 por The United States Department of Health and Human Services, estima que el 10% de la fuerza laboral norteamericana sufre problemas de drogas o alcohol, lo cual resulta en una pérdida en productividad de 19 billones de dólares anualmente<sup>15/</sup>. Tal estimación nos da una aproximación global de la magnitud de las pérdidas capitalistas por concepto de productividad. Sin embargo, solamente es una parte de tales pérdidas, pues en esa cifra no se incluía la inversión en programas preventivos, de tratamiento y rehabilitación, entre otros conceptos.

Datos más actualizados producidos por el mismo Ministerio de Sa--- permiten estimar con más precisión el costo del consumo de drogas en Estados Unidos. "En 1984 un estudio del Departamento de Salud y Servicios Humanos estimó que el costo del abuso de drogas fue de 60 billones anuales. De ellos, 33 billones fueron atribuibles a - pérdidas de productividad en el lugar de trabajo" <sup>16/</sup>, presuntamen- te los restantes 27 billones son las inversiones realizadas para - la atención de este fenómeno social como problema de salud.

Según se puede deducir del cuadro 698, elaborado por la U.S. Bu--- reau of the Censua, el Producto Interno Bruto de Estados Unidos -- creció 213.8 billones de dólares entre 1984 y 1985 <sup>17/</sup>. Si relacio- namos esta cifra con la producida por el U.S. Department of Health and Human Services, tenemos que los 60 billones estimados como el costo económico de la farmacodependencia en Estados Unidos repre-- sentaron el 28% del crecimiento de PNB de ese país.

Las cifras mencionadas de alguna manera muestran la forma en que -- un fenómeno social como la adicción a sustancias psicoactivas, -- afectan las ganancias de la clase capitalista. Con lo que, permit- ten evidenciar los intereses últimos de la clase dominante para -- que más obreros no consuman sustancias psicoactivas.

Son pues el alcoholismo y la drogadicción nuevas tendencias que in- ciden negativamente en la tasa de ganancia capitalista. El consu- mo de drogas bien puede ser considerado entre los nuevos pro- blemas del capitalismo, entre aquellos derivados de la produc- ción de plusvalor relativo y que Antonio Gramsci plantea en "Ame- ricanismo y Fordismo", pues bajo este rubro advierte como la in- troducción de técnicas y métodos de trabajo novedoso trae cona- jo la necesidad de adecuar la vida del obrero a una nueva rela- ción laboral. La nueva organización del trabajo que exige un ma- yor desgaste nervioso, le plantea al capital la necesidad de sig- tematizar, planificar la vida del obrero para que éste utilice -- sus energías de una manera racional, para que no delapide su vi

talidad (física y psíquica) pues es la que finalmente permite la valorización del capital, cuando es consumida en el proceso productivo como mercancía, como fuerza de trabajo.

Algunas de las resistencias que encuentra esa nueva forma de desarrollo capitalista se manifiestan como alcoholismo, drogadicción, actitudes negativas hacia el trabajo o alguna otra manifestación de "enfermedad mental". Si bien son formas individuales de resistencia a la racionalización capitalista de la energía obrera, al parecer son respuestas "inconcientes" que no cuestionan de manera clara y organizada las relaciones sociales de producción. Así, mientras el asalariado se ve seriamente afectado por la racionalización inconciente, para él, de sus energías vitales y se desgasta en el consumo de drogas -alcoholismo y otras enfermedades mentales-, el capitalismo más avanzado tiene clara la línea que existe entre productividad y salud mental, trabajo y relaciones familiares y hasta este último ámbito trata de llegar: han establecido programas contra el uso de alcohol y drogas, exploran carencias infantiles de los trabajadores, vida familiar, entre otros aspectos, es decir, buscando que el trabajador esté bien cada vez que se presente a laborar<sup>18/</sup>, pues de otra manera ofrecerá una fuerza de trabajo de baja calidad, que como vimos, afecta directamente a la productividad.

La proliferación de empresas que se ocupan de los problemas de salud mental que ocasionan las relaciones de dominación capitalista, muestran que el fenómeno va en ascenso, pues el número de programas de asistencia para trabajadores (Employee Assistance Programs, EAPs) ha aumentado rápidamente en los Estados Unidos desde 1972, de 300 a 5 500<sup>19/</sup>. La importancia que siguen ganando esos programas nos lo dejan más claro en la misma publicación se señala que: entre 1972 y 1979, la proporción de compañías enlistadas en "Fortune 500" que recurre a los EAPs se incrementó del 26% al 57%<sup>20/</sup>.

Una de las características del modo de producción capitalista es el constante revolucionamiento de los procesos y métodos productivos. El interés por estudiar el modo de vida de la clase obrera no es nada más una curiosidad producto de la ociosidad burguesa, pues:

... los nuevos métodos de trabajo están indisolublemente ligados a un determinado modo de vivir, de pensar y de sentir la vida; no se puede obtener éxitos en un campo sin obtener resultados tangibles en otro. En América, la racionalización del trabajo y el prohibicionismo están indisolublemente ligados: las encuestas de los industriales sobre la vida íntima de los obreros, los servicios de inspecciones creados en algunas empresas para controlar la "moralidad" de los obreros, son necesidades del nuevo método de trabajo. Refirse de estas iniciativas (aunque hayan fracasado) y ver en ellas sólo una manifestación del "puritanismo", es rehusarse a comprender la importancia, el significado y el alcance objetivo del fenómeno americano, que es también el mayor esfuerzo colectivo verificado hasta ahora para crear, con rapidez inaudita y con una conciencia de fines jamás vista en la historia un nuevo tipo de trabajador y de hombre. La expresión "conciencia del fin" puede parecer por lo menos humorística para quien recuerde la frase de Taylor sobre el "gorila amaestrado". Taylor expresa, en efecto, con un cinismo brutal el fin de la sociedad americana: desarrollar en grado máximo y en el trabajador las actitudes maquinales y automáticas, destruir el viejo nexa psico-físico del trabajo profesional calificado que exigía una cierta participación activa de la inteligencia, de la fantasía, de la iniciativa del trabajador y reducir las operaciones productivas a su sólo aspecto físico y maquinal. Pero, en realidad, no se trata de novedades originales, se trata en realidad de la fase más reciente de un proceso que se ha iniciado con el nacimiento del mismo industrialismo, fase --

que es sólo más intensa que los precedentes y se manifiesta bajo formas más brutales, pero que serán superadas mediante la creación de un nuevo nexo psico-físico de tipo diferente a los precedentes e indudablemente superior. Se producirá ineluctablemente una sección forzada, una parte de la vieja clase trabajadora será despiadadamente eliminada del mundo de trabajo y quizás -- del mundo tout court"<sup>21/</sup>.

Si bien la cita de Antonio Gramsci en este texto es bastante grande, justifica plenamente su presencia, pues nos brinda un parámetro general para el análisis de problemas como el del consumo dependiente de drogas en la sociedad capitalista.

La manifestación del consumo de drogas como un problema social se da con el nacimiento del sistema capitalista de producción, de -- tal forma que se convierte en un fenómeno directamente relacionado con el industrialismo sustentado por la explotación de trabajadores asalariados. La revolución en los métodos y procedimientos laborales en la sociedad capitalista tiene como estímulo principal la obtención creciente de masas de plusvalor, de esta forma -- la racionalización del trabajo y la dependencia de éste de las -- nuevas tecnologías, necesariamente tienen que impactar la vida -- global del trabajador y del conjunto de la sociedad. Sin embargo, los cambios en las relaciones sociales al interior del propio modo de producción capitalista, siempre dictado por el afán de ganancia, no son aceptadas en lo inmediato por el trabajador y/o no son incorporados rápidamente al sistema de vida, por eso la racionalización del trabajo, vieja demanda burguesa, es una necesidad del proceso de acumulación cuyo retraso puede ser vivido por el -- capital como pérdidas.

La incorporación del obrero al sistema productivo como un "apéndice de la máquina", es un planteamiento secular de la burguesía -- que con vigencia histórica, es renovado constantemente con el de-



desarrollo de la sociedad y se convierte en un intento permanente - del capitalismo: la supeditación del movimiento del obrero al de la máquina no solamente es planteada para el proceso productivo - mismo, sino que se busca hacerla extensiva al tiempo de vida no - rentado al capital, pues en esos espacios el trabajador puede dilapidar sus energías en forma improductiva.

En el capitalismo primario la preocupación por las condiciones de vida de los trabajadores materialmente no existe para la clase ca pitalista. La posibilidad de extender las horas de trabajo hasta la extenuación de hombres, mujeres y niños asalariados, hizo que el burgués no se ocupara del como vivía la población sujeta a su explotación. Sin embargo, la limitación de la jornada laboral -- (debido a la lucha organizada de los trabajadores y a la imposi-- ción estatal) a ciertos márgenes de tiempo, hace que, por un lado, se estudien los procesos de trabajo a fin de hacer más eficiente su ejecución y, los modos de vida, organización familiar, ocupa-- ción del tiempo libre del trabajador, todo con la finalidad de me jorar las condiciones en que se ofrece día con día la mercancía - fuerza de trabajo al capital.

### CAPITULO III

#### REFERENCIAS

1. María Elena Medina Mora y Ana Parra Coria. Guía técnica para la realización de investigaciones epidemiológicas en farmacodependencia a través de encuestas en hogares, p. 4.

2. B. Benet y G. Núñez. Narcoamérica now. Del lado de allá. pp. 1-3.

3. León, Gibson. Recent spread of heroin use in the United States: unanswered, question.

The analogy is imperfect: Contagious diseases are involuntary, the result of organic infection; drug use is voluntary, initially the consequence of a conscious act. Nevertheless, drug use is contagious in the sense that it spread by impersonal contact. Therefore, it may be studied, if not "explained", using models developed to describe diffusion phenomena. p. 29

4. Comité de Expertos de la O.M.S. en Farmacodependencia. 19° Informe, p. 12.

5. Ma. Elena Medina, et. al. "Extensión del consumo de drogas en México. Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales" Salud Mental, Vol. 12, No. 2, p. 10.

6. En 1986 M. E. Castro, et. al. Epidemiología del uso de drogas en población estudiantil. Tendencia en los últimos 10 años. p. 83, consigna una tasa del 11.9% de consumo general. (Prevalencia alguna vez), mientras que J. de la Serna, et. al. en Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989, p. - 183, reporta un 12.3% para el mismo tipo de prevalencia. Como se puede apreciar la diferencia es poco significativa.

7. M. E. Castro, et. al. op. cit. y J. Serna de la, et. al. Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1979. p. 183.
8. Aún cuando no existen suficientes datos empíricos que ubiquen a ciertos niveles socioeconómicos de la población como los -- más afectados por el consumo de drogas, los indicios que hay -- permiten hacer una inferencia en ese sentido.

Por un lado, tenemos los datos de este estudio (Gráfica 7 ) y los producidos por el Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Información sobre Drogas, el cual en su reporte No. 4 del mes de junio de 1988, ubica al "nivel socioeconómico bajo", a lo largo de 4 estudios, como el más afectado -- por el consumo de drogas. (Cfr. Características demográficas -- de los casos registrados, p. 6.1).

Por otro lado, los acreditados investigadores Ramón de la Fuente y Ma. Elena Medina Mora, declaran, "... la farmacodependencia, con excepción de los disolventes inhalables, aún no alcanza dimensiones epidémicas, ..." (Salud Mental, Vol. X (2) p.15) es decir, que el uso de inhalables ya alcanza manifestaciones masivas. Si consideramos que esta clase de sustancia se consume más entre los niveles socioeconómicamente bajos, tendremos la idea de en cuáles sectores poblacionales se manifiesta el -- uso de drogas con más extensión, y específicamente ese tipo de sustancias.

9. Sara A. Torres A. El adolescente farmacodependiente urbano ante la educación y el trabajo. La autora señala que es común -- aceptar a la educación como un medio mágico para el ascenso social, sin embargo:

"El efecto independiente de la educación escolar sobre la movilidad de nuestra sociedad ha sido muy limitado y localizado en ciertos estratos de la clase media. Para los grupos de estratos inferiores no pasa de ser una esperanza. Así pues, debemos considerar que en la medida, en que las oportunidades educativas de los individuos estén determinadas por su -- origen social y económico, la educación será más --- bien un mecanismo para transmisión de las desigualdades de una generación a la siguiente". p. 5.

10. C. Marx, El Capital, T. I., p. 535.
11. M. Trice, Spirit and demons at work: alcohol and other drugs - on the job. pp. 2-3.
12. N. Kieffer, Summation of conference. pp. 9-11.
13. M. Trice, op. cit. p. 3.
14. M. Foucault, Entrevista sobre la prisión. En esta entrevista - señala foucault que desde principios del siglo XIX la burguesía trata de desarrollar en el obrero una ideología de la honradez, pues si ellos son los que van a trabajar las materias primas y la maquinaria es bien necesario crear en ellos un rechazo al robo, al pillaje en general, pues ahora son depositarios y transformadores de la riqueza capitalista. Antes de la implantación del capitalismo, algunos criminales eran bien recibidos por ricos y pobres. "No existía una clase autónoma de delincuentes. Alguien como Maudrin era recibido por la burguesía, por la aristocracia y por el campesinado en los lugares por los que pasaba, y era protegido por todos. A partir del momento que la capitalización puso entre las manos de la clase popular una riqueza invertida, bajo la forma de materias primas, de maquinaria, de instrumentos, fue absolutamente neces-

rio proteger esa riqueza. Porque la sociedad industrial exige que la riqueza esté directamente en manos de quienes no la poseen sino de aquellos que permiten los beneficios de ella - trabajándola. ¿Cómo proteger esa riqueza? Mediante una moral rigurosa: de ahí proviene esta formidable capa de moralización que ha caído desde arriba sobre las clases populares - del siglo XIX. Observad las formidables campañas de cristianización de los obreros de esta época. Ha sido absolutamente - necesario constituir al pueblo en sujeto moral, separarlo --- pues de la delincuencia, separar claramente el grupo de los - delincuentes, mostrarlo como peligrosos, no sólo para los ricos también para los pobres, mostrarlos cargados de todos los vicios y origen de los más grandes peligros". p. 91. El consumo de drogas reclama del obrero un gasto que muchas veces - no puede sufragar con su salario.

15. S. Intueldt-Work. Employee assistance today: structure, staffing, and utilization, p. 204.

16. J. R. Vicary. Overview of drug abuse and employee assistance at the workplace. p. I-11.

"A 1984 study by the Department of Health and Human - Services estimated that the cost of drug abuse were -- \$60 billion a year. Of the among, \$33 billion was --- attributable to lost productivity in the workplace".

17. U. S. Bureau of the Census. Statistical abstract of the Uni-- ted States. 1987. p. 416

18. N. Sinkin, Employer -and union- sponsored emplyee counseling programs: trends for the 1980s. Lo primero que hace notar la autora es la claridad de la burguesía norteamericana sobre -- los problemas de productividad que ocasionan las enfermedades mentales, entre las cuales engloban a la farmacodependencia:

"While public services are contracting in the 1980s, employers are extending work-site occupational social welfare to include new supports for the well-being of their work force. Employers now recognize the links between productivity and mental health -- and work and family relationships. They are establishing programs for alcohol and drug abuse counseling services, exploring child care needs of workers, reexamining retirement policies, and looking toward health promotion services. The personnel and human resource functions have expanded to include family-life education, quality of life programs stress management, and so forth". p. 181. Actualmente hace notar la misma autora, los sindicatos también prestan esos servicios, reclaman más prestaciones que compensen la pérdida de salud mental. ¿Existirá tal clase de compensación en el capitalismo?, evidentemente -- que no, pues tales manifestaciones mórbidas son producto y de alguna manera sustento de la explotación capitalista en su fase actual, su adecuada compensación atentaría contra las posibilidades de acumulación del capital.

19. S. Intueldt-Work, op. cit. p. 204.
20. Ibid. dem. "Between 1972 and 1979, the proportion of Fortune 500 companies with EAPs increased from 26% to 57%.
21. A. Gramsci. Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el estado moderno. p. 302.

## CAPITULO IV

### EL DESARROLLO DEL CAPITALISMO EN MEXICO Y LA FARMACODEPENDENCIA

Esta parte del trabajo tiene como fin ubicar el consumo de drogas en el contexto de la formación social mexicana. Para tal efecto en un primer momento se hace una exposición somera del desarrollo de la sociedad mexicana desde 1930 a 1988. De esta manera se busca correlacionar el origen y vigencia de la farmacodependencia en México con lo expuesto en el primer capítulo, tratando de destacar la especificidad de este fenómeno en nuestro país.

Por otro lado, con este capítulo se complementa la visión del consumo de drogas dada en el anterior, pues permite conocer las condiciones socioeconómicas en las que se dan esos datos y, a su vez se refuerzan algunas ideas expuestas en el texto sobre inicio en el consumo de drogas entre pacientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil, A.C. entre 1976 y 1982. Esta última información, aunque de ninguna manera es representativa de los adictos a drogas de esos años, sí nos da indicios de sus orígenes y desarrollo.

#### A) México 1930-1988

La crisis profundizada en 1982 es calificada como la más severa en el último medio siglo <sup>1/</sup>, sólo comparable a la de 1929. México, dejaba atrás cinco décadas de crecimiento positivo de Producto Interno Bruto (PIB). Cuadro 8.

A lo largo de esos cincuenta años la estructura económica y social cambió significativamente. México pasó de ser un país fundamentalmente agrícola y rural para convertirse en una sociedad predominantemente urbana e industrial. Para tipificar someramente ese período -- arrancaremos de 1930.

## CUADRO 8

## PRODUCTO INTERNO BRUTO

A. Crecimiento Porcentual Promedio  
(Tasas reales)

Periodo	%
1930 - 1950	4.4
1950 - 1960	6.4
1960 - 1970	7.2
1970 - 1982	6.3

## B. Composición Porcentual

	Sector Primario <sup>1</sup>	Sector Industrial <sup>2</sup>	Sector Servicios
1950	19	26	55
1960	16	29	55
1970	11	34	55

1. Agropecuario, Selvicultura, Pesca.

2. Minería, Industria petrolera, Construcción, Electricidad y Manufacturas.

Fuente: NAFINSA. La economía mexicana en cifras. 1981. Cuadros 2.1 y 2.2



Como se anota en el Cuadro 8 entre 1930 y 1950 el PIB creció a -- una tasa promedio de 4.5% anual. Este periodo puede ser caracterizado dentro de la fase de "desarrollo extensivo" del capital. -- Durante este tiempo el capital se las ve con las formas artesanales de producción y organización del trabajo a las cuales absorbe o elimina paulatinamente <sup>2/</sup>. Una gran masa de trabajadores, principalmente de origen rural, pasa a subsistir de la venta de su -- fuerza de trabajo.

Aún cuando la producción capitalista en México para esas fechas -- no ha logrado superar las formas técnicas del artesanado, los cambios sociales se empiezan a observar en la simple redistribución de la población hacia "polos de desarrollo industrial": si en -- 1930 el 33% de la población nacional vive en centros urbanos, para 1950 esa proporción asciende al 43% (Cuadro 9). De igual manera la mayoría de la fuerza del trabajo permanece en el campo.

La incipiente industrialización gira en torno a un grupo de bienes de fabricación sencilla (en su mayoría integrantes de la canasta básica salarial: textiles, alimentos, materiales para la vivienda, entre otros), sostenida por el pago de bajos salarios y -- el abastecimiento de mano de obra poco calificada, lo cual facilitó y requirió de la emigración de grandes masas de campesinos a -- los centros urbanos.

Con este nivel de industrialización se da una forma específica de integración de la economía mexicana al mercado internacional. México pasó a ser un exportador especializado en bienes primarios -- en tanto que importaba en proporciones cada vez mayores medios de producción. Esta situación originó la aparición del desequilibrio con el exterior el cual hizo evidente el agotamiento de las condiciones socioeconómicas en las que se dio la acumulación extensiva del capital.

CUADRO 9

POBLACION RURAL Y URBANA

Año	Total (Miles)	Distribución Urbana	Porcentual Rural	Crecimiento Total	Anual Intercensal(%) Urbana	Rural
1930	16 553	33.5	66.5			
1940	19 654	35.1	64.9	1.7	2.2	1.5
1950	25 791	42.6	57.4	2.8	4.8	1.5
1960	34 923	50.7	49.3	3.1	4.9	1.5
1970	48 225	58.7	41.3	3.3	4.8	1.1
1980	66 847	66.3	33.7	3.3	4.6	1.2

Fuente: NAFINSA. La economía mexicana en cifras. 1990. Cuadro 1.5

Así, para 1948 y 1954 los responsables de la política económica - del país recurren a devaluaciones significativas del peso frente al dólar en un afán por corregir el desequilibrio externo <sup>3/</sup>.

Para 1960 el proceso de industrialización muestra cambios significativos los cuales inician una fase más intensiva en la acumulación de capital, donde el eje de la producción y la ganancia pasa del sector productor de bienes de consumo inmediato al de bienes duraderos y de capital, los cuales requieren de un abastecimiento de medios de producción más complejos que en su mayoría deben ser importados <sup>4/</sup>.

En el Cuadro 10 tomado de la obra de Alejandro Alvarez, se puede observar al sector industrial productor de bienes de consumo no duraderos antes de 1960 tiene una predominancia en valor de la producción y capital invertido, situación que empieza a cambiar en esa fecha y para 1970 las ramas industriales productoras de bienes de consumo duradero, intermedio y de capital son las que marcan la pauta en la acumulación de capital en México.

Esta fase de acumulación del capital podemos decir que generó un cambio en la estructura general del mercado adecuándolo a sus necesidades. Por un lado, se mantuvo el acelerado crecimiento urbano observado ya desde 1950, lo cual acrecentó la importancia del mercado en las áreas industrializadas; por el otro, en las grandes ciudades se dió un aumento de la demanda de vivienda y servicios urbanos cuya satisfacción favoreció a las empresas capitalistas dedicadas a la construcción. A su vez, la necesidad de transporte de todo tipo aumentan la demanda de la industria del hierro y acero, vidrio, hule, principalmente.

En forma correlativa se desarrolló una creciente necesidad de productos agrícolas en los centros urbanos y, a su vez, un menor número de campesinos satisfacía la demanda, lo cual exigió una mayor eficacia en la producción de bienes de consumo y materias primas.

CUADRO 10

RESUMEN DE LA EVOLUCION DE LA INDUSTRIA DE LA TRANSFORMACION 1940-1970

	% Número de establecimientos			% Valor de la producción*			% Capital invertido Total†		
	1940	1960	1970	1940	1960	1970	1940	1960	1970
A) BIENES DE CONSUMO NO DURADEROS:									
Alimentos	65.13	45.81	45.85	21.90	22.17	19.16	20.06	17.92	14.51
Bebidas	3.81	2.77	1.76	3.79	7.49	5.85	3.68	7.20	6.04
Tabaco	0.42	0.08	0.05	2.79	1.81	1.48	4.36	1.75	1.11
Textiles	8.08	3.59	3.01	20.33	11.91	7.04	19.88	14.37	9.00
Calzado y vestido	6.96	13.15	11.52	3.63	2.52	2.82	2.52	1.78	3.25
Madera y corcho	1.11	5.02	3.01	0.91	1.21	1.16	1.29	1.39	1.22
Muebles y accesorios	0.32	2.21	3.20	0.09	0.61	0.99	0.08	0.47	0.85
Editoriales, imprentas y conex.	2.47	3.25	3.89	1.67	2.86	2.35	1.83	2.48	2.76
Cuero, piel y productos	1.39	1.48	1.10	1.10	0.73	0.58	0.79	0.42	0.52
B) BIENES DE CONS. DURAD.									
INTERM. Y DE CAP.	9.57	19.68	24.27	43.47	47.36	56.48	45.23	50.71	59.28
Papel y productos	0.58	0.45	0.51	1.70	3.91	3.68	2.04	4.50	4.27
Hule y productos	0.16	1.72	2.89	1.46	2.12	1.73	1.22	1.74	1.16
Química y productos	3.04	2.43	2.54	4.61	12.80	13.74	4.21	12.57	15.25
Der. del petróleo y del carbón	0.04	0.08	0.07	0.51	0.68	0.63	2.02	0.68	0.18
Minerales no-metálicos	1.86	4.46	6.94	1.95	4.47	4.28	3.18	6.46	6.45
Metales básicos	1.68	0.17	0.28	29.75	8.85	11.91	28.72	12.35	9.79
Productos metálicos	1.49	6.50	7.48	1.36	4.85	5.56	1.61	4.80	6.04
Maquinaria y equipo	0.22	2.66	1.94	0.07	1.01	2.27	0.07	1.30	3.31
Hq., aparatos y prod. eléctric.	0.28	0.67	0.89	0.30	3.88	5.15	0.47	3.47	5.35
Eq. y mat. de transporte	0.17	0.50	0.70	1.71	4.76	7.46	1.64	2.68	6.81
C) OTROS	0.67	2.89	2.28	0.27	1.23	1.03	0.21	1.46	1.41

\*Porcentajes calculadas a precios corrientes.

Fuente: Alvarez Alejandro. La crisis global del Capitalismo en México. Cuadro II-A.

Hasta 1966 la producción agrícola pudo cubrir esas necesidades y, aún más, generar divisas para la importación de mercancías: entre 1946 y 1966 la agricultura crece a un ritmo promedio de 7.1%, la disponibilidad de esos productos por habitante aumentó 3.8%. En cambio de 1966 a 1980, disminuyó su crecimiento a un 2% anual y - el producto por habitante cayó al 1.4% <sup>5/</sup>.

En este contexto se puede observar una paulatina pérdida de auto-suficiencia agrícola la cual solo puede ser compensada con crecientes volúmenes de importaciones <sup>6/</sup>, asimismo, este sector no -- puede seguir sosteniendo las necesidades de acumulación industrial y tiende a constituirse en un serio obstáculo al ritmo de acumulación predominante desde la década de los años sesenta.

Para los años setenta ni la agricultura ni el ahorro interno pueden financiar el proceso de acumulación de capital. Así pues, se recurre al endeudamiento externo a falta de otras fuentes de dólares para sostener y equipar la economía mexicana.

Entre 1974 y 1981, el financiamiento del crecimiento rápido de México pudo efectuarse gracias al acceso relativamente amplio que tuvo a los mercados internacionales de capital. En este sentido, el país se vio favorecido por un contexto de sobrelíquidez mundial creado después del primer choque petrolero. En efecto, a partir de esa fecha el mercado de euromonedas y los -- préstamos bancarios se volvieron la fuente más importante de liquidez internacional <sup>7/</sup>.

La necesidad de los financieros internacionales por colocar sus capitales permitieron un flujo enorme de dólares, de tal suerte - que la deuda externa creció de 4545.8 millones de dólares en 1971 a 78.3 mil millones en 1981 <sup>8/</sup>. Para agosto de 1982 la crisis financiera estalla con la declaración de México de su imposibilidad de pagar sus créditos vencidos y pide una moratoria de 3 meses para reiniciar sus pagos.

la solución que se vislumbra para enfrentar esa clase de problemas es la creación de un superavit comercial que procure las divisas necesarias para poder pagar. El gobierno de Miguel de la Madrid se caracteriza por el puntual apego a los lineamientos del FMI\*, que impone severos programas de austeridad para propiciar una baja en las importaciones favoreciendo la balanza comercial positiva, con lo cual se apoya el pago de la deuda externa a costa de ocasionar una recesión generalizada de la economía <sup>9/</sup>.

En el Cuadro 11 se puede apreciar que frente a un crecimiento materialmente nulo del PIB (0.1%) para el sexenio 1983-1988, las importaciones crecieron 1.1% y las exportaciones 4.8%; todo ello en medio de un proceso recesivo de la economía donde la inversión global tuvo un decremento del -4.4%.

Sin duda alguna, el crecimiento cero de la economía mexicana se explica por la política de austeridad que se impuso a partir del gobierno de Miguel de la Madrid de hacer frente al servicio de la deuda externa. Así, durante su mandato se pagaron cerca de 90 mil millones de dólares a la banca internacional, y a pesar de ello la deuda externa mexicana creció alrededor de 110 mil millones en 1988 <sup>10/</sup>.

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, reconoce que: "Las dificultades económicas de los últimos años han obstaculizado la atención adecuada y deseable para lograr la superación de los rezagos sociales" <sup>11/</sup>. Así, la política recesivista de Miguel de la Madrid causó severos estragos entre la población asalariada. Este la Gutiérrez Garza señala que el desempleo alcanzó la cifra de 7 millones de personas que representan el 20% de la población económicamente activa; el salario mínimo perdió el 52% de su poder adquisitivo en el sexenio <sup>12/</sup>. El gasto público ejercido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), observa un marcado descenso a partir de 1982, llegando en 1987 a un nivel muy inferior al de 1976 <sup>13/</sup>. Cuadro 12

\*Fondo Monetario Internacional

## CUADRO 11

## OFERTA Y DEMANDA AGREGADAS. 1983 - 1988

(Crecimiento porcentual promedio)

Concepto	Porcentaje
<b>A. OFERTA TOTAL</b>	<b>0.2</b>
<b>PIB</b>	<b>0.1</b>
<b>Importaciones</b>	<b>1.1</b>
<b>B. DEMANDA TOTAL</b>	<b>0.2</b>
<b>Consumo</b>	<b>0.4</b>
<b>Inversión</b>	<b>-4.4</b>
<b>Exportaciones</b>	<b>4.8</b>

Fuente: Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional  
de Desarrollo 1989 - 1994. Cuadro 1

## CUADRO 12

**GASTO PUBLICO EJERCIDO EN EL IMSS, ISSSTE Y LA SSA, 1976-1987\***  
 (Millones de pesos constantes de 1976)

Año	Total	% Cambio	% Gasto/PIB
1976	59900.1	-	4.57
1977	71418.3	+19.2	4.65
1978	59645.5	-16.5	3.58
1979	59604.0	0.0	3.27
1980	56493.4	- 5.2	2.88
1981	62391.8	+10.4	2.99
1982	52486.9	-15.9	3.11
1983	54228.5	+ 3.3	3.19
1984	51515.8	- 5.0	2.88
1985	51538.2	0.0	2.98
1986	39942.7	-22.5	2.40
1987	31109.7	-22.1	

Fuente: V.M. Soria y G. Farfán. El deterioro del bienestar social y la salud en México. Cuadro 1

- \*IMSS - Instituto Mexicano del Seguro Social  
 ISSSTE - Instituto de Seguridad y Servicios Social para los -  
 Trabajadores del Estado  
 SSA - Secretaría de Salud



De alguna manera Octavio Paz coincide con el sentido del análisis al mencionar algunas de las consecuencias del desarrollo mexicano hasta antes del gobierno de Miguel de la Madrid. Implícitamente, reconoce que la situación para el grueso de la población asalariada se tornó más difícil durante este último sexenio, sin embargo, le parece necesario e inevitable dadas las condiciones bajo las cuales desarrolló su administración:

Años de incurias y derroches nos presentan hoy una cuenta terrible: las desigualdades, la quiebra de la educación, - el excesivo crecimiento demográfico y su doble consecuencia, la emigración hacia los Estados Unidos y el hacinamiento en la Ciudad de México -castigo de nuestro secular centralismo-, la salud, la contaminación del aire y el agua. La agricultura sigue siendo el punto débil de nuestra economía; nuestros campesinos se libraron del peonaje, no de la penuria... Pero la economía comienza a recobrase. Se dice que el costo social de la reforma económica ha sido alto y doloroso. Es cierto, pero era irremediable y, - creo, será transitorio 14/.

Como se ve desde diferentes enfoques, se puede llegar a la conclusión de que el desarrollo de capitalismo en México ha significado para muchos mexicanos niveles precarios de vida. En estas condiciones socioeconómicas se reproducen una serie de problemas como el de la drogadicción o farmacodependencia. Tales fenómenos no pueden ser separados de su contexto histórico-social, pues así se puede llegar a una explicación, de su génesis y vigencia, en la cual confluyen diferentes disciplinas participantes en la investigación y atención de este problema en la sociedad actual.

#### B) Orígenes y vigencia de la farmacodependencia en México.

El consumo de drogas en México no es nuevo, sustentando una larga tradición de práctica mágico-religiosas, adivinatorias y curati--

vas, que de alguna manera se inscribe en las explicaciones dadas en el primer capítulo de este trabajo para las formaciones sociales precapitalistas. A su vez, la aparición de la farmacodependencia en nuestro país como fenómeno y problema social se explica con el predominio claro del capitalismo en México.

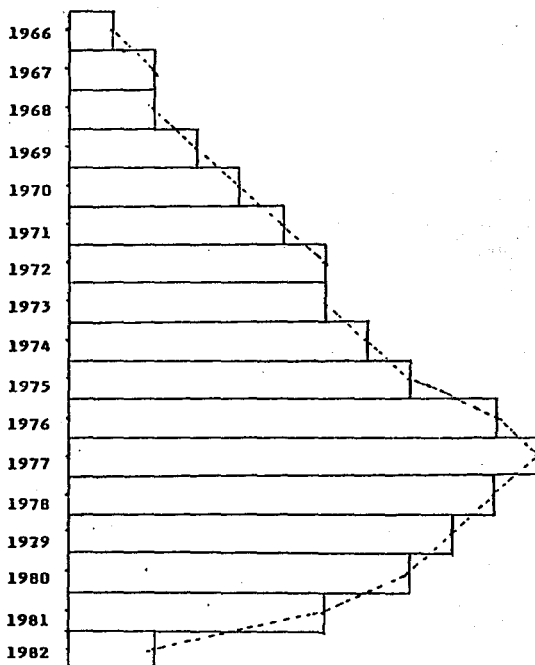
Así, tenemos que el consumo de drogas se empieza a manifestar con especial énfasis hacia la segunda mitad de la década de los años sesenta. Para principios de los años setenta la farmacodependencia es definida como un problema social y específicamente de salud pública, pues por la magnitud con que se presenta en la población se convierte en objeto específico de la política de salud en México. Es a partir de esos años que se inicia su estudio sistemático con adopción de la metodología epidemiológica; principia la constitución de un grupo de especialistas abocados a su atención 15/.

Aún cuando a partir de los años setenta se encuentra definida a la farmacodependencia como un problema de salud pública susceptible de ser atendido por instituciones especializadas, con base en la Gráfica 12 donde se relaciona año de inicio de pacientes que acudieron en busca de atención especializada por consumo de drogas entre 1976 y 1982, podemos ubicar algunos de estos usuarios en el año de 1966, de esa fecha a 1978 podemos observar un crecimiento más o menos constante del fenómeno en estudio. De 1979 a 1982 se ve un decremento importante, el cual de ninguna manera es debido a una declinación del problema, sino al hecho de que, en términos generales, esta clase de pacientes tarda en promedio 3 años en el uso de drogas antes de acudir a tratamiento 16/.

En la Gráfica 13 donde se toma a los mismos pacientes del anterior, se puede apreciar como los inhalables paulatinamente vienen ganando terreno entre las drogas utilizadas por primera vez, lo cual al parecer, se correlaciona con el desarrollo industrial del país, el cual ha producido un sector poblacional que soluciona --

GRAFIACA 12

AÑO DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS DE PACIENTES QUE ENTRE 1976 Y 1982 ACUDEN A TRATAMIENTO POR PRIMERA VEZ



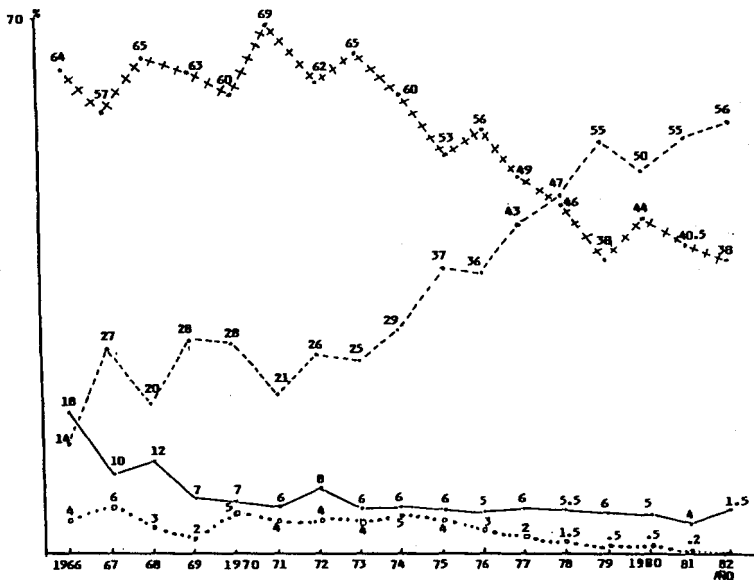
Base de cálculo 7 863 pacientes.

1 cm = 1%

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

GRAFICA 13

ANO DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS POR TIPO DE SUSTANCIA.  
 PACIENTES QUE ENTRE 1976 Y 1982 ACUDIERON POR PRIMERA VEZ A TRATAMIENTO\*



+ + + Marihuana

- - - Inhalables

— Drogas con utilidad médica. Ver Gráfica 6

... Otras drogas sin utilidad médica. Ver Gráfica 6

\* Pacientes atendidos por consumo de drogas en los Centros de Integración Juvenil, A.C.

Fuente: Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil, A.C.

sus necesidades de sustancias tóxicas con esos derivados del petróleo. Matiza esta observación resultados de otras investigaciones donde consideran al uso de inhalables como más rápidamente detectable porque esta clase de usuarios es quien menos tiempo deja transcurrir entre el inicio en el uso y el acudir a tratamiento - 17/.

Si a los datos sobre inhalables aunamos los de inicio con psicofármacos, notamos una clara tendencia hacia la preferencia de sustancias de origen industrial, las cuales tienden a ganar preponderancia frente a las de origen natural y penalizadas por su uso y comercialización.

Como se puede ver el consumo de drogas en México como en los países de origen del capitalismo, se desarrolla como problema social en el medio urbano. La rápida concentración demográfica en centros industriales a partir de la década de los años cuarenta, -- trae entre sus consecuencias el desarrollo de esta clase de padecimientos 18/.

Hasta aquí hemos considerado únicamente factores internos al desarrollo del país para explicar la presencia de la farmacodependencia. Sin embargo, el auge del consumo de drogas en México pudo verse influido por los movimientos contracultural jipi, entre cuyos planteamientos el escuchar rock y consumir drogas a la vez, -- fueron los que al parecer captaron más ampliamente los jóvenes mexicanos.

A México llegan noticias de los jipis, sus preferencias por unir rock y drogas principalmente. Sus propuestas contraculturales de una moralidad opuesta a la predominante no fueron sistematizadas u organizadas por la juventud mexicana. Algunos sectores de las capas medias fueron los primeros receptores del mensaje. Al -- igual que los jipis llegados a México, los nacionales empezaron a reconocer las zonas geográficas del país donde se producen plan--

tas alucinógenas (hongos, peyotes, ololiuqui, principalmente) -- con el fin de experimentar sus efectos.

El consumo de marihuana hasta entonces marginal cobró mayor auge entre los jóvenes mexicanos, quienes si bien no contaban con una propuesta contracultural sistematizada, sí vivían en un sistema social aparentemente eterno e inamovible <sup>19/</sup>. Si así era la situación social en México mejor sería vivir en el aliviane en tanto -- no se tuviera responsabilidades que los obligaran a llevar una vida adulta.

Los movimientos contraculturales en los países más desarrollados y especialmente en los Estados Unidos proponen una alternativa a los modos de vida establecidos.

Esta contracultura abarca el rock, la droga, el conocimiento apasionado de formas de la cultura oriental, el Free Speeck Movement, la disidencia estudiantil, el cambio radical de apariencias. Su inevitable traslado a México afecta en 1965 ó 1967 únicamente a grupos pequeños. Muchos oyen rock, y le profesan devoción a los -- Beatles y a los Rolling Stones, pero pocos extraen de esas audiciones infinitas conclusiones sobre la estupidez o el carácter ominoso de los destinos oficialmente promulgados por la Familia, la Sociedad, el Estado.

El 68 apresura la aclimatación de prácticas y actitudes contraculturales en México. Por razones políticas, sexuales y emotivas, sectores de jóvenes --universitarios de clase media por lo común-- se oponen a lo que significa el gobierno y la moral tradicional <sup>20/</sup>.

Como señala Carlos Monsiváis el 68 favoreció la aclimatación de -- las prácticas contraculturales entre la clase media. Al parecer, los efectos desmoralizadores de la represión militar ocasionan -- que un número de jóvenes estudiantes, ligados de alguna manera a

las movilizaciones masivas previas al dos de octubre, recurrieron posteriormente al uso de drogas.

Entonces al venir la derrota se entregaron francamente a la droga. Fue de veras un momento de crisis total. To das las relaciones se quebraron. Todos tuvimos que re-plantearnos, ¿y ahora qué? ¿Qué consigo y qué con todos, porque ya nada puede ser igual? 21/

La respuesta estatal militar ante la movilización estudiantil posiblemente no fue la única dada. Hay quienes señalan la posibilidad de que agentes de las clases dominantes hayan puesto a disposición de sectores de jóvenes, específicamente estudiantes, algún tipo de droga.

A principios de los setenta escribí un artículo en la revista La Internacional en que explicaba que las drogas son un recurso personal que podría durar un momento, pero que no tiene nada que ver con la lucha política. Que en realidad podría ser utilizado como un elemento de distracción de las fuerzas dominantes, en una especie de represión bastante selectiva. No sé si alguien se lo propuso o no, pero el hecho es que a principios de los setentas los centros psiquiátricos llegaron a llenarse de jóvenes que padecieron esa crisis 22/

No pensamos que el consumo de drogas se dé por la simple disponibilidad de esas sustancias, el tenerla al alcance constituye un recurso para un periodo de crisis. Así, si el lapso de tiempo -- transcurrido entre fines de la década de los años sesenta y principios de la siguiente, se caracteriza por la respuesta violenta ante la demanda y propuestas juveniles, se crean condiciones específicas para que jóvenes de clase media principalmente busquen -- evadirse de su realidad o exploren otras bajo el influjo de alguna droga 23/

Si bien bajo el influjo del movimiento contracultural aparecieron jóvenes que consumen drogas, no se puede perder de vista a otros quienes sin tener el conocimiento de esa propuesta, ya han usado algunas sustancias alucinógenas u otras no mencionadas siquiera - por los partidarios de este movimiento: los disolventes inhalables.

Al apartarse los clasemedios de la contracultura, los nacos los relevan, y hacen una contracultura a su imagen y semejanza. No comparten el celo por las "puertas de la percepción, no le atribuyen mayor trascendencia a la droga (usan la marihuana con el júbilo exacto que le dedicarían al alcohol), no se escudriñan los mensajes de rock (no se surgen hermenéuticamente en las letras de Bob Dylan o John Lennon o los Rolling Stones) no hacen metafísica a propósito del "lado oscuro de la luna". -- Eso sí, adaptan el sentido de su vida al mundo emocional que del rock se desprende, y al rock le ffan la indole de su juventud 24/.

De alguna manera esta última cita de Carlos Monsiváis nos vuelve a ubicar entre la población que no ha conocido el beneficio del desarrollo, la que vive en condiciones socioeconómicas difíciles: hacinada en colonias perdidas, con escasez de todo tipo de satisfactores, pocas oportunidades de empleo, baja escolaridad, etc. -- Son quienes consumen drogas, quizás porque no ven otra opción en su vida inmediata, si le dicen no a la droga a qué le dicen sí.

Con lo anterior no queremos decir que la farmacodependencia sea exclusiva de gente pobre, pues ni siquiera los afecta a todos --- ellos, pero sí podemos señalar que si el usuario de drogas trata de evadirse de las condiciones de vida adversas e insoportables, quien tiene más motivos para buscar esa evasión es el sector poblacional más desprotegido.



Por eso, la dependencia de las drogas se da con más frecuencia en las capas e instituciones sociales en las que las imposiciones y dependencias sociales son más duras - 25/

Así pues, la existencia del consumo de drogas en México no tiene su origen en una moda pasajera, sino que se explica en función de las condiciones específicas de vida en las que se desenvuelve la población asalariada del país.

## CAPITULO IV

### REFERENCIAS

1. A. Gilly. México: dos crisis. pp. 17-46

2. B. Coriat. El taller y el cronómetro.

El oficio es la base sobre la que opera el capital temprano para la incorporación de la fuerza de trabajo al proceso productivo, sin embargo, a la larga se convierte en una traba.

... considerando las cosas con suficiente amplitud, - aún cuando pudiera servir de base a tráficos múltiples -pacto de aventureros-, el sello y más la dependencia en que se encontraba el capital en lo concierne al aprovechamiento de la fuerza de trabajo -- aparecen en primer lugar como un límite insoportable. Y muy pronto el pensamiento patronal se vuelve contra el oficio, dedicado por entero a quebrantarlo o a solayarlo para crear las condiciones de una acumulación a gran escala. p. 16

3. H. Guillén R. Orígenes de la crisis en México. p. 31

En 1948 el peso pasó de 5.74 a 8.01 por dólar y en 1954 de 8.65 a 11.34

4. E. Gutiérrez, G. (Ed.). Reestructuración productiva y clase obrera. p. 20

Las dificultades del modelo sustitutivo es la necesidad de importar bienes de capital, dificultad que sin duda se extiende, aunque en menor medida, a la actualidad. La autora señala que en 1929 se importaba el 96% de la maquinaria y demás medios de producción. Para 1955 todavía se importaba el 70% y en 1970 - el 47%.

5. F. Rello. La crisis agroalimentaria. p. 221.

6. F. Paz, S. La sinrazón de la crisis agrícola en México.

"La importancia de la agricultura en el sector externo - era por demás relevante. En 1955 aportaba poco más del - 43 por ciento del valor total de las mercancías vendidas al exterior y a pesar de los factores contrarios en 1960 pudo mantener ese mismo nivel de participación, gracias al buen mercado que tuvo el azúcar, como efecto de la revolución cubana". p. 69

Durante mucho tiempo el sector agrícola constituyó la fuente - principal de aprovisionamiento de divisas para el país. Sin - embargo, para fines de la década de los años sesenta el dete--rioro de los precios de los productos del campo en el mercado internacional; y el subsidio que brinda el campo a la ciudad a través de los precios, principalmente, ponen en crisis a ese - sector de la economía.

7. H. Guillén R. op. cit. p. 58.

8. Ibid. dem. p. 50, del mismo autor: Del endeudamiento a la ex--portación de capital: las consecuencias del ajuste. p. 69.

9. E. Gutiérrez G. El sexenio del crecimiento cero. p. 13.

Señala la autora que con el saldo positivo acumulado, entre' -- 1983-1987, de 56 672 millones de dólares en la balanza comer--cial el gobierno de Miguel de la Madrid alcanzó el principal - objetivo de su política de austeridad.

10. Ibid. dem. p. 12.

11. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. p. 14.

12. E. Gutiérrez G. op. cit. p. 14.

13. El gobierno del presidente Carlos Salinas de Gortari ha ganado reconocimiento nacional e internacional por la instauración del Programa Nacional de Solidaridad. Al parecer, el resentimiento de la población contra los gobiernos priistas anteriores, hizo tambalear al sistema político mexicano en las elecciones de 1988. El artículo de Matt Moffett del The Wall Street Journal, reproducido por El Nacional el 7 de agosto de 1991, dice:

"Ahora que se acerca el 18 de agosto, fecha de las elecciones de mitad de sexenio, Solidaridad es tal vez la principal razón por la cual la perspectiva para el Partido Revolucionario Institucional (PRI) son mucho más alagueñas que en 1988. De acuerdo con un reciente sondeo nacional de opinión, casi la mitad de todos los electores expresó apoyo al PRI". p.10

Pronasol aparentemente ha significado la recuperación electoral del partido en el poder a mediados del sexenio. Cabe preguntarse si seguirá con el mismo ritmo o declinará conforme avance la segunda parte del gobierno salinista, pues otro señalamiento del mismo periodista obliga a cuestionarnos:

"Buenos resultados en las elecciones de mitad de sexenio fortalecerán las opciones de Salinas para una mayor liberalización de la economía mexicana. El PRI espera obtener la mayoría de dos tercios en el Congreso que necesitará para realizar cambios constitucionales en las leyes caducas con respecto a la inversión extranjera, el petróleo y la agricultura".

Solidaridad ha costado 3.5 millones de dólares, pero a cambio ha permitido elevar la popularidad del presidente tan maltrecha por la contienda electoral. A su vez, como se ha obteni-

do casi cinco mil millones de dólares por venta de empresas - paraestatales, Pronasol no ha impactado el déficit público, - por lo cual los empresarios no protestan por la magnitud de - los gastos.

Desde el punto de vista de los beneficios sociales este tipo de gastos son escasamente criticables. Sin embargo por sus - objetivos políticos y posible destino después de las elecciones del 18 de agosto de 1991, hacen dudar de su permanencia, al menos con la misma intensidad.

14. O. Paz. Pequeña crónica de grandes días. p. 59.
15. Hasta 1970, la mayoría de las referencias del consumo dependiente de drogas, fueron detectadas por asociación con otros padecimientos psiquiátricos. En ese mismo año se fundan los Centros de Integración Juvenil, A.C., institución que en sus primeros años se ocupa principalmente de atender y prevenir - la farmacodependencia. Para 1972, por decreto presidencial se funda el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia el cual tiene como objetivo principal la investigación de este fenómeno.
16. P. Clarac R. Estudios acerca de la farmacodependencia en México. p. 119.
17. Ibid. dem.
18. Desde el primer capítulo de este estudio se presenta a la farmacodependencia, como fenómeno social, en un ámbito ciudadano. Hasta la fecha se puede decir que la totalidad de los estudios de esta problemática parte de ubicarlo geográficamente - en las ciudades.
19. C. Monsiváis. Amor perdido. p. 230.

Al analizar el movimiento juvenil mexicano de 1966 a 1972 en torno al rock y a la droga, señala que se distinguen de los - anglosajones en su espontaneidad y desorganización manifiesta, así como escasa verbalización de sus planteamientos.

Lo que distingue a los participantes de la Onda (de nominación dada por el autor a este movimiento juvenil mexicano) no viene de reflexiones y teorías, si no de negativas ante el cielo de valores fijos. No hay guerra de Vietnam, hay -eternidad relativa- las instituciones de la Revolución Mexicana y la Unidad Nacional. p. 230.

20. C. Monsiváis. Para un cuadro de costumbres y de cultura y vida cotidiana en los ochenta. p. 84.
21. J. Molina. Los años perdidos. p. 24.
22. Ibid. dem. p. 95.

La observación que hace sobre los hospitales psiquiátricos Molina, son coincidentes con los señalamientos del Dr. Carlos - Campillo y de las psicólogas Ma. E. Medina Mora y Ma. E. Castro, quienes en su trabajo "La epidemiología del consumo de - drogas en México", señalan:

..., aunque no se cuenta en México con un registro completo de casos, por observación indirecta es posible afirmar que las complicaciones psiquiátricas entre los jóvenes ha disminuido en los últimos años en la Ciudad de México. Por ejemplo, entre los --- años de 1967 a 1972 se atendieron en el Hospital Español cerca de 100 casos de jóvenes con complicaciones psiquiátricas asociadas al uso de drogas. Pero de 1973 a la fecha el número de sujetos ha disminuido notablemente. En 1977 el Departamento de In--

investigaciones Sociales de CEMESAN intentó diseñar un registro de datos de los pacientes que consultan a - los Centros de Psiquiatría Comunitaria de la SSA y - que consumen drogas. p. 12.

23. J. Agustín.

El agotamiento estructural del desarrollo estabilizador y su aparente calma institucional, que no prometía nada nuevo sino la continuidad del dominio de la misma familia revolucionaria, fue acompañado por fuertes movimientos sociales que tendrían gran impacto en la formación social mexicana.

En lo concerniente al movimiento juvenil estudiantil fue duramente reprimido en diferentes partes del país (1966 la Universidad Nicolaita; 1967 la Universidad de Sonora y 1968 los jóvenes del Politécnico y la UNAM).

Las manifestaciones contraculturales de origen anglosajón también fueron objeto de la intolerancia, particularmente lo referente al consumo de drogas:

Se inyectaron dosis masivas de repudio a través de - medios de comunicación y las autoridades emprendie--ron una auténtica cacería que con el tiempo fue po--blando las cárceles del país, especialmente el Palais Noir de Lecumberri, que además de sus célebres pre--sos políticos ahora tenía sus presos macizos, tam--bién políticos aunque no lo parecieran. p. 246.

24. C. Monsiváis. op. cit. p. 85.

25. Scheneider. Neurosis y lucha de clases. p. 297.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El consumo adictivo de drogas alcanza en la actualidad una presencia mundial. Actualmente es reconocida como una de las problemáticas amenazantes de la convivencia social, pues afecta desde la vida familiar del individuo usuario e incluso las relaciones obrero-patronales. Ante la ampliación de los efectos sociales del -- consumo de drogas, los esfuerzos realizados para su control y prevenición se ven limitados a logros de reducido alcance, pues de -- ninguna manera permiten pronosticar su extinción en el mediano o largo plazo.

Sin embargo, pese al auge tomado por el consumo de drogas en la -- segunda mitad de este siglo, no es un fenómeno nuevo; se le reconoce una antigüedad similar a la humanidad. Lo novedoso en esta problemática es por un lado, la gran cantidad de afectados por esta clase de consumo; a su vez, las implicaciones culturales, económicas y sociales que ha tenido para la humanidad la implícita; pero lenta aceptación de una minoría usuaria de drogas.

Como vimos el consumo de sustancias alucinógenas en sociedades -- precapitalistas tienen la finalidad de comunicar al ser humano -- con lo divino, y a la vez podía servir de medio integrador del individuo a su comunidad. El usuario moderno que se vuelve adicto a una sustancia específica, generalmente no la consume en un contexto médico o mágico-religioso, ahora su consumo puede responder a necesidades evasivas de un medio en el cual no encuentra satisfacción a sus necesidades materiales y/o subjetivas. Si en las -- sociedades precapitalistas ocasionalmente un dirigente de los ritos mágico-religiosos o curativos podría volverse adicto a una -- sustancia específica, en la sociedad capitalista no es un fenómeno aislado, sino que afecta a amplios sectores de la población.



Así pues, a fin de destacar el aspecto histórico del consumo de drogas, proponemos que el concepto de farmacodependencia sea aplicado como concepto de análisis de fenómeno social, a partir del surgimiento y consolidación de la sociedad industrial, pues en ella toma características de un problema estructural, como tal, tiene su origen en la constitución del modo de producción capitalista, dentro del cual no dejan de plantearse alternativas de solución, sin embargo, a lo más que llegan es a atemperar su crecimiento y expansión; pero no se ve en el futuro una solución definitiva. Antes, por el contrario, la sociedad moderna parece estar determinada a tener en la farmacodependencia una compañía permanente. Aún cuando en los países desarrollados del hasta hace poco tiempo llamado campo socialista no se conocen todavía investigaciones sobre la presencia de una problemática por consumo de drogas diferentes del alcohol y el tabaco, es de esperarse que con la apertura democrática en marcha se efectúen este tipo de estudios, mismos que parecen necesarios pues como lo señala Gorvachov, su manifestación es anterior a la perestroika.

Existe un amplio consenso respecto a lo que podríamos llamar la destructividad social de la farmacodependencia en la población que consumo de manera excesiva drogas. La adicción daña a los adictos, a sus familias y comunidades; es una amenaza directa a la salud individual y pública y puede conducir a las conductas antisociales. Implica, a su vez, grandes pérdidas económicas para la población, pues aparte de que se constituye un cuerpo de especialistas para tratar el problema desde diferentes instancias (legales, de salud, por ejemplo), además de sus salarios reclaman infraestructura específica. Otro elemento a destacar es que afecta la productividad laboral, impactando negativamente a la ganancia capitalista.

De ese consenso se pueden destacar tres aspectos fundamentales:

1o. En ninguna forma de organización social precapitalista el con

sumo de drogas alcanza esa caracterización, ésta es únicamente -- aplicable a partir de la implantación del modo de producción capi-- talista. La destructividad social es aceptada como un hecho por las diferentes clases sociales existentes. Antes de la domina--- ción capitalista el consumo de drogas no representó en sí una pro-- blemática social que tuviera que ser abordada para ser soluciona-- da y evitar sus efectos nocivos.

2o. Mientras en el nivel individual y familiar el consumo de dro-- gas es vivido como un drama que puede hacer que la sociedad margi-- ne al afectado, para el capital es un problema de ganancias. Por un lado, el asalariado usuario se llega a ausentar de su trabajo o simplemente puede bajar su rendimiento; ocasionar un accidente laboral que daña su salud o el estado de la maquinaria. Es decir, tanto el capital variable como el constante pueden sufrir una men-- gua improductiva que el empresario se afana en evitar porque afec-- ta sus ganancias.

Al igual que en el punto anterior, los efectos entre familiares - es un tema que tampoco es referido como problemático en las socie-- dades precapitalistas. Ni se observa una afectación de la activi-- dad económica. Además existe una serie de controles sociales -- aceptados comunmente que establecen límites claros al consumo de drogas (ocasiones, edades, sexo, principalmente), es decir, el -- usuario tiene un lugar específico en la sociedad.

Otro aspecto que es necesario destacar es el referente al abaste-- cimiento de drogas. Actualmente existe un doble mercado de estas sustancias, por un lado, están las producidas por la industria -- químico-farmacéutica productora de psicofármacos, los cuales son mercancías de curso legal; paralelamente opera el llamado narco-- tráfico, orientado a la producción y comercialización de drogas - colocadas en la ilegalidad. La característica común a ambos es - la producción de mercancías de amplia demanda y, por ende, genera-- doras de grandes ganancias.

Aunque desde el punto de vista histórico que hemos documentado se puede decir que el narcotráfico tiene su origen en la existencia de sectores poblacionales necesitados de las drogas que ofrece, -- actualmente este tipo de comercio de drogas tiene una dinámica -- propia, la cual le permite no sólo generar demanda, sino establecer subrepticamente vínculos tanto políticos como financieros con las clases dominantes.

Actualmente la solución al problema de la farmacodependencia no -- sólo debe tomar en cuenta factores técnico y científicos de la -- atención a la salud, también debe considerar los aspectos políticos y financieros asociados al mercado ilegal de drogas.

En términos generales, el consumo de drogas en nuestro país ha si do investigado desde diferentes puntos de vista. Sobresale por -- su frecuencia e importancia asignada en la generación de información la línea epidemiológica, la cual como vimos, generalmente -- responde a un planteamiento médico, y donde los elementos de análisis social solamente son enunciados como un factor más para des cribir el fenómeno pero no para su explicación.

La participación del materialismo histórico en el análisis del -- consumo de drogas debe asumir un doble papel: por un lado, desde el punto de vista epidemiológico requiere participar en la deter minación del fenómeno y como contribuidor al conocimiento científico general para ubicar la problemática en diferentes discipli-- nas, es decir, moverse tanto en el análisis cuantitativo de en-- cuestas y expedientes como en el estudio político, histórico y -- cultural del consumo de drogas.

Esto último se vuelve importante en el caso de países como México, pues la mayor parte de la "tecnología" para el estudio del fenóme no proviene de los Estados Unidos. Así, por ejemplo, es necesari o establecer los factores culturales, político-sociales inciden tes, pues la mayoría de los usuarios de drogas, según las estadis

ticas, son experimentadores o usuarios ocasionales y no se dan al los índices de farmacodependencia propiamente dicho. Sin duda, --- ésta es una problemática cuya solución podría implicar la aplicación de medidas preventivas de carácter amplio, orientadas a re-forzar aquellos aspectos culturales, los cuales pese a lo recu-rrente de la crisis en México, principalmente a partir de los --- años setenta, han servido para contener la expansión del problema. De esto último se desprenden objetos de investigación que deberán abordarse en próximos estudios, como es el conocer cuáles facto-res culturales es necesario fomentar entre la población para pre-venir y controlar el crecimiento de la farmacodependencia en nue-stro país, o, para aprender a vivir con ella minimizando los efec-tos negativos en la población.

Sin renunciar a la necesidad de determinar la magnitud del proble-ma, su distribución en los diferentes sectores poblacionales, el materialismo histórico no puede dejar de responder a esas interro-gantes básicas dado el estado de transición de la sociedad mexica-na.

En lo referente a las sustancias tenemos indicios de que las más consumidas son los solventes inhalables. Por un lado, está el --trabajo de Chevalli-Arrollo, Tubert-Oklander y Champion-Castro, -por la magnitud de población afectada, lo definen como el princi-pal problema enfrentado por los Centros de Integración Juvenil --desde su fundación en 1970. Por otro, el de el Dr. Ramón de la -Fuente y M.E. Medina Mora, señalan al consumo de solventes inha-lables como las únicas drogas que alcanzan una magnitud epidémica -en México.

Las características principales de los usuarios de estas sustan-cias son sus precarias condiciones materiales de vida. Si toma-mos en cuenta la existencia de 40 millones de mexicanos pobres, -de los cuales 17 millones viven en la pobreza extrema, tenemos --una gran probabilidad de extensión del consumo individual de es-tas sustancias. Desde el punto de vista de las diferentes disci-

plinas participantes en el análisis de esta problemática, sabemos que las condiciones económicas de vida aunque básicas no lo son todo. Por lo cual no todos los pobres son usuarios de drogas. Sin embargo, si asumimos a la droga como un medio de evitar el malestar psicosocial ocasionado por la vida cotidiana, quienes no satisfacen decorosamente sus necesidades materiales, pueden tener más necesidad de tratar de evadir su realidad cotidiana -- con el uso de alguna droga, y tienen más al alcance algún tipo de disolvente inhalable.

De acuerdo a la cobertura de las diferentes fuentes de datos, la marihuana aparece como la sustancia mayormente reportada entre la población entrevistada en hogares. Por otro lado, entre estudiantes, aún cuando ocupó el 2do. lugar, en 1986, duplicó su magnitud.

Su uso aparece en diferentes sectores poblacionales, lo cual posibilita que junto con los solventes inhalables pueda ocupar los primeros lugares de consumo, como se puede ver en las diferentes fuentes de información incluidas en el Capítulo IV.

Los llamados psicofármacos son sustancias producidas y comercializadas legalmente con ciertas restricciones médicas. Su uso -- fuera de prescripción terapéutica aparece muy por abajo de los niveles alcanzados por la marihuana y los inhalables. Las posibilidades de desarrollo de su uso fuera de control médico parece estar directamente asociado con la permanencia en el mercado de la marihuana y los inhalables a precios accesibles.

Por otro lado, los psicofármacos son publicitados como medicamentos en su mayoría, prescritos por un facultativo. Por eso es -- más difícil que el usuario de estos medicamentos sea considerado como adicto aun cuando lo esté efectuando por autoprescripción. Esto permite al dependiente a esta clase de medicamentos consumir por años estas sustancias, sin las cuales no podría dormir o

trabajar y no ser considerado como un adicto.

Sustancias como la heroína y la cocaína están sujetas en mucho a las condiciones de lucha contra el narcotráfico. Su presencia - en México obedece en gran parte a que nuestro país es lugar de - tránsito hacia el principal mercado de drogas en el mundo, los - Estados Unidos. El hecho de que su uso se localice principalmen- te en la frontera con este país, en zonas turísticas o de inten- sa actividad de narcotráfico corrobora la observación anterior. Así, por las dificultades observadas recientemente para hacer -- llegar la cocaína a Estados Unidos ha constituido una oferta in-terna para un reducido número de pudientes difíciles de estudiar y, para algunos grupos de jóvenes curiosos, los cuales posible-- mente no continúan su consumo. Aunque la posible baja en los -- precios de la cocaína ampliaría el mercado para esta droga.

Sobre las sustancias alucinógenas diferentes a la marihuana del tipo del ololihuqui, los hongos, el peyote, entre otros, su uso salió de márgenes tradicionales en la segunda mitad de la década de los años sesenta y principios de los setenta. Este consumo - desapareció materialmente de las estadísticas con la disolución del movimiento contracultural.

En general por el reducido número de usuarios intensivos reporta- dos en los diferentes estudios, se puede destacar que la mayoría de usuarios de drogas recurre ocasional o experimentalmente al - consumo de esas sustancias. Por lo cual podemos inferir que la mayoría de los usuarios no pretende o no puede evadirse de sus - compromisos o dependencias sociales (trabajo, familia, escuela, por ejemplo) y quizá esporádicamente ha requerido del uso de una sustancia psicoactiva para crearse un espacio recreativo o sim-- plemente para olvidar momentaneamente sus dificultades inmedia--tas, creándose un mundo agradable de plena realización de sus aspiraciones y necesidades, situación nunca dada en su realidad cotidiana. Lo paradójico del problema surge de esa misma realidad,

pues a la vez que impele a los individuos a cumplir optimamente - en todos los niveles de su vida y ser exitoso, esas mismas exigencias son las conducentes al consumo de drogas.

Sin menoscabo de la observación anterior, parece necesario profundizar en el estudio de la distribución de uso de drogas entre las diferentes clases y fracciones de clase, pues por los resultados obtenidos es probable que en las dominadas sea más grave el problema del consumo de drogas, aún cuando en las clases dominantes también existe el consumo pero de drogas de mayor costo y reducida circulación.

Por diferentes análisis, es posible señalar a la segunda mitad de los años sesenta como el período en el cual la farmacodependencia empieza a cobrar auge en México. También se puede caracterizar a esa época por sus profundos cambios políticos y sociales y, en -- términos generales, puede ser englobado en el inicio de la crisis del llamado milagro mexicano.

Actualmente, la reforma económica o modernización industrial, implica entre otros aspectos, la reformulación de la relación entre los trabajadores asalariados y el capital. En lo referente a la clase dominante, ésta ha planteado con claridad la manera en que desea modificar esa relación: habla de flexibilidad en las relaciones laborales lo cual reclama el rompimiento del sistema tradicional de organización del trabajo por especialidad o calificación obrera; como alternativa se plantean la figura del obrero, - polivalente, de horarios movibles, de inseguridad en la contratación, esto es la posibilidad de contratar por horas o trabajo específico a los obreros, con lo cual se deja de tener garantizado un salario diario, pagos de días de descanso, entre otros logros de la lucha obrera. Esta posición expresada por la Confederación Patronal de la República Mexicana (COPARMEX), se hace con vistas a la apertura comercial mexicana, de tal modo que si no se dispone de una renovación tecnológica del aparato productivo que lo --

vuelva competitivo internacionalmente, al menos contar con sistemas de trabajo y pago de jornal similar a los vigentes en los países más desarrollados, es el objetivo inmediato de los patrones.

En los países capitalistas más desarrollados, tales relaciones laborales han acentuado entre los obreros las llamadas actitudes negativas hacia el trabajo, el consumo de drogas evasivas entre --- otros males. Los cuales pueden ser vistos como respuestas masivas, no concientes de la clase trabajadora ante una situación común, lo cual como vimos preocupa ampliamente al capital, pues --- afecta directamente la tasa de ganancia; pero para el trabajador ha significado un desgaste psíquico no remunerado.

Para el caso de México no podemos decir que sucederá lo mismo. Pero se puede destacar, retomando la referencia de Antonio Gramsci del Capítulo III, el ajuste psicosocial que hay en los obreros --- cuando se incluyen nuevos procesos productivos (innovaciones tecnológicas y/o formas organizativas del trabajo). Lo cual tiene --- un costo para la clase obrera pues siempre existen individuos o --- grupos de trabajadores quienes no pueden ajustarse a las nuevas --- exigencias culturales y/o de racionalidad económica.

Como vemos el proceso de modernización no necesariamente implica mejores condiciones de vida. Si a lo anterior aunamos que la --- gran mayoría de las empresas no pueden avocarse a una modernización tecnológica, pero quizá sí a la de sus sistemas de administración del proceso laboral, en el mediano plazo la modernización se puede extender a la mayoría de la sociedad mexicana.

Los cambios posibles en el orden del consumo de drogas necesitarían analizarse a partir de las marcadas preferencias del usador de drogas en México, que como se ve muestra claras inclinaciones por la marihuana y los inhalables. Pero todo ello a la luz de --- los cambios que se perfilan y para los cuales no parece preparado el movimiento obrero ni la población en general.



Así pues, si bien no se puede disponer en el mediano plazo de una modernización total del proceso productivo, sí parece posible la implantación de medidas "administrativas modernas", con pago de salarios bajos. Todo lo cual puede conducir a un empeoramiento de las formas de vida, lo cual puede impactar en la acentuación de problemas como el de la farmacodependencia. El panorama es pesimista en términos generales pues la correlación de fuerzas es favorable para la burguesía, posibilitando la implantación de sus demandas.

Los sindicatos en México no asocian trabajo y salud mental, por lo cual no pueden proponer medidas que al menos atemperen el desarrollo y atención de problemas como el de la farmacodependencia. Parece indicado que las agrupaciones de trabajadores analicen esta clase de relación, pues las nuevas formas de relación trabajo capital paulatinamente se pondrán más al día.

## ANEXO 1

### TERMINOS

**DROGA O SUSTANCIA PSICOACTIVA:** Es aquella que consumida por las personas les produce cambios psicofisiológicos emocionales o de comportamiento: afectan la percepción, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental. Son tanto de origen natural como industrial.

**PREVALENCIA:** Casos existentes durante un periodo de observación claramente definido. Una de las más usadas es la prevalencia -- "alguna vez" o total comprende a todos los que han usado drogas en algún momento de su vida; prevalencia actual o en el último -- mes, incluye los casos activos en los 30 días anteriores a la -- ejecución del estudio.

**ALUCINOGENOS:** Sustancias de origen natural y sintético cuyo primer efecto es la distorsión de los sentidos, es decir, suelen -- producir alucinaciones, las cuales son experiencias ajenas a la realidad inmediata.

**COCAINA:** Alcaloide refinado de hoja de coca, actúa como un po-- tente estimulante del Sistema Nervioso Central con efectos similares a los de las anfetaminas, produce euforia, inhibe el apetito y la necesidad de dormir.

**HEROINA:** Es clasificada como la droga con mayor potencial adic-- tivo, con potente efecto analgésico-narcótico, 2 ó 3 veces más -- potente que la morfina es un derivado de ésta.

**INHALABLES:** Hidrocarburos solventes volátiles con efectos depresivos sobre el Sistema Nervioso Central. Produce distorsiones -- perceptuales y sensoriales con inhabilidad motora.

**MARIJUANA:** Alucinógeno nitrogenado originario de Asia Central, es clasificada aparte por la magnitud alcanzada por su consumo, al igual que otras sustancias de su género todavía se discute si produce o no dependencia física, pues la dependencia psicológica del usuario es fehaciente. Además es la puerta abierta hacia el uso de otras drogas.

**OPIO:** Sustancia lechosa, que al contacto con el aire se hace goma, se obtiene de la amapola (*papaver somniferum*), contiene varios alcaloides entre ellos la morfina y la codeína. Su uso fue muy amplio, en los primeros años del capitalismo, en forma de tintura de opio para la preparación de sustancias como el láudano prescrito ampliamente para todo tipo de mal.

**PSICOFARMACOS:** Sustancias producidas por la industria farmacéutica, a las que hemos llamado sustancias o drogas de uso médico. Comprende depresores y estimulantes del Sistema Nervioso Central.

---

#### Referencias del Anexo 1

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas. pp. 23-25.

J.E. Nelson, et. al. (Eds) Guide to drug abuse. Research Terminology. pp. 21, 38, 46, 48, 55, 99.

## ANEXO 2

### SINTESIS METODOLOGICA

Para este anexo se han seleccionado los estudios más representativos de cada grupo considerando: hogares, escuelas y pacientes. Se incluyen las encuestas con representatividad nacional y los de pacientes por su especificidad.

#### I. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ENA)

La ENA se ejecutó a partir de un diseño muestral polietápico, es estratificado y por conglomerados, donde la unidad de observación la constituyen individuos de 12 a 65 años de edad, quienes fueron entrevistados en sus domicilios.

La muestra se tomó a partir de viviendas incluidas en el Marco Muestral Maestro de la Secretaría de Salud, el cual comprende población de todos los niveles sociales y zonas geográficas del país, y representa todas las viviendas del mismo.

Para la realización de esta investigación se incluyó únicamente población urbana, la cual es definida como aquella que habita lo calidades de más de 2 500 habitantes y representa el 65% de la población total del país en 1980. Así, el estudio es representativo de un total de 36 012 100 personas de 12 a 65 años de edad, de las cuales 17 116 600 son hombres y 18 895 700 mujeres.

Se estimó un tamaño de muestra adecuado de 15 000 viviendas, distribuidas en 32 entidades federativas, agrupadas en siete regiones. Se logró entrevistar a un total de 12 557 sujetos por lo que la tasa de aceptación fue de 84%.

La asignación regional de la muestra se efectuó proporcionalmente a la población de cada entidad federativa. Para los estados con áreas metropolitanas la muestra se asignó primero en dichas zonas y posteriormente en el resto del estado. (Ver Cuadro 1)

Finalmente en cada vivienda seleccionada se elaboró un listado de todos los integrantes de la misma entre los 12 y 65 años de edad y se seleccionó a uno de ellos mediante una tabla de números aleatorios. A quien se entrevistó con un cuestionario estandarizado validado en diferentes ocasiones desde 1973 y avalado por la Organización Mundial de la Salud.

## 2. ENCUESTAS NACIONALES DE ESTUDIANTES

En términos generales las encuestas realizadas entre estudiantes en 1976 y 1986 siguieron un mismo diseño metodológico, con tamaños de muestra y una caracterización de universo de estudio similar. Por ello hacemos una descripción válida para ambos estudios y únicamente destacamos los aspectos específicos cuando es necesario.

Ambos estudios son de carácter epidemiológico Ex-post facto, con un diseño de muestra nacional, con desagregación regional (Cuadro 2). El muestreo es de tipo bietápico (se seleccionan escuelas y grupos de alumnos), estratificado por tipo de escuela (secundarias, preparatorias, técnicas o comerciales y normales). -- La unidad de muestreo es el grupo escolar (conglomerado), donde estudiantes de 14 a 18 años de edad de nivel medio, básico y superior contestaron individualmente un cuestionario el cual incluye preguntas sobre el consumo de drogas.

El universo muestral en esta clase de investigaciones es mucho más reducido que el de la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en hogares. Para 1986, la muestra nacional de estudiantes de enseñanza media y media superior se obtuvo de un universo que

**ANEXO 2 CUADRO 1**  
**AFIJACION DE LA MUESTRA POR ENTIDAD FEDERATIVA**

<b>REGION</b>	<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>No. DE VIVIENDAS</b>
<b>1 Noroccidental</b>	Baja California	720
	Baja California Sur	320
	Sonora	520
	Sinaloa	440
	<b>Total</b>	<b>2,000</b>
<b>2 Nororiental</b>	Coahuila	360
	Chihuahua	400
	Durango	160
	Nuevo León	640
	San Luis Potosí	200
	Tamaulipas	360
<b>Total</b>	<b>2,120</b>	
<b>3 Centro Norte</b>	Aguascalientes	320
	Colima	400
	Jalisco	1,120
	Nayarit	240
	Zacatecas	240
<b>Total</b>	<b>2,230</b>	
<b>4 Cd. de México</b>	<b>Distrito Federal</b>	<b>2,280</b>
<b>5 Centro</b>	Hidalgo	120
	Guanajuato	440
	México	680
	Morelos	320
	Puebla	440
	Querétaro	90
	Tlaxcala	120
<b>Total</b>	<b>2,370</b>	
<b>6 Centro Sur</b>	Guerrero	440
	Michoacán	480
	Oaxaca	440
	Veracruz	640
<b>Total</b>	<b>2,000</b>	
<b>7 Sur</b>	Campeche	280
	Chiapas	320
	Quintana Roo	400
	Tabasco	320
	Yucatán	680
<b>Total</b>	<b>2,000</b>	
<b>Total Nacional</b>		<b>15,000</b>

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas. p.22.

## AFIJACION DE LA MUESTRA DE ESTUDIANTES POR REGION: 1976 Y 1986

## DISTRIBUCION REGIONAL DE LA REPUBLICA MEXICANA

Región	Ciudad	Tamaño de la muestra	
		1976	1986
1	Tijuana <sup>1</sup> Mexicali La Paz Culiacán Nogales Hermosillo	1,061	486
2	Torreón Piedras Negras Chihuahua Ciudad Juárez	919	786
3	Nuevo Laredo Tampico Monterrey	598	936
4	Durango San Luis Potosí	459	260
5	Tepic Aguascalientes Guadalaajara	758	874
6	Morelia León	552	402
7	Pachuca Toluca	388	173
8	Naucaipan <sup>2</sup> Nezahualcōyotl <sup>2</sup> Distrito Federal	3,152	4,639
9	Tlaxcala Puebla	477	86
10	Veracruz Jalapa	480	102
11	Campeche Centro Villahermosa Mérida	572	434
12	Cuatla Acapulco	379	135
13	Ixtla Gutiérrez Oaxaca de Juárez	396	162
<b>T o t a l</b>		<b>10,091*</b>	<b>9,967**</b>

1. En 1986 no fue considerada.

2. Para 1986 comprendida en Edo. de México.

\* Tamaño de muestra calculada.

\*\* Tamaño de muestra obtenida. La confusión que se puede constatar en la información de este año no es resuelta por las autoras.

Fuente: M. E. Castro S. et. al. Consumo de drogas en México. Patrona de uso. p. 586 y E. Rojas, et. al. Análisis regional del uso de drogas en la población estudiantil de México. p. 333.

registró 51 088 grupos escolares, de los que se muestrearon 325. Se calcula aproximadamente 30 alumnos por grupo, lo cual da un universo de 1 532 040 estudiantes como base de extrapolación.

En ambos casos el tamaño de muestra obtenido fue muy similar: en 1976  $n = 9\ 900$ ; y  $n = 9\ 967$  en 1986; las dos son representativas de su respectivo universo muestral. El instrumento es un cuestionario estandarizado validado en diferentes ocasiones desde 1973 y avalado por la Organización Mundial de la Salud.

### 3. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES QUE ACUDIERON A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS ENTRE 1976 Y 1982

Estudio epidemiológico iniciado en 1983 en los 32 Centros Locales integrantes de la institución en esa fecha. Mediante una cédula específicamente diseñada se recolectó la información de expedientes de pacientes que por primera vez acudieron, entre 1976 y 1982, a los Centros de Integración Juvenil, A.C.\* a solicitar tratamiento por consumo de drogas. No siempre fue factible obtener los datos completos para cada una de las variables requeridas, ni para el período completo, pues por un lado, debido al control de calidad para la información, se eliminaron expedientes completos o parte de ellos, por eso hay variación en la cantidad de información presentada por variable considerada.

La información obtenida describe características demográficas y de inicio en el consumo de drogas de 18 033 pacientes captados entre 1976 y 1982.

A partir de 1983 los estudios se efectúan al momento de las entrevistas de diagnóstico. El personal responsable llena una cédula por cada paciente de primera vez, para 1987 se obtuvo información de 4 055 sujetos.

\*Actualmente es la institución con más años de antigüedad y la mayor red de atención del consumo de drogas en México, por lo cual atiende al mayor número de usuarios de drogas en nuestro país.



## REFERENCIAS DEL ANEXO 2

M.E. Castro S. et. al. Consumo de drogas en México. Patrones de uso. pp. 585.

E. Rojas, et. al. Análisis regional del uso de drogas en la población estudiantil de México. pp. 331-333.

Sánchez-Huesca R. y Lourdes López G. Características demográficas de inicio en el consumo de drogas de asistentes a Centros Locales. Recuperación de los archivos de siete años. (1976-1982). Vol. I, pp. 1-10.

**ANEXO 3**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES**

**LA FARMACODÉPENDENCIA EN MEXICO: 1970 - 1988**

**PROYECTO DE INVESTIGACION PARA TESIS  
PROFESIONAL PRESENTADO POR RAUL ORTIZ  
MONDRAGON.  
ASESORIA DE LA MTRA. DELIA SELENE DE  
DIOS DE PUENTE.**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO DE 1991**

## JUSTIFICACION

Si bien el consumo de drogas acompaña las diferentes etapas del desarrollo de la humanidad, es con la aparición de la producción capitalista que alcanza su mayor auge. Las evidencias más inmediatas de ello las dan los países más desarrollados de la sociedad -- burguesa en el siglo XIX y XX, respectivamente.

La primera explicación del consumo adictivo de drogas en la sociedad capitalista la da la medicina, por lo que el farmacodependiente pasa a ser considerado como un individuo afectado por un mal orgánico. Recientemente, el análisis marxista participa en el estudio de este fenómeno, aunque la forma en la cual instituciones especializadas recopilan esta información le dificulta el abordaje -- de este objeto de estudio, pues el enfoque médico determina en --- gran medida la manera en que se capta. Sin embargo, una explicación del consumo de drogas en la sociedad capitalista se encuentra en algunos de los textos básicos de los fundadores del materialismo histórico. En ellos se privilegia el análisis de las condiciones de existencia y su expresión en la lucha de clases.

En México, desde hace dos décadas se empieza a identificar el consumo de drogas como un problema social cuya manifestación y distribución son parecidas a las de una enfermedad infecciosa. Influenciadas con este enfoque, se han realizado diferentes encuestas para tratar de establecer la magnitud con que afecta a la población, restringiéndose a destacar el aspecto cuantitativo del fenómeno en estudio. Sin embargo, es necesaria la participación de diferentes corrientes teóricas en la interpretación de los resultados, pues -- esto puede contribuir al enriquecimiento de las alternativas tanto de investigación como de medidas para enfrentar el problema en -- cuestión.

Con base en el materialismo histórico y la experiencia de trabajo en una de las instituciones con más trayectoria en la atención de

este problema en México, se pretende hacer una argumentación de su desarrollo en la sociedad capitalista en general y en la mexicana en lo particular a la luz de la disciplina sociológica.

La situación del consumo de drogas en México de ninguna manera alcanza los niveles observados en países como Estados Unidos. Lo -- cual nos ubica en la necesidad de discutir el problema en sus dife-- rentes dimensiones, a fin de incidir en él preventivamente. El de-- sarrollo de investigaciones específicas pueden aportar al estable-- cimiento de un diagnóstico sobre la situación que guarda y tenden-- cias futuras a su vez, a identificar los diferentes factores de-- terminantes de su presencia.

## MARCO TEORICO

El consumo de drogas es reconocido como un fenómeno universal, no es nuevo, se le reconoce una antigüedad similar a la de la humanidad. Actualmente se estima en aproximadamente 4 000 las plantas - que contienen sustancias psicoactivas, 60 de las cuales han sido - de constante uso, en algún lugar del mundo, a través de la histo-- ria: cannabis, opio, coca, café, tabaco, alcohol, predominantemente 1/.

De este hecho histórico y de la necesidad de abordar la problemáti ca generada por el consumo con fines no médicos de drogas diferen tes al tabaco y el alcohol, se han derivado algunas conceptualiza ciones. Actualmente, el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud, ha provisto a la comunidad interesada de una definición, que es aceptada ampliamente y nos pa rece oportuno comentarla pues es a la que más se recurre:

Farmacodependencia. Estado psíquico y a veces físico cau sado por la interacción entre un organismo vivo y fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones - de comportamiento y por otras reacciones que comprenden - siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en for ma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación 2/.

Lo primero que podemos destacar de esta definición es su carácter ahistórico pues en cualquier época de la humanidad pudo haber farmacodependencia. El chamán de la comunidad primitiva por su condi-- ción de intermediario entre la divinidad y la colectividad recu-- rría frecuentemente al consumo de sustancias alucinógenas, princi-- palmente. Galeno, como médico de la corte, al curar cotidianamen te el malestar del emperador con pequeñas dosis de opio le ocasiona una fuerte adicción. A los acusados de practicar la hechicería durante la Edad Media, al untarse sus mezclas o beber los brebajes

"diabólicos" en el aquelarre, les pudo suceder lo mismo. El usuario moderno que se vuelve adicto a una sustancia específica, generalmente no la consume en un contexto médico o mágico-religioso, - ahora su consumo puede responder a necesidades evasivas de un modo en el cual no encuentra satisfacción a sus necesidades materiales y/o subjetivas. Ahora encontramos el consumo de drogas fuertemente asociado con la dominación capitalista. El poeta Pablo Nerú da narra de la manera siguiente su acercamiento al consumo de opio:

"... Había calles enteras dedicadas al opio... Sobre bajas tarimas se extendían los fumadores... Eran los verdaderos lugares religiosos de la India... No había ningún lujo ni tapicerías, ni cojines de seda... Todo eran tablas sin pintar, pipas de bambú y almohadas de loza -- china... Flotaba un aire de decoro y austeridad que no existía en los templos... Los hombres adormecidos no hacían movimientos ni ruido... Fumé una pipa... No era nada... Era un humo caliginoso, tibio y lechoso... Fumé -- cuatro pipas y estuve cinco días enfermo, con náuseas -- que me venían de la espina dorsal, que me bajaban del cerebro... Y un odio al sol, a la existencia... El castigo de opio... Pero aquello no podía ser todo... Tanto se había dicho, tanto se había escrito, tanto se había hurgado en los maletines y maletas, tratando de atrapar en -- las aduanas el veneno, el famoso veneno sagrado... Había que vencer el asco... Debía conocer el opio, saber el -- opio, para dar mi testimonio... Fumé muchas pipas, hasta que conocí... No hay sueño, no hay imágenes, no hay paroxismo... Hay un debilitamiento melódico, como si una nota infinitamente suave se prolongara en la atmósfera... Un decaimiento, una quietud dentro de uno... Cualquier movimiento, del codo, de la nuca, cualquier sonido lejano de carruaje, un bocinazo o un grito callejero, entra a formar parte de un todo, de una reposante delicia ... Comprendía porque los peones de plantación, los jornaleros, los rickshamen que tiran y tiran del ricksha -

todo el día, se quedaban allí de pronto, oscurecidos, in móviles... El opio no era el paraíso de los exotistas -- que me habían pintado sino la escapatoria de los explota dos... Todos aquellos de los fumaderos eran pobres día---blos... Sin duda existía allí un camino hacia el aniqui---lamiento... Los fumaderos tenían en la puerta su expen---dio autorizado, su número y su patente... En el interior reinaba un gran silencio opaco, una inacción que amorti---guaba la desdicha y endulzaba el cansancio... Un silen---cio caliginoso, sedimento de muchos sueños truncos que -- hallaban su remenso... Aquellos que soñaban con los ojos entre cerrados estaban viviendo una hora sumergidos deba jo del mar, una noche entera en una colina, gozando de -- un reposo sutil y deleitoso.

Después de entonces no volví a los fumaderos... Ya sabía ... Ya conocía... Ya había palpado algo inasible... remo tamente escondido detrás del humo <sup>3/</sup>.

En esta extensa cita del poeta se encuentran otros elementos, el -- principal es la relación explotado-explotador la cual queda clara---mente delineada. Aún cuando no encontremos fácilmente fumaderos de opio o, que no todos los usuarios de drogas sean jornaleros u obre ros desarrapados, queda claro como con base en la contradicción en tre proletarios y burgueses se debe estructurar una explicación -- del consumo de drogas en la sociedad capitalista.

Así pues, a fin de destacar el aspecto histórico del consumo de -- drogas, proponemos que el concepto de farmacodependencia sea apli---cado como concepto de análisis de fenómeno social, únicamente para la sociedad burguesa , pues en ella toma características de un pro blema estructural, como tal, tiene su origen en la constitución -- del modo de producción capitalista, dentro del cual no dejan de -- plantearse alternativas de solución, sin embargo, a lo más que lle gan es a atemperar su crecimiento y expansión; pero no se ve en el futuro una solución definitiva. Antes, por el contrario, el capi---

talismo parece estar determinado a tener en la farmacodependencia una compañía permanente.

Existe un amplio consenso respecto a lo que podríamos llamar la - destructividad social de la farmacodependencia en la población -- que consume de manera excesiva drogas. La adicción daña a los -- adictos, a sus familias y comunidades; es una amenaza directa a - la salud individual y pública y puede conducir a las conductas an - tisociales. Implica, a su vez, grandes pérdidas económicas para la población, pues aparte de que se constituye un cuerpo de espe - cialistas para tratar el problema desde diferentes instancias (l - gales, de salud, por ejemplo), además, de sus salarios reclaman - infraestructura específica. Otro elemento a destacar es que afec - ta la productividad laboral.

De ese consenso se pueden destacar tres aspectos fundamentales: lo. En ninguna forma de organización social precapitalista el con - sumo de drogas alcanza esa caracterización, ésta es únicamente -- aplicable a partir de la implantación del modo de producción capi - talista. La destructividad social es aceptada como un hecho por las diferentes clases sociales existentes. Antes de la domina-- ción capitalista el consumo de drogas no representó en sí una pro - blema social que tuviera que ser abordada por ser causa de -- problemas sociales.

2o. Mientras en el nivel individual y familiar el consumo de dro - gas es vivido como un drama que puede hacer que la sociedad margi - ne al afectado, para el capital es un problema de ganancias. Por un lado, el trabajador usuario se llega a ausentar de su trabajo o simplemente puede bajar su rendimiento; ocasionar un accidente laboral que daña su salud o estado de la maquinaria. Es decir, - tanto el capital variable como el constante pueden sufrir una men - gua improductiva que el capitalista se afana en evitar porque -- afecta sus ganancias.



Al igual que en el punto anterior, los efectos entre familiares - es un punto que tampoco es referido como problemático en las sociedades precapitalistas. Ni se observa una afectación de la actividad económica. Además existe una serie de controles sociales aceptados comunmente que establecen límites claros al consumo de drogas (ocasiones, edades, sexo, principalmente).

3o. La dualidad en el tratamiento del usuario de drogas es un tercer aspecto que conviene resaltar. Por un lado, es considerado como un enfermo necesitado de atención especializada. Por otro, es susceptible de ser tratado con dureza e incluso ser objeto de una manipulación ideológica donde se le utiliza como un ejemplo negativo que no debe ser seguido por la población no usuaria de drogas. "La lucha antidrogas es un pretexto para reforzar la represión social: cuadriculaciones policiales, pero además exaltación del hombre normal, racional, consciente, adaptado" <sup>4/</sup>. Se agitan a los ojos de la población imágenes monstruosas para reforzar la ideología de lo bueno y lo malo, el bien y el mal. Se plantean dos ideas del usuario de drogas: la de enfermo que tiende a incapacidad socioeconómica y la del posible criminal.

La idea del usuario de drogas como un enfermo obedece, en parte, a la necesidad del capital de rehabilitar la fuerza de trabajo -- que le puede ser útil. Igualmente, es a partir de la implantación de las relaciones sociales capitalistas que el consumidor de sustancias psicoactivas pasa por enfermo. El aspecto ideológico que mediatiza el conocimiento del problema de estudio es inherente a la sociedad capitalista. El fetichismo de las relaciones dominantes es otra de las características de la sociedad burguesa. Tanto el esclavo como el siervo sabe con claridad cual es la parte de su trabajo que le corresponde. En cambio la forma salario al aparentar el pago por el trabajo efectuado, oculta al obrero su situación de explotado. Así, el velo moralista que ubica al problema del uso de drogas como una dicotomía "bueno y malo", dificulta su comprensión y fomenta el desprecio de esta clase de indi

viduos, pues es lo malo en el consumo de sustancias referidas.

En resumen, es pertinente que el término farmacodependencia se aplique, en el campo de las ciencias sociales, para enunciar un fenómeno que se ha constituido en uno de los principales problemas del mundo. Como hemos visto, la forma que asume el consumo de -- drogas y las condiciones objetivas de su existencia son específicos de la sociedad capitalista. A la vez, como objeto de estudio se involucra el fetichismo de las relaciones sociales, problemática de conocimiento social que alcanza su máximo desarrollo actualmente.

**MARCO TEORICO: REFERENCIAS**

- 1. G.A., Austin. Perspective on the history of psychoactive substance use. p. IX.**
- 2. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 20o. Informe. p.15**
- 3. N. Pablo. Confieso que he vivido. Memorias. p.p. 113-114.**
- 4. F. Michel. "Más allá del bien y del mal". p.39.**

ETAPAS	SABER	HACER
DELIMITA-- CION DEL - TEMA	<p>El uso de sustancias psicoactiva<u>s</u> con fines tóxicos, toma ca<u>r</u>acterísticas de un fenómeno ma<u>s</u>ivo con la implantación del mo<u>d</u>o de producción capitalista.</p> <p>En la sociedad burguesa las con<u>d</u>iciones de existencia, es decir, las directamente asociadas a la dominación de la clase poseedora de los medios de producción, ge<u>n</u>eran entre otros problemas, el de la farmacodependencia.</p> <p>Actualmente se desarrolla una -- discusión sobre la naturaleza -- del fenómeno, en la cual el mate<u>r</u>ialismo histórico ha tenido poca participación, al menos en Mé<u>x</u>ico. Así pues, pensamos pertinente participar con un punto de vista sustentado en esta corrient<u>e</u> teórica.</p>	<p>Revisión de bibli<u>o</u>grafía sobre el te<u>m</u>a que nos permita establecer posibi<u>l</u>idades de desarro<u>l</u>lo y específica<u>ci</u>ón del mismo.</p>
OBJETIVOS - General	<p>Ofrecer una visión global del de<u>s</u>arrollo de la farmacodependen<u>ci</u>a en general y en la formación social mexicana en particular.</p>	<p>Destacar el contex<u>t</u>o histórico del - consumo de drogas en cada tipo gene<u>r</u>al de sociedad.</p>
- Especffi <u>ci</u> cos	<p>Establecer cómo ha sido el consu<u>m</u>o de drogas en diferentes eta<u>p</u>as del desarrollo de la socie<u>d</u>ad hasta el capitalismo.</p>	<p>Buscar y seleccio<u>n</u>ar encuestas, registros de aten<u>ci</u>ón</p>

ETAPAS	SABER	HACER
	<p>Analizar y criticar la forma en que se plantea la epidemiología del consumo de drogas en términos generales y específicamente en México.</p>	<p>ción, entre otras fuentes, que den cuenta de la magnitud del fenómeno.</p> <p>Exponer críticamente la forma dominante de hacer epidemiología del consumo de drogas.</p> <p>Ubicar el nivel de desarrollo de la sociedad mexicana y su posible correlación con el uso de drogas.</p>
<p>PLANTEA-- MIENTO GE NERAL DEL PROBLEMA</p>	<p>¿Cuáles son las características que asume el consumo de drogas en la sociedad capitalista?</p> <p>¿Cuál es la problemática social en la que se da el consumo de drogas en la sociedad capitalista?</p> <p>¿Existen diferentes formas del consumo de drogas socialmente determinadas?</p> <p>¿Cómo puede el consumo de drogas apoyar la dominación capitalista?</p>	<p>Destacar la contradicción fundamental del capitalismo.</p> <p>Exposición del consumo de drogas en sociedades precapitalistas y capitalistas.</p>

## ETAPAS

## SABER

## HACER

¿Cómo afecta al trabajador asalariado el consumo de drogas?

¿Afecta a la clase dominante el consumo de drogas? ¿Cómo? y/o --  
¿Por qué?

¿Cómo aborda la burguesía el consumo de drogas?

¿Qué es la epidemiología?

¿Cómo se aplica la metodología epidemiológica al consumo de drogas?

¿Puede el materialismo histórico participar en la discusión epidemiológica del consumo de drogas? ¿Cómo?

¿Es necesario que el materialismo histórico se involucre en la discusión?

¿Cómo se presenta el consumo de drogas en México?

¿Cuáles son los sectores poblacionales más afectados?

¿Qué tipo de drogas se consumen más en México?

¿Qué magnitud alcanzan?

Exponer críticamente las principales corrientes.

Exponer la forma como se estudia la farmacodependencia

Efectuar un análisis materialista de la epidemiología dominante.

Recopilar y analizar investigaciones sobre farmacodependencia en México.

Realizar análisis de investigaciones epidemiológicas.

ETAPAS	SABER	HACER
	El punto de vista del <u>capitalista</u> domina el estudio <u>epidemiológico</u> del consumo de drogas.	
- <u>Indicadores</u>	Indicadores de prevalencia tanto en encuestas poblacionales - como en registros específicos. a) Consumo alguna vez. b) Consumo en el último año. c) Consumo en el último mes.	Analizar las formas de referir la <u>magnitud del consumo</u> de drogas.
- <u>Universo</u>	Universo de trabajo para determinar la <u>magnitud del consumo</u> de drogas en México: <u>Investigaciones epidemiológicas</u> sobre consumo de drogas efectuadas en México desde - 1970.	Elaborar acervo de investigaciones.

**ESQUEMA DE TRABAJO**

- I. Marco histórico del consumo de drogas.**
  - 1.1 Sociedad primitiva
  - 1.2 Sociedad esclavista
  - 1.3 Sociedad feudal
  - 1.4 Sociedad capitalista
  
- II. Metodología epidemiológica.**
  - 2.1 Antecedentes históricos.
  - 2.2 Aplicación al estudio de la farmacodependencia.
  
- III. México 1960 - 1985**
  - 3.1 1960 - 1970
  - 3.2 1971 - 1980
  - 3.3 1981 - 1985
  
- IV. Desarrollo y situación de la farmacodependencia en México.**
  - 4.1 Formas de estudio
  - 4.2 Estudios epidemiológicos
    - a) En población escolar
    - b) En población de hogares
    - c) En población de instituciones de salud
  
- V. Conclusiones y Sugerencias.**



**I. BIBLIOGRAFIA BASICA GENERAL: DELIMITACION DEL TEMA, OBJETIVOS, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y METODOLOGIA.**

1. Austin, G.A. "Perspectiva on the history of psychoactive substance use". Washington D.C., National Institute on Drug Abuse, -- 1980.
2. Berh, H.G. "La droga, potencia mundial. El negocio del vicio" México, Ed. Planeta, 1981, p. 263.
3. Blum, R. and Associates. "Society and drug". Estados Unidos, - Jossey-Bass Inc. 1970<sup>3</sup>, p. 400.
4. Bühler, Johannes. "Vida y cultura en la Edad Media". México, - F.C.E., 1983, 3a. reimpresión, p. 291. Trad. Rocas, W.
5. Engels, F. "Del socialismo utópico al socialismo científico". Obras Escogidas, Marx y Engels, Tomo II, pp. 88-153. Ed. Progreso, Moscú.
6. Engels, F. "Ludwig Freuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana en Marx-Engels". Obras Escogidas, Tomo II, pp. 356-400 Moscú, Ed. Progreso.
7. Engels, F. "La situación de la clase obrera en Inglaterra". España, Ediciones Jucar, 1979, 1980, p. 271.
8. Engels, F. "El origen de la familia, la propiedad privada y el estado". Moscú, Ed. Progreso, 1970, p. 215.
9. Furst, P.T. "Los alucinógenos y la cultura". México, F.C.E. -- 1980, p. 341.

10. Godelier, M. "Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas". México, Ed. Siglo XXI, 1980<sup>3</sup>, p. 391.
11. Harner, M. "Alucinógenos y chamanismo". Madrid, Ed. Labor, -- S.A. 1976, p. 224.
12. Haining, P. (Ed). "El club del haschisch. La droga en la literatura". Madrid, Taurus Ediciones, S.A., 1976, p. 364.
13. Kramer, C.J. "The opiates: two centuries of scientific study". Journal of psychedelic drug, 12(2): 89-104, 1980.
14. Kramer, C.J. "From demon to ally - how mythology has and may yet, alter national drug policy". Journal of drug issues, 6(4): 390-406, 1976.
15. Levi-Strauss, C. "El pensamiento salvaje". México, F.C.E., - 1964, p. 415.
16. Lilienfeld, A.M. y Lilienfeld, D.E. "Fundamentos de epidemiología. Estados Unidos, Fondo Educativo Interamericano, Inc. 1983, pp. VI-341.
17. Marx, C. "El capital. Crítica de la economía política". México, F.C.E 1975, Séptima Reimpresión, Vol, I, p. 709.
18. Schneider, M. "Neurosis y lucha de clases". México, Ed. Siglo XXI, 1979, 2a. Edición, p. 381.

II. BIBLIOGRAFIA BASICA PARA UBICAR LA MAGNITUD DEL CONSUMO DE --  
DROGAS EN MEXICO.

1. Fuente de la, R., et. al. "Las adicciones en México. II. El --  
abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos", Salud Mental  
X(2); 14-21.
2. Medina Mora, Ma. E., Roberto Tapia, et. al. "Extensión del con-  
sumo de drogas en México. Encuesta Nacional de Adicciones. Re-  
sultados Nacionales", Salud Mental, XII(2): 7-12, 1989.
3. Medina Mora, Ma. E. "Epidemiología del consumo de medicamentos  
psicotrópicos y derivados de opio en el Distrito Federal. Te--  
sis de Maestría en Psicología, UIA, 1979.
4. Medina Mora, Ma. E., et. al. "Prevalencia del consumo de fárma  
cos en la Ciudad de la Paz, B.C.S. (A través de encuestas en -  
hogares)". Cuadernos Científicos Cemesam, 9: 92-105, 1978.
5. Medina Mora, Ma. E., et. al. "Prevalencia del consumo de fárma  
cos en la Ciudad de Puebla, Pue. (A través de encuestas en ho-  
gares)". Cuadernos Científicos Cemesam, 9: 108-121, 1978.
6. Medina Mora, Ma. E. "Estudio epidemiológico sobre el consumo -  
de medicamentos psicotrópicos y derivados del opio en la Ciu--  
dad de Nogales, Son.", Cemef, Informes Especiales.
7. Nátera, G. y Graciela Terroba. "Consumo de fármacos en la Ciu-  
dad de Monterrey, N.L. (A través de encuestas en hogares)", --  
Cuadernos Científicos Cemesam, 11: 101-122, 1979.
8. Terroba Garza, G. "Estudio epidemiológico sobre el consumo de  
drogas en el Distrito Federal. Tesis de Licenciatura en Psico-  
logía". UNAM, 1978.

9. Terroba, G., et. al. "Prevalencia del consumo de fármacos en la Ciudad de San Luis Potosí, S.L.P. (A través de encuestas - en hogares)". Cuadernos Científicos Cemesam, 9: 123-139, 1978
10. Unidad de Investigaciones Sociales. Centros de Integración Juvenil, A.C. Estudio Epidemiológico en Escuelas. México, 1981. Reporte Interno.

**CRONOGRAMA DE INVESTIGACION**

ACTIVIDAD	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
DISEÑO DE INVESTIGACION	*	*	*	*	*																			
RECOPIACION DE MATERIAL		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*							
MARCO HISTORICO DEL USO DE DROGAS			*		*	*	*	*																
METODOLOGIA EPIDEMIOLOGICO						*			*	*														
LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO									*	*			*	*	*	*	*							
FORMACION SOCIAL MEXICANA 1960-1985																	*	*	*	*	*			
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS																					*			
ENTREGA DE REPORTE																							*	

\* Semanas

## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS

Alvarez, Alejandro. La crisis global del capitalismo en México - 1968-1985. México, Era, 1987.

Arana Pastor, Jaime. Epidemiología general. Venezuela, Universidad de los Andes. 1971. t. 1

Arrijo Rojas, Rolando. Epidemiología básica. Argentina, Inter-Médica, 1982. 2a. ed.

Austin, G. A. Perspective on the history of psychoactive substance use. Washington, National Institute on Drug Abuse, 1980. Research Issues 24.

Behr, Hans George. La droga potencia mundial. El negocio con el vicio. México, Planeta, 1981.

Bloch, Marc. La sociedad feudal. La formación de los vínculos de la dependencia. México, UTEHA, S.A. de C.V., 1979, Col. Biblioteca de Síntesis Histórica. t. LII.

Blum, Richard and Associates. Society and drug. Estados Unidos, Ed. Jossey-Bass, Inc. 1970. 3a. ed.

Brudon, Pascale. ¿Medicamentos para todos en el año 2000? Las transacciones farmacéuticas frente al tercer mundo: el ejemplo de México. México, S. XXI, 1987.

Bühler, Johannes. Vida y cultura en la Edad Media. México, FCE, - 1946. 3a. reimpresión.

Castro Sariñana, María E. y Ma. de los Angeles Maya. Estudio sobre uso de drogas en una población de estudiantes universitarios. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980. Reporte Interno.

Clarac Rengade, Paule. Estudios acerca de la farmacodependencia en México, realizados por Paule Clarac. México, Centros de Integración Juvenil, 1990. Serie Investigadores Vol. 1.

Comisión Sobre el Desarrollo Futuro de las Relaciones México-Estados Unidos. El desafío de la interdependencia: México-Estados Unidos. México, FCE, 1988.

Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 19º informe. Ginebra, ONU, 1972. Serie Informes Técnicos No. 526.

Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 20º informe. Ginebra, ONU, 1974. Serie Informes Técnicos No. 551.

Comte, Augusto. La filosofía positiva. México, Porrúa, S.A. Col. Sepan Cuantos No. 340.

Coriat, Benjamin. El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. México, S. XXI, -- 1981. 3a. ed.

Chevaili Arroyo, Arturo, Juan Tuber O. y Gloria A. Champion. "Farmacodependencia a inhalantes", en Consejo Nacional Contra las -- Adicciones. Disolventes inhalables. México, Centros de Integración Juvenil, 1988, pp. 3-11.

Departamento de Investigación. Centros de Integración Juvenil. - Estudio epidemiológico en escuelas. México, s.e., 1981. Reporte interno.

\_\_\_\_\_ . Características demográficas de inicio en el consumo -

de drogas en asistentes a Centros Locales. Recuperación de archivos de 7 años. (1976-1982). México, s.e., 1985. Reporte inter no.

\_\_\_\_\_. Estudio epidemiológico 1987. México, s.e., 1991.

Dhont, Jan. La alta Edad Media. México, S. XXI, 1980. 10a. ed.

Dubos, René. El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico. México, FCE, 1975.

Engels, Federico. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscú, Progreso, 1970.

\_\_\_\_\_. "Ludwing Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana", en Marx-Engels, Obras Escogidas, T. II; Moscú, Progreso, 1971. pp. 88-153.

\_\_\_\_\_. "Del socialismo utópico al socialismo científico", en Marx-Engels. Obras Escogidas, T. II, Moscú, Progreso, 1971. pp. 88-153.

\_\_\_\_\_. "La situación de la clase obrera en Inglaterra. España, Jucar, 1980.

Estudio piloto, Mérida, Yuc. México, s.e., 1975. Mimeo.

Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México, S. XXI, 1975. 2a. ed.

\_\_\_\_\_. "Más allá del bien y del mal", en Microfísica del poder. España, Piqueta, 1979. 2a. ed., pp. 31-41.

\_\_\_\_\_. "Entrevista sobre la prisión: el libro y su método", - en Microfísica del poder. España, Piqueta, 1979. 2a. ed. pp. 103-110.



- Fox, Jhon P. Epidemiología. El hombre y la enfermedad. México, - Prensa Médica Mexicana, 1975.
- Furst, Peter T. Los alucinógenos y la cultura. México, FCE, 1980, Col. Popular No. 190.
- Garibay K. Angel Ma. Mitología griega. Dioses y héroes. México, Porrúa, S.A., 1971. 3a. ed. Col. S.C. No. 31.
- Gibson Hunt, León. Recent spread of heroin use in the United States: unanswerd, questiona. Washington, Drug Abuse Council, Inc. 1974.
- Gilly, Adolfo. "Drogas, capital y fronteras", en México, la larga travesía. México, Nueva Imagen, 1975. pp. 117-129.
- \_\_\_\_\_ . "México: dos crisis", en México, la larga travesía. México, Nueva Imagen, 1985. pp. 17-46.
- Godelier, Maurice. Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas. México, S. XXI, 1980. 3a. ed.
- Gómez Ventura, J. Jesús. La drogadicción en Irapuato, Gto. a partir de la década de los 70's. Tesis de licenciatura en Sociología; Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1984.
- Gorbachov, Mijail S. La perestroika y la nueva mentalidad para - nuestro país y el mundo entero. Habana, Política, 1980.
- Gramsci, Antonio. Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado moderno. México, Juan Pablos, 1975.
- Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la aplicación de la - cédula: "Informe individual sobre consumo de drogas. Tendencias

en el Area Metropolitana. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1988. No. 4.

Gullén Romo, Héctor. Orígenes de la crisis en México. Inflación y endeudamiento externo (1940-1982). México, Era, 1989. 4a. reim. presión.

Gutiérrez Garza, Esthela (ed.). Testimonios de la crisis. Reestructuración productiva y clase obrera. V. 1. México, S. XXI, -- 1985.

\_\_\_\_\_. Testimonios de la crisis. Los saldos del sexenio 1982-1988, V. 4. México, UAMI y S. XXI, 1990.

Haining, Peter (ed.). El club del haschisch. La droga en la literatura. Madrid, Taurus, 1976.

Harner, Michel. Alucinógenos y chamanismo. Madrid, Guadarrama, - 1976.

Homero. La odisea. México, Porrúa, S.A. 1980. Col. S.C. No. 4.

José Agustín. La tragicomedia mexicana 1. México, Planeta Mexicana, 1990.

Kieffer Sherman, N. "Sumation of conference", en Drug and employment. Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1974. Research Issues No. 1.

Levi-Strauss, Claude. El pensamiento salvaje. México, FCE, 1964. Breviarios No. 173.

Lilienfeld, Abraham y David E. Lilienfeld. Fundamentos de epidemiología. México, Fondo Educativo Interamericano, 1983.

MacMahon, Brian y Thomas Pug. Principios y métodos de epidemiología. México, La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1981. 2a. ed.

Marx, Carlos. El capital. T. I. México, FCE, 1975. 7a. reimpre---sión.

Marx, Carlos y Federico Engels. Obras escogidas. T. II. Moscú, -- Progreso, 1971.

Medina Mora, Ma. Elena y Ana Parra C. Gufa técnica para la realización de investigaciones epidemiológicas en farmacodependencia a través de encuestas en hogares. México, CEMEF, s.f.

\_\_\_\_\_. Estudios epidemiológicos sobre consumo de medicamentos psicotrópicos y derivados del opio en la ciudad de Nogales, Son. México, s.e., s.f. CEMEF Informes Especiales.

Medina-Mora, Ma. Elena y Zita Chao. "El problema de la farmacodependencia en México y la importancia de la recuperación de información, en Reunión sobre intercambio de estudios sobre farmacodependencia y alcoholismo. México, s.e., 1976.

\_\_\_\_\_. "Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México", en Inhalación voluntaria de disolventes industriales. México, Trillas, 1977.

\_\_\_\_\_. Epidemiología del consumo de medicamentos psicotrópicos y derivados del opio en el Distrito Federal. Tesis de maestría en psicología, UIA, 1979.

Menéndez, Eduardo. Morir de alcohol. México, Alianza y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990.

Monsiváis, Carlos. Amor perdido. México, Era, 1984. 8a. ed.

Nacional Financiera, S.A. La economía mexicana en cifras. México, NAFINSA, 1981.

. La economía mexicana en cifras 1990. México, NAFINSA, 1990. 11a. ed.

Natera, Guillermina y Graciela Terroba. "Consumo de fármacos en la ciudad de Monterrey, N.L. (A través de encuestas en hogares)". Cuadernos Científicos Cemesan, 11: 101-122, 1979.

Nelson, Jack E. et. al. (ed.). Guide to drug abuse. Research -- terminology. Washington. National Institute on Drug Abuse, 1982. Research Issues No. 26.

Neruda, Pablo. Confieso que he vivido. Memorias. México, Artemisa, 1985. Literatura Contemporánea No. 5.

Niveau, Maurice. Historia de los hechos económicos contemporáneos. España, Ariel, 1977.

Paz, Octavio. Pequeña crónica de grandes días. México, FCE, 1990.

Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. México, SPP, 1989.

Rello, Fernando. "La crisis agroalimentaria", en González Casanova y Héctor Aguilar C. México ante la crisis. El contexto internacional y la crisis. V. 1. México, S. XXI, 1985. 3a. ed.

Sánchez López, Ma. Luz y Yanga Villagómez V. Toxicomanía, capitalismo y desarrollo urbano: el caso de la ciudad de México. Tesis de licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1983.

Schneider, Michael. Neurosis y lucha de clases. México, S. XXI, 1979. 2a. ed.

Secretaría de Salud. Encuesta nacional de adicciones. Drogas. México, SSA, 1990.

Serna de la José, Janet, et. al. "Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989", en Anales 2. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991, pp. 183-1987.

Soria M. Víctor y Guillermo Farfán. "El deterioro del bienestar social y de la salud en México", en Gutiérrez Garza, Esthela -- (ed.). Testimonios de la crisis. Los saldos del sexenio 1982-1988. México, UAMI y S. XXI, 1990. pp. 139-177.

Torres Angeles, Sara A. y Ricardo Sánchez H. El adolescente farmacodependiente urbano ante la educación y el trabajo. México, - s.e. 1986. Reporte interno.

Trice Harrison, M. y Paule Roman M. "Spirit and demons at work: alcohol and other drugs on the job", en Drug and employment. Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1974. Research Issues No. 1. pp. 107-115.

U.S. Bureau of Census. Statistical abstract of the United States: 1987. (107 edition), Washington, 1986.

Vicary, Judith R. "Overview of drug abuse and employee. Assistance program at the workplace", en Drug abuse for employee assistance program professional, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1989. pp. 1-31.

Wellisch, David y Rey J. Hay. A cross-cultural study of the prevalence and correlates of student drug use in the United States and México, en International drug uses. Washington, National Institute on Drug Abuse, 1978. Research Issues No. 23. pp. 183-185.

#### PERIODICOS

El Financiero, 6 y 21 de agosto de 1991.

La Jornada Semanal, 5 de mayo de 1985, pp. 1-3.

La Jornada, 29 de junio de 1991, p. 2.

El Nacional, 7 de agosto, pp. 1 y 10.

Páginauno, 10 de agosto de 1986, pp. I y II.

#### REVISTAS

Campillo, Carlos, et. al. "Epidemiología del uso de drogas en México. Consideraciones teóricas y discusión de resultados de varias encuestas". Salud Mental II (1): 10-18, 1979.

Castro Sariñana, Ma. Elena. "Consumo de drogas en México. Patrones de uso en población escolar". Salud Pública de México, XX (5): 585-590, 1978.

\_\_\_\_\_. "Estudio sobre el uso de drogas y problemas asociados en una muestra de estudiantes del estado de Morelos". Salud Mental, II (3): 2-8, 1979.

\_\_\_\_\_. "Consumo de drogas en la población estudiantil de la Ciudad de México y su Area Metropolitana: subgrupos afectados y distribución de usuarios". Boletín de Estupefacientes, 32 (4): 33-42, 1980.

\_\_\_\_\_. "Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años del Distrito Federal y Zona Metropolitana: medición transversal 1980". Salud Pública de México, XXXI (5): 565-574, 1982.

\_\_\_\_\_. "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años". Salud Mental IX (4): 84-87, 1986.

Fuente de la, Ramón. "El ambiente y la salud mental". Salud Mental, II (1): 6-9, 1979.

\_\_\_\_\_. "El abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos". Salud Mental, X (2): 14-21, 1987.

Garza de la, Fidel, et. al. "Perfil del inhalador: estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal". Salud Mental, III (4): 4-21, 1980.

Intueldt Work, Susan. "Employee assistance today: structure, staffing, and utilization". Contemporary Drug Problems, XI (2): 203-222, 1982.

Kramer, C.J. "From demon to ally-how mythology has and may yet, alter national drug policy". Journal of Drug Issues, VI (4): 390-406, 1976.

\_\_\_\_\_. "The opiates: two centuries of scientific study". Journal of Psychedelic Drug, XII (2): 89-104, 1980.

Lafarga, Juan. "Encuesta sobre las actitudes del estudiante en una universidad privada de México ante el uso de drogas". Comunidad, IV (35): 7-92, 1972.

Loredo Silva, Ma. Teresa, et. al. "Uso de fármacos psicotrópicos en la población estudiantil universitaria". Salud Pública de México, XIX (5): 709-714, 1977.

Medina Mora, Ma. E. et. al. "Prevalencia del consumo de fármacos en la ciudad de Puebla (A través de encuestas en hogares)". Cua-

ernos Científicos Cemesan, 9: 108-121, 1978.

\_\_\_\_\_. "Prevalencia del consumo de fármacos en la ciudad de - La Paz, B.C. (A través de encuestas en hogares)". Cuadernos Científicos Cemesan, 9: 92-105, 1978.

\_\_\_\_\_. Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados nacionales". Salud Mental XII - (2): 7-12, 1989.

Molina, José. "los años perdidos". Nexos 121: 94-95, 1988.

Monsiváis, Carlos. "Para un cuadro de costumbres y de cultura y vida cotidiana en los ochenta". Cuadernos Políticos, 57: '83-100, 1989.

Paz Sánchez, Fernando. "La sin razón de la crisis agrícola en - México". Problemas del Desarrollo, XXII (84): 63-85, 1991.

Rojas, Estela, et. al. "Análisis regional del uso de drogas en - población estudiantil de México". Salud Pública de México, XXXIX (4): 331-344, 1987.

Sinkin Kolben, N. "Employer -and union- sponsored employe counseling programs: trends for the 1980s". Contemporary Drug Problems, XI (2): 181-201, 1982.

Terroba, Graciela, et. al. "Prevalencia del consumo de fármacos en la ciudad de San Luis Potosí (A través de encuestas en hogares)". Cuadernos Científicos Cemesan, 9: 123-139, 1978.

\_\_\_\_\_. "Prevalencia del uso de fármacos en la ciudad de Méxicalli, B.C. (A través de encuestas en hogares)". Cuadernos Científicos Cemesan, II: 12-143, 1979.

Los trabajos de John Snow sobre el cólera. Cuadernos CBS, No. 3, - 1985.