



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

" JUVENTUD Y TOXICOMANIA. UN FENOMENO MULTICAUSAL "
ANALISIS DESCRIPTIVO DEL CONSUMO DE
SUSTANCIAS TOXICAS EN LA JUVENTUD
MEXICANA URBANA Y DE SUS IMPLICA-
CIONES SOCIALES.

(1988 - 1992)

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

p r e s e n t a

SALVADOR ALVARADO GARIBALDI



Ciudad Universitaria, abril de 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

- 1. Juventud como realidad y concepto.**
 - 1.1. Factores socioeconómicos que intervienen en la generación y definición de la juventud.
 - 1.1.1. Juventud: entre lo biológico y lo social.
 - 1.1.2. Educación y juventud.
 - 1.1.3. Generación e identidad juvenil.
 - 1.1.4. Los medios de comunicación de masas y la juventud.
 - 1.1.5. Mercado de trabajo y gente joven.
 - 1.1.6. Exclusión, marginalidad y juventud.
 - 1.2. La juventud o las juventudes.
- 2. Las adicciones como problema social.**
 - 2.1. Conceptos básicos.
 - 2.2. Antecedentes: herencia histórica o mito mercantil.
 - 2.3. Un fenómeno multicausal.
 - 2.4. Las adicciones: más que un problema de salud pública.
 - 2.5. Juventud, salud y toxicomanía temprana.
- 3. Niveles de consumo de sustancias tóxicas en la juventud mexicana urbana.**
 - 3.1. El estudio de las adicciones en México.
 - 3.2. Los datos recientes.
 - 3.2.1. Ingesta alcohólica.
 - 3.2.2. Uso de drogas.
 - 3.2.3. Consumo de tabaco.
 - 3.3. Efectos en la salud de los jóvenes.
- 4. La respuesta social.**
 - 4.1. Una sociedad que se organiza.
 - 4.1.1. Alcohólicos Anónimos.
 - 4.1.2. Centros de Integración Juvenil.
 - 4.1.3. Drogadictos Anónimos.
 - 4.2. Educación para la Salud: Prioridad a la prevención..
 - 4.2.1. La relación Interinstitucional.
- 5. A modo de conclusiones.**
- 6. Bibliografía.**

I. INTRODUCCION.

El consumo masivo de sustancias tóxicas es actualmente un hecho indisoluble de nuestra vida cotidiana, por lo menos en el presente y en el futuro inmediato.

El fenómeno se presenta en casi todas las sociedades modernas y son los jóvenes quienes constituyen los conglomerados mayoritarios de usuarios de drogas.

Ante esta situación se imponen una serie de interrogantes: ¿A qué obedece que sean precisamente los jóvenes quienes manifiestan los mayores índices de consumo de sustancias tóxicas? ¿A qué se debe que la mayoría de los adictos se inicien en esta práctica a edades tempranas? ¿Cómo ha reaccionado la sociedad en general y las instituciones gubernamentales en particular ante este hecho? ¿Cómo detectar las causas del problema y cómo saber si en verdad se está haciendo algo por resolverlo? ¿Son las adicciones una herencia histórica y cultural de las sociedades antecesoras, o son un fenómeno de los tiempos modernos? ¿Cuáles son los niveles de consumo, específicamente en la juventud mexicana? ¿Es posible hablar de la juventud como una totalidad, o es más pertinente aludir a las juventudes? ¿Cómo repercuten las toxicomanías, en el cuadro general de la salud pública? etc., etc.

Al plantearnos la elaboración del presente trabajo, nos fijamos como propósito fundamental el intentar responder a éstos cuestionamientos, pues no obstante a las dimensiones que ha cobrado el fenómeno, éste sigue siendo un espacio poco explorado en términos globales, dado que uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos para el análisis de las adicciones estriba en la ausencia de estudios sistemáticos, periódicos y de alcance nacional, hasta antes de 1988, fecha en que se realizó la primera **Encuesta Nacional de Adicciones** en nuestro país (en realidad este vacío no fue cubierto hasta 1990 año en que se publicaron los resultados de la citada Encuesta). Los anteriores estudios, que son muchos y muy valiosos, lamentablemente se caracterizan por ser fragmentarios e incompletos o por ser muy específicos de determinados sectores (estudiantes, población

hospitalizada, detenidos, etc.) y cuyas muestras son muy reducidas, lo que dificulta las generalizaciones.

Las adicciones como problema social se articulan con base en una red multicausal de factores tanto individuales como sociales que se han agudizado en los años recientes y de los cuales, a nuestro parecer, se destacan por su relevancia: la incertidumbre y la falta de expectativas para amplios sectores sociales (principalmente jóvenes); la insuficiencia de empleos; de acceso al sistema educativo; la migración; la desintegración familiar; los procesos de transculturación; y la influencia creadora de patrones de consumo, entre otros.

Aunado a lo anterior debe señalarse la existencia en la sociedad de una ética -sui géneris- que por un lado presta gran atención a las medidas nacionales e internacionales adoptadas para el combate a la drogación y sus implicaciones y por otro, observa con beneplácito la libre producción de bebidas etílicas, así como la desorbitada publicidad en los medios de comunicación a fin de incitar al consumo, no obstante de los enormes estragos que produce.

Abordamos entonces a las adicciones como un **problema social**, y conceptualizamos a los problemas sociales como aquellos que existen a partir de que la sociedad toma conciencia de que una determinada **situación social** constituye un mal actual, situación que puede ser transformada o mejorada solamente a través de la **acción colectiva**.*

La situación social es aquella que se integra por los siguientes factores: a). La proximidad espacial de los sujetos que componen el grupo (en nuestro caso los jóvenes), aunque por sí sola no determina forzosamente particulares formas de interacción, sí puede condicionar algunas de éstas; b). Las necesidades y expectativas homogéneas que experimentan los integrantes del grupo; c). El medio físico circundante; d). Las condiciones fisiológicas en que se encuentren los componentes del grupo (en este sentido destacan los desajustes psicosociales que se presentan en la

* Véase: **Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales**. Tomo III, Ed. Planeta-Agostini, España, 1987, p. 1777-1778.

transición de la niñez a la adolescencia y de ésta a la vida adulta); y e). Las concordancias culturales.

En tanto que por acción colectiva entendemos el esfuerzo mutuo y simultáneo de personas o grupos de personas con el propósito de cambiar temporal o permanentemente una situación social determinada.**

Así pues, no existe problema social si la gente no lo siente, si no tiene conciencia del mismo. Al conceptualizar a las toxicomanías como problema social asumimos entonces, que la sociedad tiene conciencia -(que se expresa en la prensa, las leyes, las movilizaciones sociales, los organismos públicos, privados y civiles, la opinión pública, etc.)- de que éstas constituyen una situación social de crisis, que solamente puede ser atenuada o transformada por medio de la acción colectiva.

La drogodependencia, por la gravedad y complejidad que le caracterizan, requiere ser abordada con la mayor objetividad posible, desechando mitos y prejuicios a fin de aplicar el mayor rigor posible en el análisis, con ese ánimo hemos realizado el presente trabajo de investigación que dividimos en cinco apartados.

En el primero de ellos, realizamos un análisis de los diferentes elementos biológicos y sociales, que conforman a la juventud, se reflexiona en torno al surgimiento de la juventud como realidad social y a la evolución del concepto y sus diferentes acepciones.

El capítulo segundo versa sobre las toxicomanías como problema social, explora los antecedentes en las sociedades predecesoras, y se discurre en relación a las causas del fenómeno desechando el que éste sea producto de conductas desviadas, argumentando en favor de una interpretación que ve en la drogodependencia la expresión decadente de una sociedad clasista, injusta, intolerante y cada vez más individualizada y cosificante. En suma se analiza la situación social de las toxicomanías y su relación y efectos con la juventud.

** *Op. cit.* p. 35 y 1778.

Los niveles de consumo de sustancias tóxicas en la juventud urbana de nuestro país y sus repercusiones en la salud, es el tema del tercer apartado. Para tal efecto se consultaron las fuentes más recientes y se elaboraron una serie de cuadros estadísticos que permiten el cruzamiento de diversas variables y parámetros cuantificables.

La división número cuatro del trabajo se refiere a las diversas manifestaciones de reacción y organización sobre el particular, que ha tenido nuestra sociedad. Se diserta sobre los niveles de organización y el surgimiento, consolidación y funcionamiento de las asociaciones civiles más representativas avocadas al fenómeno y se reflexiona en torno a las políticas y programas del sector público en la materia, poniendo énfasis en el trabajo interinstitucional y preventivo.

Por último, en el quinto apartado más que manejar una serie de conclusiones tajantes, se resumen algunos de los elementos que consideramos más relevantes, se discurre en relación a los alcances y objetivos de las acciones y programas hasta ahora instrumentados y se aventuran algunas hipótesis que dejan abierta la discusión.

En suma, tenemos claro que un tema tan vasto e intrincado y en el cual se involucran múltiples factores e intereses, no puede agotarse con un trabajo como el presente, pero si se puede, estamos ciertos, contribuir a enriquecer la discusión y plantear nuevos derroteros.

1. JUVENTUD COMO REALIDAD Y CONCEPTO.

Al referirnos a la juventud como concepto, estamos obligados a realizar múltiples precisiones, pues éste varía según el espacio temporal y el lugar de que se trate. No es lo mismo ser un joven estudiante del ITAM, miembro de una familia económicamente solvente y habitante de una colonia residencial, que ser un joven desempleado de Cd. Nezahualcóyotl o de cualquier espacio marginal. Tampoco es lo mismo haber vivido la edad de juventud durante el desarrollo estabilizador, época de crecimiento e impulso modernizador, que vivir la etapa juvenil en el contexto de la crisis de los años ochenta, como seguramente tampoco lo será vivirla en el escenario creado en torno al Tratado de Libre Comercio.

Así, determinados contextos sociales, como determinadas etapas históricas, marcan realidades diferentes en relación al concepto juventud, de lo que se desprende que se trata de un concepto en continua elaboración en la que influyen una extensa gama de situaciones; las condiciones económicas, el sistema educativo, la familia, las políticas del Estado, las aportaciones de los propios protagonistas, y hoy, en la época de cambios vertiginosos e información continua y abundante que nos ha tocado vivir, de manera preponderante: los medios de comunicación de masas.

1.1 Factores socioeconómicos que intervienen en la generación y definición de la juventud.

Tal como señalamos con antelación, en la generación de la juventud convergen una gran diversidad de factores sociales, económicos y culturales, de los cuales ninguno por sí mismo puede dar una definición acabada de la juventud, por ello es pertinente la exploración de los elementos -a nuestro juicio fundamentales- que nos permitan la comprensión de la realidad juvenil no como un fenómeno acabado y homogéneo, sino por el contrario, como un hecho en constante cambio y diversidad.

1.1.1. Juventud: entre lo biológico y lo social.

La juventud como hoy la concebimos es un fenómeno relativamente reciente, hasta antes del industrialismo europeo era un privilegio de las élites gobernantes y su existencia respondía a la necesidad de un período de formación para el desempeño de las responsabilidades adultas de mando que les estaban reservadas en el gobierno, la religión, el ejército, etc. Para el resto de la población, el tránsito de la niñez a la vida adulta se materializaba sin ninguna etapa intermedia. Al respecto, Antonio Solís Sánchez expresa:

"En la antigüedad sólo existía el período de juventud, definido como acceso a una etapa intermedia de preparación para una pequeña élite. La característica fundamental del interés por la juventud era la de preparar a los jóvenes provenientes de los grupos sociales dominantes para el reemplazo progresivo en las funciones directivas de la sociedad."(1) Tal explicación se complementa con las aportaciones de los investigadores alemanes Klaus Allerbeck y Leopold Rosenmayr, quienes afirman: "... en modo similar a los pueblos primitivos, encontramos también en las sociedades arcaicas una nítida separación entre la infancia y la adultez; una fase intermedia, la "juventud", no está prevista. Esto interesa a la sociología juvenil sólo en tanto refuta contundentemente la errónea concepción de la juventud como una categoría cuasi natural."(2)

El carácter reciente del fenómeno juvenil, ha sido expresado de manera reduccionista por el sociólogo británico Frank Musgrave, sin embargo, su planteamiento nos ilustra en el sentido de la percepción que tienen diversos estudiosos de la fase juvenil como un

(1) Antonio Solís Sánchez. "Reflexiones Teóricas sobre el Concepto de Juventud". En: **Revista de Estudios sobre la Juventud**. In **Telpochtli**, in **Ichpuchtli**, Ed. CREA, Año 1, NO. 1, Agosto 1981. p. 1.

(2) Klaus Allerbeck y Leopold Rosenmayr. **Introducción a la Sociología de la Juventud**. Ed. Kapeulsz, Buenos Aires, Argentina, 1979, p. 158.

acontecimiento de los tiempos modernos, sostiene al respecto: "El joven fue inventado al mismo tiempo que la máquina de vapor. El principal constructor de la máquina de vapor fue Watt en 1765; el del joven fue Rousseau en 1762."(3)

Es claro que el desarrollo del industrialismo y la expansión del capitalismo trajo como consecuencia una mayor complejidad del proceso productivo y con ello la necesidad de mayores niveles de calificación. Esta situación hizo posible la existencia de un período de la vida, en la cual se postergará la incorporación a las actividades productivas de amplios sectores sociales y en específico de determinados grupos étnicos.

En América Latina el fenómeno es aún más reciente, pues la "juventud" como período extendido a la mayoría de los sectores de la sociedad, existe hasta mediados del presente siglo, debido principalmente a la incorporación masiva de los estratos medios a la educación; el inicio del proceso de modernización e industrialización; y la tendencia creciente a la urbanización.

En relación al carácter cronológico de la juventud, aún a la fecha persiste una gran polémica, la Organización de las Naciones Unidas establece que la población joven es aquella que va de los 15 a los 24 años de edad, a su vez para los países de la Comunidad Económica Europea el rango es de 15 a 29 años, y para algunos países centroamericanos como Honduras es de 12 a 24, o de 10 a 24 en el caso de Costa Rica, en tanto que para México, recientemente el período se ha extendido de los 12 a los 34 años de edad. (ver cuadro).

(3) Frank Musgrove. Citado por: Allerbek y Rosenmayr, *Op. cit.* p.26.

CUADRO
PERIODO DE EDAD PARA LA DELIMITACION JUVENIL Y EDAD EN
QUE SE ADQUIERE LA MAYORIA DE EDAD.

PAISES	EDADES	MAYORIA EDAD
Comunidad Económica Europea(1)	15 a 29	N.D.
Costa Rica(2)	10 a 24	18
Cuba(2)	15 a 24	16
El Salvador(2)	15 a 24	18
Honduras(2)	12 a 24	18
México(3)	12 a 34	18
Nicaragua(2)	15 a 29	16
Panamá(2)	15 a 24	18
Puerto Rico(2)	15 a 29	18

Fuente: 1.- Memoria 1990, del Instituto de la Juventud de España. Inst. de la Juventud, Ministerio de Asuntos Sociales, España, 1ra. Edición 1991. p. 12-13.

2.- Situación de la Juventud en América Central, México, Cuba y Puerto Rico. CEDAL-Inst. Inves. Soc. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. 1990.

3.- Programa de Atención a la Juventud. 1990-1994. D.G.A.J., C.N.D. México, 1990, p. 4

Sin embargo, desde un enfoque sociológico, la juventud no puede ser definida únicamente como un segmento cronológico incluido en un determinado rango de edad, pues de acuerdo a los planteamientos de Roberto Brito Lemus y otros investigadores, es necesario distinguir entre el componente biológico y el social existente en el concepto juventud, a fin de evitar la posible confusión de considerar pubertad y juventud como sinónimos, dado que mientras la pubertad responde a la reproducción biológica, la juventud es parte fundamental del proceso de reproducción social.(4)

(4) Véase: Roberto Brito Lemus; Héctor Cifuentes García; y José Antonio Pérez Islas. "El desborde los espacios: Interpretación y presencia de los jóvenes mexicanos." En:

Allerbeck y Rosenmayr, expresan en el mismo orden de ideas que: "La diferencia más importante entre la pubertad y la fase juvenil ha de verse en que la primera es una etapa de maduración del individuo humano ampliamente determinada por leyes fisiológicas y, si bien es modificada sociológicamente, se encuentra supeditada básicamente a los procesos biológicos. En cambio, la fase juvenil se ve determinada de una manera decisiva y fundamental por factores sociales."(5)

En este sentido, el componente etéreo de la juventud debe ser considerado en un contexto socioeconómico y cultural determinado, pues si bien es incuestionable que en todas las sociedades la edad es básica para definir socialmente a los seres humanos, así como para el establecimiento de sus relaciones y la asignación diferenciada de sus actividades, también es claro que no todos los individuos en edad joven, viven por igual el período de juventud. Al respecto, los autores alemanes recientemente citados, en su libro **Introducción a la Sociología de la Juventud**, retoman las observaciones de Siegfried Bernfeld y Paul Lazarsfeld y nos señalan: "En la sociedad actual no encontramos una figura idéntica de la juventud en todos los estratos: si bien es cierto que para los niños de la clase media alta la juventud es una fase natural de la vida, no sucede lo mismo con los niños de las clases inferiores ni siquiera en la moderna sociedad industrial. Ya a principios de siglo Siegfried Bernfeld señaló este estado de cosas, hablando de la **pubertad extendida** en las clases superiores (...); Paul Lazarsfeld completó esta idea a fines de la década del veinte al señalar la **pubertad abreviada** del joven proletario*. Si bien, desde principios del siglo ha habido en la mayoría de las sociedades

Revista de Estudios sobre la Juventud. In Telpochtli, in Ichpuchtli, Ed. CREA, Tercera Epoca, No. 1, Ene-Abr. 1988, p.51

(5) *Op. cit.* p. 24.

* No obstante que ambos autores, tanto S. Bernfeld como P. Lazarsfeld, hacen uso del concepto pubertad como sinónimo de juventud, situación con la que hemos ya establecido nuestro desacuerdo, para efecto de ilustrar la diferenciación del período juvenil, en virtud del nivel socioeconómico de pertenencia, la cita es de gran utilidad.

industriales una cierta ampliación del período de juventud, sigue habiendo diferencias bastante drásticas entre las capas sociales en lo que se refiere a la existencia de una fase juvenil"(6)

Resumiendo podemos afirmar que la juventud es un fenómeno relativamente reciente, que no se circunscribe a un rango de edad homogéneo para todas las sociedades y que, de igual forma es imposible hablar de la existencia de "una sola juventud", pues la gente en edad joven vive esta etapa de la vida en virtud de una serie de factores que le son condicionantes: su nivel socioeconómico, educativo, cultural, etc.

1.1.2 Educación y Juventud.

En párrafos anteriores hemos ya afirmado que la educación es uno de los factores principales en la generación de la juventud como fenómeno extendido al grueso de la sociedad.

Si bien en un primer momento, el desarrollo capitalista demandó la incorporación temprana y masiva a las actividades laborales, incluso de mujeres y niños, el propio desarrollo industrial al volverse más complejo, fue marcando cada vez mayores exigencias en los niveles de calificación para el trabajo. Ello hizo posible la escolarización creciente de diversos sectores sociales.

En países como México, a raíz de la instauración del período sustitutivo de importaciones en la década de los cincuentas, se desencadenó un fenómeno masivo y persistente de migración campo-ciudad; se modificó la estructura del empleo en las crecientes zonas urbanas y; paralelamente, el desarrollo de nuevas áreas de la economía requirió una cada vez mayor especialización, situación que hizo posible que un número cada vez mayor de individuos de corta edad se incorporará al proceso educativo, así: "... la acción del sistema educativo privilegió la acción sobre los jóvenes, logrando su

(6) *Op.cit.* p.26

incorporación masiva y reduciendo significativamente el analfabetismo juvenil..."(7)

Sin embargo, no puede pensarse que el sistema de enseñanza haya beneficiado a todos los sectores sociales por igual. Es claro que durante el "Desarrollo Estabilizador" (1958-1970) en nuestro país, la escuela fue el principal instrumento de movilidad social y uno de los principales reproductores de identidad juvenil y generacional, empero el agotamiento de dicho modelo produjo la agudización de las insuficiencias del sistema educativo haciéndolo cada vez más inaccesible y excluyente para un crecido número de personas en edad joven, de tal suerte, que de manera adicional a la educación escolarizada se han constituido otros elementos generadores de juventud.

1.1.3 Generación e identidad juvenil

Los diversos pensadores que se inscriben dentro de las teorías relativas al concepto de "generación" sostienen que la vida de los sujetos puede dividirse y analizarse en períodos tales como; la niñez, la juventud, la vejez, etc. Así, desde finales del siglo pasado y durante la primera mitad del presente, se han elaborado diversos planteamientos que intentan el estudio del acontecer social con base en el concepto de generación. "William Dilthey es uno de los primeros en utilizar el término **generación** refiriéndose a un número de individuos que forman una unidad homogénea por haber experimentado los mismos hechos y cambios en un período susceptible de sus vidas. Dilthey y Heidegger consideraban que las generaciones se desarrollaban por impulsos internos de tal modo que cada generación formaba su tiempo interno."(8)

(7) Ernesto Rodríguez y Bernardo Debezies. **Primer Informe sobre la Juventud de América Latina, 1990**. Conferencia Iberoamericana de Juventud, España, 1991. p.56

(8) Antonio Solís Sánchez. *Op.cit.* p.2-3.

En el mismo sentido, el filósofo español José Ortega y Gasset especifica: "El individuo está adscrito a su generación, pero la generación está no en cualquier parte -utópica y anacrónicamente-, sino entre dos generaciones determinadas. Lo mismo que en nuestra vida individual, el acto que ejecutamos ahora; por tanto, lo que ahora somos, asume un trozo irreparable del término definido que va a durar nuestra existencia, así cada generación representa un trozo esencial, intransferible e irreparable, del tiempo histórico, de la trayectoria vital de la humanidad."(9)

Por su parte Karl Mannheim sostiene que cada generación marca el ritmo histórico representando la fuerza dinámica de la vida del grupo, y agrega que cada generación entabla un conflicto con las generaciones que le antecedieron, "... Mannheim plantea aseveraciones teóricas (...) estimando que los nuevos valores se encuentran en la base de cada generación. Para él, la generación tiene conciencia de clase propia, la falta de sincronismo entre las conciencias de personas jóvenes y maduras produce el conflicto de generaciones."(10)

Desde tales perspectivas cada generación cobra homogeneidad y unidad en virtud de una serie de valores, pautas conductuales y etapas histórico-sociales que les corresponde vivir, fenómenos tales como las guerras, las convulsiones políticas, la televisión, la crisis económica, la revolución científico-tecnológica, etc., inciden de manera decisiva para generar la identidad de determinados conglomerados juveniles, en palabras de Edgar Montiel, compilador de **Juventud de la Crisis:**

"Las generaciones viven su época, comparten grandes o pequeñas experiencias colectivas, son impactadas por los mismos sucesos: una revolución, el Rock, Ché Guevara, John Lennon, Mafalda, el

(9) José Ortega y Gasset. **En torno a Galileo**, Obras completas, Tomo V, p.45. Tomado de: Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales, Tomo II, Ed. Planeta-Agostini, España 1987, p. 941.

(10) Antonio Solís Sánchez. *Op.cit.* p.3

misticismo, Travolta, el consumo, la liberación sexual, la televisión, el automóvil, la informática, la bomba nuclear, etc. Adquieren similares actitudes y valores por la función masificante de los medios de comunicación."(11)

Al respecto es importante señalar, que si bien es innegable que los sujetos comprendidos en un determinado rango de edad pueden compartir una serie de valores, de expectativas y de pautas conductuales comunes y que éstos pueden entrar en confrontación con los propios de otros grupos generacionales, también es cierto que los conflictos y los cambios sociales no pueden ser explicados exclusivamente por el enfrentamiento y relevo generacional sin atender a los factores de carácter económico y principalmente de carácter cultural que diferencian a los grupos sociales al margen de la clasificación etárea, pues es claro que no todos aquellos sujetos de una misma edad poseen el mismo código de valores, ni comparten las mismas expectativas, ni son impactados de manera idéntica por los acontecimientos que les corresponde vivir.

De tal suerte, los valores y expectativas compartidos por los grupos generacionales pasan también por una posición socioeconómica y un nivel cultural afín, esto sin descartar la posibilidad de que casos de excepción puedan generar en torno suyo la movilización colectiva y consensuada de diversos grupos diferenciados socioeconómicamente e incluso generacionalmente.

1.1.4 Los medios de comunicación de masas y la juventud.

No es posible soslayar que tanto los medios de comunicación de masas, como el mercado de consumo se constituyen en instrumentos claves en la extensión del fenómeno juvenil, pues tal como manifiestan los investigadores sociales Ernesto Rodríguez y Bernardo Dabezies: "... la socialización operada a través de los medios masivos

(11) Edgar Montiel. (Compilador) **Juventud de la Crisis.** CEESTEM. Ed. Nueva Imagen, México 1985. 1ra. Edición. p. 34.

de comunicación y la transformación de pautas por influencia del mercado de consumo ha hecho posible la universalización prácticamente total del fenómeno de juventud..."(12)

Por tanto, los medios de comunicación de masas han posibilitado la conformación de una identidad juvenil, vía telecomunicaciones, impresos e imágenes estereotipadas que más de las veces no son producidas por los propios protagonistas, sino de acuerdo a intereses manipuladores y comerciales. El investigador mexicano Roberto Brito Lemus sostiene que en tales circunstancias "... la juventud es un nuevo producto que se puede vender social, política, deportiva, ideológica y hasta comercialmente. La noción de juventud se asocia a lo bonito, lo inocente, lo jovial, lo travieso, etc., se intenta crear una **imagen de juventud a imagen y semejanza** de una sociedad ideal, sin contradicciones ni problemas, donde todos éstos estén resueltos, o más bien, no existan."(13)

A su vez, Raúl Olmedo maneja una hipótesis en los siguientes términos "... los comportamientos definidos o que reconocemos como de juventud, son producidos por la sinapsis que se establece entre los medios de comunicación de masas y ciertos sectores de población juvenil. Sinapsis que se traduce en comportamiento juvenil y que deviene en comportamiento social.(14)

A fin de complementar estas ideas es conveniente mencionar a los ya multicitados Rodríguez y Dabezies, quienes aducen: "La acción del mercado y de los medios de comunicación ha llevado a conformar tipos de juventud estandarizados e internacionalizados de forma tal que un joven de Lima o de una localidad remota del Norte brasileño se vistan igual que un joven de Frankfurt o New York, y quizás

(12) Ernesto Rodríguez y Bernardo Dabezies. *Op.cit.* p.60

(13) Roberto Brito Lemus. "La polisemia de la noción de juventud y sus razones: una aplicación histórica". En: *Revista de Estudios sobre la juventud. In Telpochtli, in Ichpuchtli*, Ed. CREA, Nueva Epoca, No. 5, Ene-Mar. 1985, p. 66.

(14) Raúl Olmedo, citado por: Rodríguez E. y Dabezies, B. *Op. cit.* p.61

compartan los mismos gustos musicales y vean los mismos programas televisivos, creando la ilusión de que pertenecen a una misma configuración social."(15)

1.1.5 Mercado de trabajo y gente joven.

En relación al mercado de trabajo, Klaus Allerbeck sostiene que éste actúa como generador de juventud, desde el momento que sustituye al sistema educativo en su función de distribuir jerárquicamente a la población, y que lo reemplaza también al momento de transformarse para muchos en una experiencia de aprendizaje social. Tal orden de cosas, continúa el autor, propician que el mercado de trabajo, ante la imposibilidad de absorber toda la mano de obra disponible, contribuya a la permanencia de los jóvenes dentro del sistema educativo, extendiéndose de esta manera el período de juventud.(16)

Para la investigadora María de Ibarrola, la falta de correspondencia entre el mercado de trabajo y el sistema educativo se traduce en lo que ella denomina la **devaluación de la escolaridad**, situación que propicia una estancia más prolongada en el sistema escolar. Manifiesta al respecto: "En la medida en que hay más personas con escolaridad y no evolucionan las oportunidades de empleo se plantean artificialmente requisitos más elevados para otorgar los mismos empleos, es decir, se **devalúa** la escolaridad".(17) En el mismo orden de ideas José Antonio Pérez Islas sostiene que: "... el sistema educativo va modificando su función de reproducción técnica y social de la fuerza de trabajo, y se convierte más bien en un instrumento para retardar el vuelco masivo de la juventud sobre el mercado de trabajo incapaz ya de absorber una oferta de mano de obra cualificada, de esta manera se prolonga la estancia en el sistema formal de enseñanza. Por otra parte, la educación va perdiendo su

(15) Op.cit. p.60-61.

(16) Klaus Allerbeck. Citado por: Rodríguez y Dabezies. Op. cit.p.61

(17) María de Ibarrola,

carácter clasificatorio pues en la medida en que el sistema educativo se masifica y pierde su carácter selectivo, la función de distribuir jerárquicamente a la población se traslada casi íntegramente al mercado de trabajo."(18)

De lo anterior se concluye que el mercado laboral tiene un efecto bidireccional para la gente de determinados rangos de edad, por un lado, al propiciar que el sistema formal de enseñanza se convierta en un muro de contención para la demanda de empleo, prolonga el período estudiantil de quienes tuvieran acceso al sistema, y por otro lado, para quienes están al margen del sistema educativo, el mercado laboral es cada vez más excluyente.

1.1.6 Exclusión, marginalidad y juventud.

En apariencia resulta paradójico pensar que la marginalidad y la exclusión puedan ser generadoras de juventud, sin embargo la penetración de valores y pautas conductuales, principalmente a través de los medios de comunicación de masas, el contacto con el ámbito urbano, la imposibilidad de disfrutar los beneficios del desarrollo, el impedimento de participar en las decisiones del mundo adulto, etc., son generadores de lazos de identidad entre los sujetos que padecen tal orden de cosas. Al respecto los autores del **Primer Informe sobre la Juventud de América Latina** sostienen: "... la penetración del mercado y de los medios de comunicación (...), la cotidianidad del contacto urbano, la marginación de los beneficios del desarrollo, la conformación de una cultura propia desde la marginalidad, han llevado a sectores juveniles, a identificarse desde la exclusión, constituyéndose en actores en su contexto, convirtiéndose en la **otra** juventud, la juventud popular urbana emergente en la década de la

(18) José Antonio Pérez Islas. "La problemática Educativo-Ocupacional en la Juventud. "Factores generadores de juventud." En: **Revista de Estudios sobre la Juventud. In Telpochtli, in Ichpuchtli**, Ed. CREA, Año 2, No. 6, Septiembre 1982, p. 64.

crisis, y actor tan relevante como lo fue la estudiantil en décadas anteriores."(19)

Desde esta perspectiva se hace necesario establecer las diferencias entre marginalidad y exclusión, así como hacer ciertas precisiones a los señalamientos de los autores citados, pues si bien es cierto que durante la década pasada se da un incremento sustancial de individuos en edad joven que han sido excluidos de los beneficios del desarrollo, lo que ha propiciado el surgimiento de lo que diversos autores llaman el "actor emergente", también es irrefutable, por lo menos en nuestro país, la existencia en décadas anteriores a la crisis de los ochentas, de amplios grupos de jóvenes en condiciones de marginalidad cuya conducta ha sido importante en el ámbito de la sociedad en general.

Fred Mahler en su trabajo **Juventud: de la Marginación al Compromiso** define a la marginación como "... el status social que, determinado por ciertas condiciones de la existencia social, provoca que una colectividad viva por debajo de las condiciones de vida del resto de la sociedad, o del grupo social respectivo, con menos oportunidades, responsabilidades, posibilidades de afirmación y participación en la vida social y la toma de decisiones."(20)

Por otro lado, Javier Martínez Valenzuela, en relación al concepto de exclusión: "Por exclusión se entiende el proceso de cambio estructural por el cual diversos conjuntos sociales que en el pasado inmediato ocupaban de un modo estable posiciones institucionalizadas del sistema social o podían tener sólidas expectativas de incorporarse a él, son expulsados de estas posiciones o ven persistentemente bloqueados sus vías de acceso a ellos."(21)

(19) *Op.cit.* p.62

(20) Fred Mahler. "Juventud: De la marginación al compromiso." (Ponencia presentada en el XI Congreso de la Asociación Internacional de Ciencia Política, Moscú, Agosto 1979). En: **Revista de Estudios de la Juventud**,. In **Telpochtli**, in **Ichpuchtli**, Ed. CREA, Año I, No. 1, Agosto 1981. p.39.

(21) Javier Martínez Valenzuela. *Op.cit.* p.61

Así, la diferenciación conceptual entre marginación y exclusión nos permite ubicarnos en dos planos diferentes de la realidad que a la postre llegan a ser complementarios en la conformación de conglomerados marginales. Por un lado: los que nunca han tenido acceso a la participación en diversos ámbitos de la vida social (educación, salud, recreación, etc.), y por tanto al disfrute de ciertos satisfactores, y por otro lado: los que en algún momento gozaron de determinadas posiciones y expectativas, de los cuales han sido expulsados o el acceso a ellos les es crecientemente bloqueado.

La conjunción de tales fenómenos, marginalidad y exclusión tiende a generar un sentimiento de incomunicación y frustración, que en determinados sectores de la juventud se expresa por medio de actitudes y acciones de franco rechazo al orden establecido. Fred Mahler aduce en referencia "... la marginación comprende ciertos elementos que separan o alejan a la juventud de la sociedad, negándole una verdadera participación en la vida cívica y las decisiones sociales (...), este tipo de situaciones pueden llevar (o ya lo han hecho) a la juventud, o a una parte de ella, a un total rechazo de la sociedad, criticando no sólo sus carencias, sino toda la sociedad."(22)

Surgen así, diversos conglomerados juveniles con capacidad para generar sus propias normas de conducta y organización, al margen o contra las establecidas, que reclaman espacios en una sociedad que les rechaza a la vez que expresan su hostilidad al orden existente a través de sus particulares formas de vestir y de expresión e incluso por medio de actitudes hedonistas y violentas.

(22) Fred Mahler. *Op.cit.* p.40

1.2 La juventud o las juventudes.

La juventud como fenómeno sociológico es un fenómeno multifactorial que no puede explicarse sólo por uno de los elementos que le constituyen, pues cada uno de estos factores se articulan e interrelacionan de forma tal, que en su conjunto condicionan los rasgos particulares de lo que interpretamos como juventud.

En virtud de tal situación, entenderemos en lo sucesivo a la juventud no sólo como un conjunto heterogéneo de grupos de edad, sino fundamentalmente como una etapa del desarrollo de los individuos que está estrechamente vinculada a las condiciones históricas, económicas, políticas y culturales de una sociedad dada, y más que referirnos a la juventud en términos abstractos, es más pertinente aludir a las diferentes "juventudes", como grupos sociales con realidades específicas de acuerdo a sus estratos socioeconómicos de origen; su ocupación; su residencia en la ciudad o el campo; sus expectativas; sus formas de organización y movilización; y sus muy particulares manifestaciones culturales y conductuales.

2. LAS ADICCIONES COMO PROBLEMA SOCIAL.

Abordar a las adicciones como objeto de estudio, implica en primer término su necesaria conceptualización de tal forma que podamos en lo sucesivo, referirnos a tal problema de manera general.

2.1 Conceptos básicos.

El Programa Nacional 1989-1994: **El Control de Drogas en México**, del Poder Ejecutivo Federal, define a la farmacodependencia como una adicción a las sustancias psicotrópicas y/o estupefacientes y establece de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, que se considera como adicción a todo aquel estado de intoxicación periódica o crónica, provocada por el consumo repetido de una droga.(1)

En base a lo anterior, es importante resaltar que en sociedades como la nuestra el concepto **droga** se encuentra profundamente estigmatizado, lo cual propicia que amplios sectores sociales no consideren como tales a un gran número de productos de consumo convencional como el alcohol, el tabaco e incluso el café, ante lo cual es necesario precisar que las drogas se definen como "... cualquier sustancia química que produce en la persona cambios fisiológicos, emocionales o del comportamiento."(2)

Por tanto, hablar de drogas es hablar de una gran diversidad de sustancias cuyos efectos igualmente son variados pero que, adicionalmente cuentan con la característica fundamental de producir dependencia en el consumidor. En este sentido, el trabajo realizado por Julio Frenk: **"Cómo identificar las drogas y sus usuarios"**, publicado por el Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia (CEMEF), en 1976, es muy ilustrativo, pues el autor clasifica a todas aquellas sustancias capaces de producir dependencia en: estimulantes y depresores. (ver cuadro).

(1) Véase: **El Control de Drogas en México**. Programa Nacional 1989-1994. P.G.R., México 1992. p. 121.

(2) *Op. cit.* p. 123.

CUADRO

DROGAS CAPACES DE PRODUCIR DEPENDENCIA	ESTIMULANTES	ANFETAMINAS	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA METADRINA BENCEDRINA	
		COCAINA		
		ALUCINOGENOS	CANABIS ACIDO LISERGICO MEZCALINA PSILOCIBINA	
		OTROS	TABACO CAFE TE	
	DEPRESORES	ALCOHOL BARBITURICOS TRANQUILIZANTES		
		NARCOTICOS	MORFINA HEROINA OPIO Y DERIVADOS	
		INHALABLES	CEMENTO THINNER ACETONA	

Ahora bien, las sustancias señaladas son sólo productos naturales o artificiales que se manifiestan como **drogas**, cuando entran en interacción con individuos, es decir que las drogas, como meras sustancias tienen un interés relativo que cobra una dimensión distinta cuando se presenta una interacción entre sujetos y dichas sustancias y los efectos de su consumo tienen una repercusión no sólo individual, sino paralelamente de carácter social.

Así definiremos al adicto o drogodependiente como el "...usuario de una sustancia que él mismo y la sociedad perciben como droga y de la que

depende, (que) mantiene una cierta tolerancia y si deja de tomarla padece un síndrome de abstinencia."(3)

No obstante, es necesario esclarecer que no todo usuario de una droga es un dependiente. La dependencia es un largo proceso, diferente para cada sustancia, por tanto, no podemos confundir uso y dependencia, como tampoco podemos soslayar el hecho de que un usuario por su propia condición está en una situación de máximo riesgo de desembocar en dependiente.

De lo señalado con antelación se deduce entonces que uno de los factores fundamentales para el tratamiento de las drogas como objeto de estudio radica en la dependencia que estas producen. El investigador español Domingo Comas aduce al respecto:

"... **Dependencia**, esta es la clave. Una sustancia es básicamente una droga por su capacidad de producir dependencia. La **dependencia** es la necesidad de seguir tomando la droga, una querencia, una compulsión, que conduce al usuario a seguir utilizando tal sustancia. (...) La **dependencia** aparece tras un cierto período en que se haya usado frecuentemente la droga, este período es distinto para cada una de ellas."(4)

En el mismo orden de ideas la Organización Mundial de la Salud especifica que una droga causante de dependencia: "Es aquella cuya interacción con un organismo vivo puede provocar un estado de dependencia física o psíquica o de ambos tipos. Esta droga puede utilizarse con fines médicos o no médicos, sin producir necesariamente ese estado. Una vez que aparece la farmacodependencia, sus características varían con el tipo de sustancia empleada."(5)

(3) Domingo Comas. **Las drogas** "Guía para Mediadores Juveniles." Ministerio de Asuntos Sociales, España. Instituto de la Juventud, España, 1992. p. 25.

(4) *Op. cit.* p. 19.

(5) Organización Mundial de la Salud. "Informe Técnico 516." Ginebra, Suiza, 1973. p. 16

De manera complementaria, hay que agregar que la dependencia va siempre ligada a la **tolerancia** y al **Síndrome de Abstinencia**, pues juntas constituyen un circuito cerrado donde el sujeto pierde en múltiples ocasiones todo estado de conciencia y dominio.

De acuerdo al autor español antes referido, entendemos que la: "**tolerancia**, es la propiedad que tienen las drogas de exigir cada vez mayores dosis para producir los mismos efectos." En tanto que el: "**Síndrome de abstinencia** es el conjunto de síntomas que reflejan la existencia de una dependencia y que aparecen cuando se deja de consumir la droga o las drogas que la causaron. Cada droga causa un síndrome de abstinencia de características distintas, y algunas pueden llegar a ser mortales..."(6)

En el caso específico de la tolerancia y la abstinencia provocadas por el alcohol, **La Encuesta Nacional de Adicciones 1988**, especifica que la **tolerancia** es la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o la disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol, mientras que la **abstinencia** es un estado fisiológico alterado que puede ser aliviado por la bebida después de reducir o abandonar el consumo."(7)

Nos limitamos a hacer referencia al consumo de alcohol, en la fuente antes citada, debido a que la misma no define la tolerancia y la abstinencia para otras sustancias, empero las definiciones expuestas enriquecen el concepto general antes expuesto.

Finalmente, y en base a los planteamientos señalados, en lo sucesivo el término adicción (que habremos de considerar como sinónimo de toxicomanía o farmacodependencia), como definición operacional, abarcará tanto el consumo de alcohol y de tabaco, así como el de todas aquellas otras sustancias capaces de producir dependencia, intoxicación y alteración en las condiciones fisiológicas y emocionales del sujeto. Sin embargo, por las características de la información que habremos de manejar cuando se

(6) Domingo Comas. *Op. cit.* p. 19.

(7) Véase: **Encuesta Nacional de Adicciones**, Tomo II, Alcohol. Secretaría de Salud. México 1990. p. 24.

analicen los índices de consumo de sustancias tóxicas en la juventud mexicana residente en zonas urbanas, abordaremos por separado los niveles de ingesta alcohólica; de consumo de tabaco; y en un apartado denominado **Drogas**, agruparemos diversas sustancias que en su momento especificaremos.

2.2. Antecedentes: Herencia histórica o mito mercantil.

Si bien es cierto que el uso de drogas está presente en la historia de los pueblos desde épocas muy remotas, es importantes precisar que las adicciones como problema social, son un acontecimiento reciente que se ha venido modificando a lo largo de un complejo proceso. El investigador Antonio Escohotado aduce en relación:

"La adicción y el tráfico de drogas son problemas recientes. El uso de estimulantes, sedantes y narcóticos es, sin embargo una constante antropológica e histórica de milenios, con gran diversidad de manifestaciones en gran número de sociedades. Durante gran parte de este proceso, ha predominado la libertad para su producción, consumo y tráfico. No obstante la evolución histórica de este proceso ha ido acompañada de diversos tipos de regulación y control. Una multiplicidad de condicionamientos han influido en el descubrimiento e incorporación de estas sustancias; han ido definiendo quiénes pueden o no usarlas; para que fines; en que circunstancias; con que consecuencias en caso de desaprobación o prohibición; y bajo que sanciones."(8)

Una somera revisión histórica nos permite comprobar que en la mayoría de los pueblos antiguos existió una bebida embriagante característica. Ejemplo de ello es el consumo de una preparación semejante a la cerveza, llamada zitus, en el remoto Egipto; la cervicia que era la bebida de los Galias. Los bretones tomaban un licor extraído de la miel fermentada; además del vino de dátiles y palmas usado en Nubia y Abisinia; el snaf producido en

(8) Antonio Escohotado, **Historia de las Drogas**. Citado por: Marcos Kaplan. **Drogas y Derechos Humanos**. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 1991, Serie Folletos No. 22, p. 8.

Dinamarca; el consumo de lambwine preparado de arroz y leche fermentada por los tártaros; o el sake en el lejano Japón, sólo por mencionar algunas.

La afición al trago se refleja también en la mitología, en el relato de las vidas de Baco y Ceres; en la de Vulcano, deforme por haber sido engendrado por Júpiter y Juno en una noche de beodez;⁽⁹⁾ en el caso de los mexicas, destaca la leyenda de la diosa Mayahuel, que significa mujer de los 400 senos, quien fue la primera que supo agujerar los magueyes para obtener el aguamiel, sin embargo otros autores manifiestan que fue Patécatl quien encontró las primeras raíces de las yerbas llamadas ocatli, con que se produce el pulque y cuya fermentación no fue fortuita sino consecuencia de una larga experiencia, dándole como nombre al producto fermentado el de octli.⁽¹⁰⁾

Aunque el consumo de bebidas embriagantes, tal como hemos visto, se remonta a las culturas antiguas, hay que destacar que este no era generalizado y que no representaba un problema de gran envergadura. El estudioso de los aspectos sociales de las enfermedades Henry Sigerist, plantea en relación: "La embriaguez, que ocasionalmente hacia su aparición dondequiera que se consumían bebidas alcohólicas, se aceptaba por supuesto, y si se le hacían objeciones era más por motivos de estética que por razones morales o higiénicas..."

El mismo autor determina el momento en el cual el consumo de alcohol adquiere otras dimensiones, plantea: "El alcoholismo se convirtió en un grave problema de salubridad cuando el hombre aprendió a destilar el espíritu del vino."⁽¹¹⁾

(9) Veáse: Octavio Augusto Jiménez Durán. **La Farmacodependencia frente a la Juventud**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho. UNAM, 1986. p. 19-20.
(10) Veáse: Carlos Román Celis. **El Alcoholismo en México**. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. y Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México, 1983. p. 15-16.
(11) Henry Sigerist. Citado por: Felipe Martínez Rizo. **Droga, Alcohol y Derechos Humanos**. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 1991, Serie Folletos No. 21, p. 15.

Es cierto que las bebidas alcohólicas de baja graduación son muy antiguas, pero las de alta graduación, obtenidas a través del proceso de destilación son más recientes, e incluso su producción masiva no data más allá de principios del siglo pasado.

No obstante que el proceso de destilación se conoció en la antigüedad, sólo a partir del siglo XIII, y bajo el influjo árabe empezó a usarse en la producción de brandy en España; en Rusia a partir del siglo XIV se utilizó en la preparación de Vodka; y en el XV Escocia produjo Whiskey. Empero el perfeccionamiento del proceso de destilado, conocido como rectificación, apareció por vez primera en Francia en las postrimerías del siglo XVI, y sólo a principios del siglo XIX se generalizó el alambique continuo con analizador y rectificador, que posibilitó la producción masiva.(12)

En consecuencia, el alcoholismo es un acontecimiento de los tiempos modernos, pues como apunta Eduardo Menéndez en su trabajo **Morir de alcohol**, hasta el siglo XVI la alcoholización era un hecho de importancia sólo nuclear en algunos lugares, mientras que la emergencia del alcoholismo como fenómeno de masas se ubica a fines del siglo XVIII y principios del XIX. Entonces, es claro que la forma de beber, la cantidad y la frecuencia han cambiado de manera radical. "En las culturas modernas, tanto en los países desarrollados (los Estados Unidos, Europa) como en los subdesarrollados (como México) hace sólo un par de generaciones el consumo **per cápita** de licor era muy inferior al actual, y solo incluía a los varones adultos, mientras que en la actualidad, además de ser mucho más elevado y frecuente, se extiende cada vez más a las mujeres y a los jóvenes."(13)

Lo señalado en el caso del consumo de alcohol parece repetirse en cierta forma en el caso de las otras drogas. La historia nos muestra que los pueblos antiguos usaban drogas con finalidades religiosas, mágicas, afrodisíacas, bélicas, medicinales, etc.

(12)Veáse: Felipe Martínez Rizo. *Op. cit.* p. 14-15.

(13) *Op. cit.* p. 16.

En China, 3000 años A.C., el yerbero del emperador chino Shen Yung, recomendada la cannabis para curar la malaria, el estreñimiento y los dolores reumáticos. En la India, se creía que era un regalo de los dioses y que favorecía el juicio, inducía el sueño y reducía la fiebre, así mismo era consumida en Egipto, Arabia, Turquía, etc.

Relativo a los hongos alucinógenos, las culturas precolombinas les daban el nombre de carne de dioses u hongos sagrados. En la sierra de Guatemala se descubrieron hongos labrados en piedra, cuya existencia se remonta al año 1000 A.C. (14)

En cuanto a la coca, Marcos Kaplan refiere: "la coca es el más antiguo estimulante conocido por el hombre, y el mascado de la hoja seca para extraer los alcaloides que contiene ha sostenido a la humanidad en los Andes desde tiempos prehistóricos. En el Perú, calabazas conteniendo hojas de coca, e incluso un trozo parcialmente mascado, han sido desenterradas de tumbas que se fechan hacia el año 2100 a.C."(15)

Si bien es innegable que las sustancias que hoy conocemos como drogas se conocen desde la antigüedad, también es irrefutable que se les conocía en estado natural o en preparaciones caseras como infusiones o soluciones en alcohol, las cuales se caracterizaban por poseer concentraciones sumamente bajas en comparación con las actuales productos refinados o sintéticos, amén de que, necesario es reiterarlo, la cannabis, la hoja de coca, los hongos alucinógenos, etc., estaban principalmente vinculados a ciertos ritos mítico-religiosos o en su defecto se utilizaban como remedios medicinales, por lo que su consumo era en términos generales muy reducido.

Las drogas altamente concentradas y su consumo masivo son fenómenos del mundo moderno. Al respecto, Felipe Martínez Rizo hace un planteamiento muy concreto en los siguientes términos: "Las formas concentradas de las drogas no pueden haberse consumido hace mucho

(14) Véase: Octavio Jiménez Durán. Op. cit. p. 22.

(15) Marcos Kaplan. **Aspectos Sociopolíticos del Narcotráfico**. Instituto Nacional de Ciencias Penales. México, 1989. Cuadernos del INACIPE No. 33, p. 13.

tiempo, por la sencilla razón de que no existían. La morfina y la cocaína, que hasta el siglo XIX sólo existían en estado natural en las amapolas y las hojas de coca, fueron aisladas por primera vez hacia 1810 y 1860 respectivamente (...) la jeringa hipodérmica, medio privilegiado de ingestión de las drogas más fuertes fue perfeccionada apenas a mediados del siglo XIX."(16)

Una vez dada la posibilidad de producir drogas de alta concentración en grandes cantidades, éstas se vieron inmersas en un complejo proceso publicitario que disparó su consumo. Marcos Kaplan señala: "Desde finales del siglo XIX, grandes laboratorios europeos, especialmente alemanes, habían ido introduciendo en el mercado la morfina, la heroína y la cocaína, las habían publicitado y difundido, provocando una demanda hasta entonces desconocida, y originando el hecho nuevo de una drogadicción eventualmente masiva."(17)

Diversos estudios sostienen que la cocaína comenzó a estar disponible comercialmente en 1884, que al año siguiente la Compañía Parke Davis la ofrecía en 15 presentaciones que incluían polvos para aspirar, cigarrillos o inyecciones. La publicidad encomiaba sus supuestas virtudes para saciar el hambre, transformar al cobarde en valiente, elocuente al silencioso, e insensibilizar ante el dolor. En 1886 apareció en el mercado la Coca-cola como bebida con las ventajas de la coca y sin los riesgos del alcohol, y en 1887 John S. Pemberton, fabricante de medicamentos, produjo un jarabe de cocaína que se convirtió en una bebida para intelectuales y abstemios. Paralelamente, el consumo, cultivo e importación de opio a Estados Unidos, empieza a crecer a mediados del siglo pasado a raíz del traslado para la construcción del ferrocarril transcontinental de trabajadores chinos adictos.

El uso de la morfina como sustituto del alcohol fue considerado benéfico, por atribuirse al segundo, mayor destructividad física y conductas antisociales más peligrosas. Durante la Primera Guerra Mundial la morfina es

(16) Felipe Martínez Rizo. *Op. cit.* p. 21

(17) Marcos Kaplan. Aspectos Sociopolíticos del ..., *Op. cit.* p. 17

utilizada en grandes proporciones en el tratamiento de heridas, lo que desembocaría en una adicción generalizada.*

Por tanto, opio, cocaína, morfina y otros opiáceos incrementaron su consumo y producción de manera vertiginosa hasta que, el desconocimiento inicial sobre la adicción compulsiva y sus efectos negativos y destructivos comienza a ser superado con el aumento de informes sobre intoxicaciones y muertes. Los primeros reportes aparecieron en 1886; en 1900 se eliminó la cocaína de la fórmula de la Coca-cola; en 1910 el Presidente de los Estados Unidos envió al Congreso un informe que señalaba a la cocaína como el problema de drogas más serio del país; y en 1914, la Harrison Narcotic Act., prohíbe la venta y consumo de cocaína y opiáceos excepto por prescripción médica.

A raíz de la derrota de Alemania y consecuentemente la finalización de la Primera Guerra Mundial, en 1919 el gobierno de Norteamérica introduce en los Tratados de Versalles una cláusula por la cual se les prohíbe a los laboratorios alemanes la libre venta al público de drogas psicotrópicas. En reciprocidad y para mostrarse consecuente con esta exigencia Estados Unidos establece la 18a Enmienda a la Constitución Norteamericana, que prohíbe la manufactura, importación y exportación de bebidas alcohólicas.

Sin embargo, tal prohibición no logró evitar la elevada ingesta alcohólica, pero sí propició la conformación de una compleja red de contrabando a gran escala; el desarrollo de la producción ilícita; la elevada corrupción de autoridades; la complicidad entre traficantes y consumidores; así como la multiplicación de violaciones a la ley. Por tal motivo, en 1935 la prohibición es derogada y aprobada la 21a. Enmienda Constitucional.

Notamos así, que tanto los productos étlicos como los estupefacientes, dentro del marco de la legalidad o al margen de la misma, han ido ganado terreno en la predilección de la gente. La década de los sesentas fue

* Sobre el proceso de comercialización y masificación del consumo de drogas. Ver: Marcos Kaplan. **Aspectos Sociales del...**, cit.; Felipe Martínez Rizo. *Op. cit.*; Mendieta y Núñez, Lucio. **Temas Sociológicos de actualidad**. Ed. UNAM. México 1978.

escenario de una ampliación sin precedente del mercado narcoconsumidor, principalmente en los Estados Unidos. La guerra de Vietnam, la irrupción de los movimientos juveniles y de protesta contra el orden vigente, la incertidumbre, la falta de expectativas y la crisis de los valores morales imperantes, propiciaron que un creciente número de sujetos, principalmente jóvenes, transitaran al mundo de las drogas como expresión de protesta o como vehículo para el abandono y el hedonismo.

Así, en la mayoría de las sociedades modernas, el consumo de alcohol se encuentra legalizado y profundamente arraigado, en tanto que el uso de drogas enfrenta una serie de obstáculos, pues sólo en algunos países existe tolerancia y consumo legalizado para algunas sustancias, pero más bien esos casos son la excepción a la regla, dado que en términos generales se han instrumentado campañas de combate a las drogas a través de leyes reguladoras o prohibitivas, como de acciones represivas y militares.

Tal situación ha derivado en una actitud moral ambivalente, que en palabras de Lucio Mendieta y Núñez encierra mucho de hipocresía, pues como bien apunta: "... por una parte le da gran publicidad a las medidas nacionales e internacionales que se adoptan para combatir la drogadicción y se dictan leyes punitivas y rigurosas, y por otra se permite la libre producción de bebidas alcohólicas y la desorbitada propaganda por todos los medios de comunicación a fin de incitar a consumirlos, no obstante de que los estragos personales y sociales que produce el alcoholismo, en todos los pueblos del mundo, son incomparablemente más grandes que los derivados de las drogas."(18)

La explicación de tal estado de casos, radica según el mismo autor, en que la industria etílica es lícita y muy poderosa, en virtud de que los países productores obtienen por su conducto cuantiosas ganancias como resultado de la venta interna, el pago de altísimos impuestos, así como por concepto de exportaciones, que atacarla sería económicamente catastrófico e inútil.

(18) Lucio Mendieta y Núñez. "La investigación social de las toxicomanías." En: **Temas Sociológicos de Actualidad**. Ed. UNAM, México 1978, p. 7.

Concretamente en México, las conclusiones de un equipo de trabajo encabezado por el Dr. Jesús Kumate, actual Secretario de Salud, coinciden con este desolador panorama, la cita es por demás elocuente:

"No parece que nuestro país esté en condiciones, a corto plazo, de aceptar semejantes utopías (reducir la producción y comercialización de bebidas alcohólicas); los intereses económicos involucrados en la industria que produce bebidas embriagantes son demasiado poderosos, y la cadena de distribución demasiado extensa..."(19)

Tocante a los estupefacientes, la prohibición y las acciones punitivas contra su producción, comercialización y consumo (al igual que la tristemente célebre 18a. enmienda en el caso de los productos etílicos), han sido incapaces de ponerle freno, vamos incluso de limitar su expansión. Por el contrario, gracias a la clandestinidad -amén de otros factores como la demanda excesiva, la corrupción, la debilidad del Estado en los países productores, etc.- se han consolidado poderosos núcleos narcotraficantes poseedores de fortunas incalculables y con un poder de incidencia cada vez mayor en el ámbito económico, político y social.*

En resumidas cuentas podemos concluir que tanto la adicción al alcohol como a los estupefacientes, de ninguna manera son una situación inherente a las sociedades humanas, ni biológica, ni culturalmente y que las múltiples explicaciones de su consumo como consecuencia de un legado histórico de las sociedades antiguas obedecen más a un afán justificatorio para que ahora sean consumidas con la mayor naturalidad.

El estudioso hispano Domingo Comas argumenta que para ello se han articulado una serie de mitos justificatorios con fines mercantiles y ejemplifica el caso del alcohol en la cultura mediterránea que pretende legitimar el actual grado de intoxicación etílica, expresa: "el alcohol es una

(19) Citado por: Felipe Martínez Rizo. Op cit. p. 26.
* Sobre el particular ver: Marcos Kaplan. **Aspectos Sociopolíticos del...**, cit. El autor realiza un extraordinario análisis del caso colombiano y de la conformación de lo que él denomina la Economía Criminal, la Narcopolítica y el Narcoestado.

droga conocida desde hace muchos años en nuestra cultura pero su actual forma de consumo se ha incorporado a nuestras costumbres hace pocos años. Hasta bien entrado el siglo XIX los españoles, y no todos, sólo podían beber vino, y eso si tenían algo de dinero (...) la embriaguez y el alcoholismo eran rarezas. A pesar de ello todo el mundo habla de la cultura mediterránea del alcohol y algunos historiadores nos la describen brillantemente, y así el alcohol alcanza una falsa imagen de respetabilidad histórica que contrarresta ideológicamente los daños que produce a la salud pública."(20)

Por consiguiente, las adicciones son un fenómeno muy reciente en la historia de la humanidad, cuyas consecuencias se expanden al terreno de lo económico, lo político, lo cultural y lo social.

2.3 Las adicciones: más que un problema de salud pública.

El doctor Ramón de la Fuente sostiene que el abuso de una sustancia que aminora el sufrimiento y produce placer se convierte en un problema cuando tiene consecuencias desfavorables para el individuo, para la sociedad, o para ambos. Dichas consecuencias se traducen en; daño a la salud, conducta antisocial o delinencial, pérdida de competencia y capacidad productiva, tendencia al aumento de consumidores, etc.(21)

Referente a los daños producidos a la salud, los efectos ocasionados por las diferentes sustancias son muy heterogéneos. El cuadro siguiente nos mostrará tal grado de diversidad.

EFFECTOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE DROGAS

GRUPO	EFFECTOS A LARGO PLAZO
Alcohol	Daño al hígado, cerebro y tejidos del cuerpo; úlceras; obesidad; impotencia; delirium tremens.

(20) Domingo Comas.. *Op. cit.* p. 17

(21) Ramón De la Fuente. "El abuso de las drogas en México." En *Gaceta Médica de México*. Vol. 115, No. 11, Nov. de 1979. p. 479.

Sedantes incluyendo barbitúricos	Pereza e irritabilidad; peligrosos si se combinan con otras drogas.
Tranquilizantes	Estupor y posible daño al hígado y a la médula osea.
Mariguana	Daño al sistema inmunológico; posibles efectos genéticos y reproductivos.
Alucinógenos	Impredecible: posible psicosis.
Cocaína	Depresión psicótica.
Anfetaminas:	Psicosis, desnutrición; daño al corazón, cerebro y sistema circulatorio.
Antidepresivos	Posible daño al hígado, cerebro y vasos sanguíneos; coma.
Nicotina	Enfisema; enfermedades del corazón; cáncer en pulmones, garganta y boca.
Solventes inhalables	Daño permanente al sistema nervioso; hígado, riñones, sangre, médula de los huesos y cerebro, incluso muerte por asfixia.

Elaborado con base en el Cuadro General: **Características Generales de las Drogas**, ADEFAR, PGR. México 1990.

Aunado a la gran diversidad de males que ocasionan las drogas a la salud, se debe considerar que todas las sustancias citadas causan dependencia tanto física como psicológica, a excepción de los alucinógenos y antidepresivos, que no causan dependencia física, y los tranquilizantes, cuya dependencia es ligera en ambos casos.

En este orden de ideas es necesario tener presente que el consumo de sustancias tóxicas afecta a amplios sectores sociales y que sus consecuencias se dejan sentir en ocasiones de manera dramática, inclusive algunos estudiosos apuntan, en el caso específico del alcohol, que no

obstante que se pretenden minimizar los efectos ocasionados por su consumo, este constituye una de las principales causas de muerte, sea de manera directa, en tanto que una alta proporción de las muertes por cirrosis hepática o por psicosis obedecen a la desmesurada ingesta alcohólica; como de manera indirecta, debido a que buena parte de las muertes por accidente u homicidio se producen en estado de embriaguez.(22)

Felipe Martínez Rizo argumenta, en el caso de los estupefacientes, que debido a su consumo cada vez más extensivo en las sociedades modernas, las drogas lograron en cuatro o cinco décadas, de las que ya han transcurrido tres, lo que el alcohol logró en siglo o siglo y medio: llegar a ser una de las principales causas de mortalidad.(23)

Así, consideradas las repercusiones de las adicciones tanto en el ámbito de la morbilidad, como en el de la mortalidad, queda claro que estamos tratando un fenómeno de grandes implicaciones para la salud pública, por lo que el mero estudio epidemiológico no es suficiente.

Históricamente la epidemiología emerge como una disciplina estrechamente relacionada con el estudio de las enfermedades infecciosas de carácter epidémico; el cólera, el sarampión, el tifo y la viruela entre muchas otras enfermedades, empero, actualmente su uso ha dejado de ser patrimonio exclusivo de las enfermedades infectocontagiosas,(24) para ampliar su aplicación al conocimiento de aquéllas causadas por agentes físicos y químicos, de entre los que sin duda destaca el consumo de sustancias tóxicas.

Hoy en día, las adicciones son un fenómeno complejo que no se circunscribe a la afección de la salud de los consumidores, sino que, tal como hemos apuntado en apartados anteriores, repercute de manera importante en el

(22) Véase: Felipe Martínez Rizo. **Droga, alcohol y derechos humanos**. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 1991. Serie folletos No. 21, p. 22.

(23) *Op. cit.* p. 24.

(24) Véase: Lepoldo Vega Franco. **Bases esenciales de la Salud Pública**. Ed. Prensa Médica Mexicana. México 1981. p. 23-24.

terreno político, económico y social, por lo que demanda no sólo acciones correctivas o curativas, sino también de la contribución de diversas disciplinas sociales, con el propósito de contextualizar el hecho, diagnosticar sus causas e instrumentar medidas y acciones de carácter preventivo. En otras palabras, el consumo de drogas al complejizarse ha demandado de manera creciente del concurso de aquellas disciplinas que tratan al hombre de manera individual, que estudian su naturaleza, su conducta, su salud y su desarrollo en general; tales como la medicina, la psicología, la psiquiatría, el psicoanálisis, etc., como de aquellas que abordan al hombre como parte integrante de la sociedad, estudiando la conducta social, los conflictos sociales, los problemas económicos y políticos, como es el caso de la antropología social, la psicología social, la filosofía, el derecho, la economía y muy especialmente la sociología.

Tal situación ha permitido, por un lado abordar a las toxicomanías no solo como un delito sino como un problema de salud pública, y por otro, superar el modelo explicativo unicausal. Dicho modelo "... considera un sólo tipo de causas de la enfermedad ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales o las condiciones anatómicas del organismo" (25). Sin embargo la estrechez de este modelo no permite comprender los aspectos sociales del padecimiento y se traduce en una práctica médica que se circunscribe a la clínica o el hospital, soslayando el acercamiento y conocimiento del entorno social y cultural, en este caso del drogodependiente.

2.4 Un fenómeno multicausal.

Las adicciones responden a una red multicausal de factores tanto individuales como sociales de entre los cuales destacan: la falta de perspectivas para amplios sectores sociales (principalmente jóvenes), la desintegración familiar y la influencia de la publicidad, entre otros.

(25) Raúl Rojas Soriano. **Crisis, salud, enfermedad y práctica médica.** Ed. Plaza Valdéz. México, 1990. p. 22.

Ahora bien, si las adicciones son consideradas como un fenómeno de carácter colectivo cuyas implicaciones van mucho más allá del deterioro de la salud de los directamente implicados, cualquier estudio sobre el particular debe explorar no sólo la etiología de éstas, en tanto enfermedad, sino también las causas que le dan sustento como problema social. Al respecto, Fernando Labardini divide las causas de la farmacodependencia en exógenas y endógenas, definiendo a estas últimas como: los efectos de trastornos psicológicos de orden esquizofrénico; ansiedad, depresión, etc. Y como causas exógenas, a aquellas que tienen lugar en el ámbito social, económico, político, jurídico, etc., y que se materializan en: a) los desajustes familiares, escolares y sociales; b) la promoción de una supuesta virtud de las drogas y; c) la ignorancia en relación a las drogas y sus efectos.(26)

La Organización Mundial de la Salud, en un esfuerzo explicativo del porqué de las adicciones y después de realizar diversos estudios, expone ocho puntos generales de causalidad, así como siete factores desencadenantes y favorecedores, los cuales, nosotros hemos sintetizado e intentado diferenciar (no sin antes reconocer la imposibilidad de delimitarles de manera absoluta, pues son situaciones en permanente interrelación que nunca se presentan aisladas) entre aquellos cuyo campo de acción en cuanto explicación causal estén más vinculados a la esfera de la medicina y la psicología, de aquellos que obedecen básicamente a factores sociales, cayendo en cuenta que mientras en los puntos con los que la OMS explica a la farmacodependencia en sí misma es muy complicada tal diferenciación, pues casi todos ellos se encuentran atravesados por factores interactuantes sean ya médicos, psicológicos y sociales; en tanto que los factores que la propia Organización define como desencadenantes y favorecedores del fenómeno, se circunscriben casi estrictamente al ámbito de lo social. Veamos:

(26) Véase: Fernando Labardini Méndez. **Las drogas, uso, abuso, dependencia y aspecto social**. En: Revista Mexicana de Prevención Readaptación Social. Vol. I, No. 5, 1972, p. 35 y 36.

1.- La farmacodependencia es una manifestación de algún trastorno caracterológico subyacente que impulsa al sujeto a buscar una satisfacción inmediata, aún a costa de sufrir consecuencias adversas;

2.- Es la expresión de una conducta delictiva o desviada, en la que el sujeto busca su propio placer sin tener en cuenta las convenciones sociales;

3.- La farmacodependencia es la consecuencia de una tentativa de automedicación por parte de personas:

a). que padecen conflictos psíquicos, tales como los que se observan normalmente en la adolescencia, o los producidos por dificultades sociales o económicas, frustraciones o fracasos, o bien trastornos más persistentes como los provocados por la depresión, la angustia crónica u otros procesos psiquiátricos;

b). que padecen malestar físico, (fatiga crónica o alguna enfermedad);

c). que creen que la droga posee virtudes especiales para evitar enfermedades o para aumentar la potencia sexual;

4.- Es el medio por el cual el sujeto logra su aceptación en un ámbito cultural determinado;

5.- La farmacodependencia es la manifestación de una lesión metabólica, reversible o permanente, causada por el consumo de dosis elevadas de droga;

6.- La farmacodependencia expresa una rebelión contra los valores sociales establecidos en relación con el placer, la tradición, el éxito y la posición social;

7.- Las adicciones pueden ser el resultado de la adquisición de un complejo conjunto de respuestas operativas y clásicamente condicionadas;

8.- La farmacodependencia puede ser causada por presiones socioculturales conducentes al abuso de ciertas sustancias, por ejemplo, el alcohol.(27)

En definitivo es preciso manifestar nuestro desacuerdo con algunos de estos elementos explicativos del consumo de sustancias tóxicas. Si bien es innegable que las conductas adictivas en ocasiones expresan una rebelión contra los valores establecidos, son a un mismo tiempo y de manera paradójica elementos de integración social, sea ya a un grupo minoritario como los agregados juveniles denominados bandas o pandillas o a una práctica social convencional, como es el consumo de bebidas alcohólicas, pues aunque parezca un contrasentido, de acuerdo a las pautas de conducta imperantes, integrado está el que bebe y no el abstemio.

No obstante, aceptar el hecho de que las adicciones expresan una conducta desviada, como señala el enunciado número dos, de claro corte funcionalista, es aceptar que la sociedad es una totalidad de partes interdependientes e interactuantes(28) en cuyo funcionamiento prevalece la armonía, el equilibrio y el orden social, y que la estabilidad social obedece a que cada una de las partes o elementos que conforman al sistema social está integrado en torno a una escala de valores comunes, es decir una serie de normas, ideas, principios, usos, costumbres, creencias, hábitos, etc., que se inculcan a todos los miembros de la sociedad y que al interiorizarlos hacen suyos y defienden cuando son cuestionados o vulnerados.(29) De tal suerte que el sujeto que intenta alterar tales normas y valores expresa una conducta desviada, dado que en lugar de fortalecer la armonía y el equilibrio tiende a debilitarlos. Según este paradigma teórico la conducta desviada puede presentarse tanto de manera individual como grupal provocando lo

(27) Véase: J. F. Kramer y D.C. Camerón. **Manual sobre Dependencia de las Drogas.** Organización Mundial de la Salud. 1975. p. 46 y 47.

(28) Ely Chinoy. **La Sociedad. Una introducción a la Sociología.** Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1984. p. 44, 45.

(29) Véase: Fernando Jiménez Mier y Terán. **Educación y Estructural Funcionalismo.** F.C.P. y S.-UNAM. Mimeo. 1988. p. 110.

que el funcionalismo denomina tensiones sociales provenientes del conflicto entre lo funcional y lo disfuncional.(30)

Sin embargo, es difícil comulgar con este tipo de interpretaciones, pues las sociedades, al menos las hasta ahora conocidas, no se caracterizan por su armonía y equilibrio social, sino por un estado permanente de conflicto, que hoy sabemos no conduce a la revolución en los términos que lo planteaba Carlos Marx, sino a una constante generación de consensos, que a su vez son generadores de nuevos conflictos. Empero, es ineluctable que una de las principales fuentes de conflicto emana de la desigualdad que guardan los hombres en relación a los medios de producción, desigualdad que se materializa por consecuencia en un acceso diferenciado a la propiedad, al disfrute de la riqueza social y los bienes culturales.

Tocante a las adicciones, es cierto que éstas no pueden ser explicadas exclusivamente por factores económicos, pero también es ineludible el hecho de que éstos juegan un papel determinante en la existencia y proliferación del fenómeno, pues en sociedades donde el objetivo final es la obtención máxima de utilidades, las repercusiones que puedan tener las toxicomanías en la desintegración social o en la salud pública pasan a un segundo plano, es decir que se prioriza en el aspecto económico antes que en cualquier otro, como ejemplo retomemos lo señalado en páginas anteriores referente al Dr. Jesús Kumate que ha reconocido como una utopía el limitar la producción y distribución de productos etílicos por ser en extremo poderosa esta industria y demasiado extensa su cadena de distribución.

Esta finalidad de obtención máxima de utilidades se presenta tanto en el terreno de lo legal, como en el ámbito de lo ilícito, en este sentido aduce Lucio Mendieta y Núñez: "El éxito de la producción de vinos y licores radica en su extensión, en la enormidad del mercado. Atacarla sería económicamente catastrófico e inútil. (...) En cambio, la prohibición y las penas para limitar la producción, el comercio y hasta el uso de las drogas

(30) Véase: Américo Saldívar. **La Sociología Dominante**. Ed. UNAM, México 1987. Textos de Ciencias Sociales, p. 54-55.

estupefacientes, son necesarias al sistema capitalista, porque una y otros propician las enormes ganancias que obtienen productores y traficantes.(31)

En este contexto, las aseveraciones de Francesc Freixa cobran gran relevancia "... el mercado de la droga (el autor considera a sustancias como el alcohol, como drogas institucionalizadas, por tanto el concepto droga es utilizado en sentido amplio) no es ajeno a las leyes económicas generales y, en consecuencia se sujeta al fenómeno de la publicidad, propaganda, difusión de imagen, estructuras ideológicas, presiones de los países productores, o de las industrias productoras, etc., y en el fondo, como sucede en todo mercado, conocer si la producción ha generado el citado mercado, o éste estimula la producción, es uno de los fariseísmos de los intelectuales de las culturas consumistas, urbanas e industrializadas..."(32)

Como puede observarse las implicaciones económicas, tienen fuertes repercusiones en el ámbito de lo social, donde se establece una relación dialéctica: hay consumidores porque hay oferta y hay mercado porque existen usuarios, es decir las toxicomanías no son un problema social por el sólo hecho de que existan sustancias tóxicas, para serlo es imprescindible la existencia de una serie de elementos sociales y culturales que constituyan a determinados conglomerados sociales en usuarios de drogas.

Marcos Kaplan describe esos elementos como el resultado de las formas desequilibradas, desquiciantes e injustas en que se han estructurado las sociedades modernas.

"... la urbanización, la internacionalización del comercio movilizan y despliegan recursos, cosas, individuos y grupos; imponen la adaptación compulsiva de personas a los requerimientos del crecimiento y la modernización; fuerzan el desplazamiento, la reubicación y la transformación de masas humanas, las coacciones de la transición desquiciadora de lo rural-agrícola a lo urbano-industrial. Se generalizan situaciones de sometimiento e

(31) Lucio Mendieta Núñez. *Op. cit.* p. 8.

(32) F. Freixa. *Et. al. Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario.* Ed. Fontanella, Barcelona, España. 1990. p. 448.

indefensión, de alienación y desarraigo, de degradación material, social y psicofísica. La comunidad tradicional es reemplazada por el individualismo, la masificación y la lucha por la supervivencia. Contra los peligros del fracaso y la marginación se alienta la competencia y el uso del poder: las posibilidades de dominación y explotación de unos sobre otros. (...) Todo ello desemboca en una tensión excesiva de las fuerzas y aptitudes físicas, intelectuales y emocionales; lo cual desemboca en un desequilibrio emocional del individuo (...) A esta psicopatología emergente, en considerable medida sin precedentes, corresponde el creciente interés de una amplia gama de grupos por las sustancias psicoactivas."(33)

Así, las adicciones más que ser la expresión de una conducta desviada, son producto de un orden social injusto, deshumanizador y decadente, donde los sujetos se cosifican, se masifican diluyéndose la individualidad y donde las expectativas tienen un alto índice de frustración en un ambiente hostil, intolerante y de competencia, de ahí que la drogodependencia no sea privativa de un sector de la sociedad, sino que afecte a todo el conjunto de la sociedad.

Lucio Mendieta y Núñez describe de lúcida manera este aciago panorama: "El mundo actual ofrece un espectáculo deprimente a las nuevas generaciones: guerras injustas, espantosas; infames abusos de la fuerza bruta y del poder; la amenaza de una extinción de la humanidad por el uso criminal de la energía atómica, (la guerra fría era un hecho cuando el autor escribió esto) y en el interior de cada país, al lado del lujo desorbitado y de la soberbia plutocracia, el desempleo creciente, la miseria y el abandono de grandes masas de la población; farsas políticas, a veces trágicas; hondas desigualdades entre las clases de la sociedad; luchas raciales; hipocrecía; degeneración y decadencia. Ante esta crisis profunda de los pueblos que se dicen civilizados, unos jóvenes se adaptan al sistema predominante resignadamente o con indiferencia o para obtener el mejor provecho; pero otros, sintiéndose asqueados, incapaces de aceptar lo vigente, forman estériles grupos transitorios de protesta o se apartan pacíficamente del mundo para vivir una vida material de abandono y de pobreza, en la que el

(33) Marcos Kaplan. **Drogas y...**, p. cit. p. 9.

goce delirante de los sentidos, por medio del amor libre y de la narcomanía, les proporciona el olvido y la muerte.

Es esta situación deplorable de nuestro tiempo la más grave causa social de la toxicomanía..."(34)

Tocante a los factores desencadenantes y favorecedores, la misma Organización Mundial de la Salud establece los siguientes:

I.- **La disponibilidad:** por el lugar de su producción es natural que en los sitios donde resulta difícil obtener ciertas drogas, el número de consumidores tiende a ser escaso, aunque puede darse el caso de que muchas personas, a pesar de disponer fácilmente de drogas no las consuman, o viceversa;

II.- **La aceptación social:** existen medios culturales que facilitan la adopción de una actitud positiva hacia el consumo de drogas. Esta culturización se efectúa por medio de presiones culturales, estas presiones pueden surgir del irracionalismo de los grandes medios de difusión sobre el uso extramédico de drogas, sobre todo por parte de figuras muy conocidas y populares. Pueden, así mismo, proceder de ciertos tipos de publicidad sobre una variedad cada vez mayor de drogas socialmente aceptables, como las bebidas alcohólicas, el tabaco, etc.;

III.- **La movilidad:** para algunos sectores sociales (principalmente jóvenes), un importante factor es la movilidad, es decir, los viajes donde se relacionan con otras culturas en las que no están bajo la presión de su propia sociedad. En ciertas regiones, frecuentadas por los viajeros jóvenes, parece fácil obtener drogas causantes de dependencia;

IV.- **Los grupos de compañeros:** la mayoría de los jóvenes consumidores de drogas, las obtienen de personas de su edad; no así el caso de las chicas, que suelen obtenerlas de amigos y hombres de mayor edad. Adicionalmente,

(34) Licio Mendieta y Núñez. *Op. cit.* p. 20.

el deseo de integrarse a un grupo de compañeros es causa también de que el joven se inicie y mantenga dentro del campo de las drogas;

V.- **Los agentes inductores:** la OMS define a la inducción como: el acto de obtener nuevos compradores de droga sea ya por motivos de lucro o de cualquier otra razón. La inducción se da particularmente entre la juventud deseosa de nuevas experiencias, pues a esa edad es común la curiosidad por probarlas o la necesidad de pertenecer a un grupo;

VI.- **La influencia de las fuentes de información:** regularmente la información sobre la droga llega a los jóvenes por compañeros o conocidos consumidores de ésta, aunque también los consumidores suelen informarse por los grandes sistemas de difusión, o en las escuelas;

VII.- **La familia:** la familia influye de manera importante en la personalidad del joven farmacodependiente, esta influencia puede ser negativa o positiva, por ejemplo, se dan casos en que los hijos se hicieron alcohólicos al igual que los padres, y de otros que llegaron al rechazo total de la bebida a causa del alcoholismo paterno o de otros familiares.(35)

Estudios recientes vienen a reforzar estos planteamientos en relación a la situación social de la drogodependencia. El ya citado investigador español Domingo Comas, especifica que: "La única conclusión válida es que se consumen drogas porque; 1). hay oferta; 2). existe una **SUBCULTURA*** que codifica su uso. Tanto la oferta como la subcultura propician la posibilidad del consumo de drogas, y sobre tal posibilidad sólo sabemos que se articulan ciertos **factores de riesgo**, algunos obvios como la propia extensión

(35) *Op. cit.* p. 47-50.

* El subrayado es nuestro. El concepto subcultura es utilizado como un término partitivo y no peyorativo, como una forma de ver el mundo, una cosmovisión, por tanto la subcultura se refiere a un conjunto de normas y valores con cierta autonomía, aunque sin desligarse de la cultura de la sociedad global. Véase: **Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales**. Ed. Planeta-Agostini, Tomo IV, 1987. p. 2134-2135. España, 1985.

de la oferta, otros no tanto y vinculados a la identificación con la subcultura de las drogas o con situaciones sociales o personales concretas."(36)

Referente a esta subcultura de las drogas el autor señala:

"Usar drogas y depender de drogas no es una conducta que concluye en sí misma sino que se relaciona con otras conductas, con hábitos y hasta con sentimientos e ideas, constituyendo todo ello un **Estilo de vida**, que es el verdadero fenómeno del consumo de drogas (...) Un determinado estilo de vida es, por tanto, una condición necesaria para ser drogodependiente y aunque haya personas que lo sean con estilos diferentes y otros que practicando un estilo de vida típico del drogodependiente no lo sean, se trata en todo caso de excepciones."(37)

Así, las bases culturales que permiten codificar un estilo de vida del que emergen las diferentes conductas de consumo de drogas se correlacionan con una serie de factores de riesgo o desencadenantes y favorecedores como los denomina la OMS, eso quiere decir que estos factores facilitan el consumo o que explican las condiciones en que éste se desarrolla, pero no que tales factores sean la causa del consumo de drogas.

En resumen podemos concluir que las adicciones son un fenómeno multicausal y complejo, y que las causas que las explican aparte de la existencia de las drogas en sí mismas, son una combinación de factores sociales e individuales, por lo que su tratamiento demanda del concurso interinstitucional e interdisciplinario.

2.5 Juventud, salud y toxicomanía temprana.

Durante la década de los años 80 nuestro país observó un incremento de alrededor del 20% en la población total, al pasar ésta de 66 millones 846 mil

(36) Domingo Comas.. *Op. cit.* p. 45.

(37) *Op. cit.* p. 50.

833 a 81 millones 140 mil 922 habitantes.(38) En tanto que el segmento juvenil* creció en un 29.60% pasando de 27 millones 875 mil 100 sujetos a 36 millones 129 mil 539; lo que le constituye en el sector mayoritario en relación con la población nacional, pues representa el 44.52% de su total.

Por su parte, en la **Encuesta Nacional de Adicciones**, cuyos datos se refieren específicamente a 1988, encontramos que del total de la población urbana de 12 a 65 años de edad, el grupo comprendido entre los 12 y 34 años representa el 67.65%, es decir que en términos absolutos estamos hablando de 24 millones 365 mil personas en edad joven residentes en zonas urbanas.(39)

No obstante que la juventud cualitativamente posee un gran potencial creativo e innovador y que numéricamente guarda una importancia en extremo relevante, la salud de los jóvenes es un terreno escasamente explorado si lo comparamos con lo realizado en otros grupos etáreos.

El sentido común nos dice que los jóvenes difícilmente se enferman, pues hipotéticamente se encuentran en plenitud de facultades; sin embargo, el análisis de los niveles de consumo de sustancias tóxicas por grupos de edad, así como de la edad de inicio en tal práctica, pone de manifiesto que las adicciones en el sector juvenil se han constituido en un grave problema de salud pública, con fuertes implicaciones en el ámbito político, económico y social.

Si analizamos las 20 principales causas de mortalidad general en México, observaremos que si bien los accidentes, las enfermedades del corazón y los

(38) X Censo General de Población y Vivienda 1980, (resumen general). México, 1986 y Resultados Preliminares, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, INEGI, México 1990.

* El rango de edad utilizado es el establecido por la Comisión Nacional de Deporte, en su **Programa Nacional de Atención a la Juventud**, 1990-94, el cual comprende a la población que se ubica entre los 12 y los 34 años.

(39) La población nacional urbana de 12 a 65 años, según la **Encuesta Nacional de Adicciones**, era para 1988 de 36'012,200 personas, consúltese el Tomo correspondiente a alcohol, en su página 296. Relativo a la población urbana juvenil, consultar el cuadro X, del capítulo próximo.

tumores malignos son las tres primeras, lamentablemente aún tienen gran peso como causas de defunción, las enfermedades vinculadas a la pobreza, como las originadas en el periodo perinatal y las infecciones gastrointestinales y respiratorias, debido básicamente a las malas condiciones higiénicas y de nutrición.

Sin embargo, por el tema que nos ocupa, es preciso resaltar que de la primera causa de mortalidad general: los accidentes, el 28.90% de los mismos obedecen a percances de tráfico de vehículos automotores, en los cuales el estado de embriaguez está vinculado en alta proporción. Así mismo resalta el hecho, que de las 20 primeras causas de muerte a nivel nacional, cinco están estrechamente relacionadas con la ingesta alcohólica, sin contar accidentes y homicidios. Prueba de ello es que la novena causa de deceso es la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, que, no obstante de ser cierto que estos padecimientos se originan por diversas causas, el alcoholismo es una de las principales; eso mismo acontece con la nefritis, ubicada en el lugar número trece. Respecto a la tuberculosis, décimo cuarta causa de defunción en nuestro país, el Dr. Domingo Bellsola, afirma que el báculo de Koch encuentra el terreno ideal para desarrollarse en la persona alcoholizada o simplemente bebedora, de tal suerte que la tuberculosis, es la gran compañera del alcoholismo.(40)

Si bien los problemas gastrointestinales, que en México se ubican en el casillero 16 como causa de mortalidad, son generados por varios motivos, el autor antes referido, apunta que el motivo alcohólico es de los más frecuentes por provocar la hipersecreción de las glándulas estomacales.(41)

Como la antepenúltima de las veinte primeras causas de muerte, se ubica el Síndrome de Dependencia al alcohol, que sobra decirlo, resulta del consumo excesivo. (ver cuadro).

(40) Domingo G. Bellsola. **Alcohol y Tabaco**. Ed. Olimpo. México 1979. p. 51.

(41) *Op. cit.* p. 50.

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN MEXICO

1988

CAUSA	ABS.	TASA	%
1. Accidentes (Acc. Tránsito)	41,943 (12,124)	51.7	10.47
2. Enfermedades del corazón	41,566	51.2	10.38
3. Tumores malignos (tráquea, bronquios, pulmón)	36,589 (4,482)	45.1	9.14
4. Enf. Infec. Intestinales	29,639	36.5	7.40
5. Diabétes Mellitus	23,616	29.1	5.89
6. Influenza y Neumonía	20,877	25.7	5.21
7. Afecciones en el periodo perinatal	20,201	24.9	5.04
8. Enfermedades cerebrovasculares	18,029	22.2	4.50
9. Cirrosis y otras enf. del hígado	16,266	20.0	4.06
10. Homicidios y lesiones	15,638	19.3	3.90
11. Bronquitis, asma y enfisema	9,286	11.4	2.31
12. Deficiencias nutrición	9,155	11.3	2.28
13. Nefritis y nefrosis	7,292	9.0	1.82
14. Tuberculosis pulmonar	5,999	7.4	1.49
15. Anemia	5,282	6.5	1.31
16. Úlcera gástrica	2,824	3.5	.70
17. Anomalías congénitas	2,685	3.3	.67
18. Síndrome de dependencia al alcohol	2,504	3.1	.62
19. Septicemia	2,487	3.1	.62
20. Arteriosclerosis	2,045	2.5	.51
- Diarritmia cardíaca	9,724	12.0	2.42
- Signos y síntomas morbosos	13,673	16.9	3.41
- Las demás	62,948	77.6	15.72
TOTAL:	400,280	493.3	100.0

FUENTE: Elaborado en base a: Anuario Estadístico 1988, Dirección General de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales, Secretaría de Salud. México, 1990. Cuadro II.2.1., p. 95

Tocante al uso de tabaco, en cuatro de las primeras 20 causas de muerte, tiene fuertes implicaciones su consumo. Las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares dan prueba de ello, dado que los tabaquistas sufren de grandes afecciones al corazón, de endurecimiento de las arterias, contracción de las coronarias y en ellos se encuentran los más numerosos casos de cardiopatías.(42)

El campo más abonado para los estragos parece ser el de las vías respiratorias: bronquios y pulmones, cuyas afecciones ocupan el lugar número once como causa de mortalidad. Relativo a los tumores malignos, tercera causa, hay que señalar que de cada 100 decesos, más de 12 se deben a padecimientos en traquea, bronquios y pulmón. El Dr. Domingo Bellsola señala que el cáncer de pulmón suele darse con mayor frecuencia entre los adictos fumadores y que dicho mal provoca la muerte año con año de aproximadamente 3 millones de personas en el mundo.(43)

A este panorama descrito, debemos añadir que los homicidios y las lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, son la décima causa de mortalidad general y que es frecuente que dichos decesos se den en circunstancias en las que el consumo de sustancias tóxicas está presente.

En lo respectivo a los datos específicamente de mortalidad juvenil, la situación tiende a agravarse de manera por demás preocupante, debido a que, por cada 100 fallecimientos de jóvenes a nivel nacional, 54 obedecen sólo a dos causas: accidentes y homicidios o lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona.

Si comparamos el cuadro siguiente con el anterior, notaremos una modificación del orden de las causas de defunción, pues en este último, las vinculadas al consumo de tóxicos cobran terreno ascendente.

(42) Véase: Domingo Bellsola. *Op. cit.* p. 128-129.

(43) *Op. cit.* p. 129.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
GRUPO: 15-34 AÑOS, EN MEXICO
1988

CAUSA	ABS.	%
1. Accidentes (Acc. Tránsito)	16,188	35.38
2. Homicidios y lesiones	8,441	18.44
3. Tumores Malignos (tráquea, bronquios, pulmón) (109)	2,376	5.19
4. Enf. del corazón	1,479	3.23
5. Cirrosis y otras enf. del hígado	1,268	2.77
6. Enf. Infecciosas intestinales	1,067	2.33
7. Tuberculosis pulmonar	917	2.00
8. Influenza y neumonía	697	1.50
9. Enf. Cerebro-vasculares	643	1.40
10. Nefritis y nefrosis	643	1.40
11. Diabetes Mellitus	466	1.01
12. Anemia	450	.98
13. Síndrome de dependen- cia al alcohol	346	.75
14. Deficiencia nutrición	289	.63
15. Septicemia	238	.52
16. Anomalías congénitas	192	.41
17. Bronquitis, asma y enfisema	173	.37
18. Úlcera gástrica	118	.25
19. Arteriosclerosis	12	.0
-Diarritmia cardíaca	526	1.14
-Signos y síntomas morbosos	1,056	2.30
-Las demás	6,178	13.67
TOTAL	45,753	100.0

Fuente: Elaborado en base a: Anuario Estadístico 1989, Dirección General de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales, Secretaría de Salud, México, 1990. Cuadro II.2.1., p. 95

La comparación entre ambos cuadros pone de manifiesto el predominio de padecimientos relacionados con el uso de sustancias tóxicas en la población joven. A lo ya señalado, en el sentido de que más de la mitad de los decesos juveniles son producto de accidentes y homicidios, hay que agregar que esta última razón; homicidios y lesiones, ocupa el décimo lugar

como causa de muerte en la población general, en tanto que en la juvenil pasa a ocupar el segundo. En igual circunstancia se encuentran: la cirrosis, que del noveno sitio asciende al quinto; la tuberculosis pulmonar que del décimo cuarto pasa al séptimo; la nefritis y nefrosis, del treceavo al décimo; y el síndrome de dependencia al alcohol que de ocupar el lugar décimo octavo, asciende a la décimo tercer posición.

Aunque es preciso señalar el hecho de que no en todas las muertes ocasionadas por los padecimientos mencionados está presente el consumo de sustancias tóxicas, el perfil de las causas de mortalidad juvenil es ilustrativo para comprender la dimensión y gravedad del problema adictivo.

Autores como Felipe Martínez Rizo, señalan que no existen estadísticas confiables sobre la mortalidad producida por drogas fuertes.(44) Sin embargo, si examinamos la edad de inicio promedio en el consumo de tóxicos, observamos nuevamente la presencia del binomio juventud-drogas. (ver cuadro)

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS EN MEXICO EDAD DE INICIO

Alcohol	N. D.
Tabaco	12 a 17
Mariguana	12 a 17
Tranquilizantes	18 a 25
Inhalables	12 a 17
Anfetaminas	18 a 25
Analg. Narcots.	18 a 25
Cocaína	12 a 17
Heroína	12 a 17

FUENTE : El control de drogas en México. Programa Nacional 1989-1994 PGR, México 1992

En base a esta información se confirma el hecho de que es en edades tempranas cuando se adquiere el hábito de consumir sustancias tóxicas.

(44) Véase: Felipe Martínez Rizo. *Op. cit.* p. 24-25.

Esta situación se refuerza aún más al observar que la mayoría de las drogas se consumen inicialmente en la fase preadulta, sólo los tranquilizantes, las anfetaminas y los narcóticos, en su mayoría son consumidos por vez primera una vez rebasados los 18 años.

Tal orden de cosas nos permite reiterar, que son los jóvenes quienes se encuentran en mayor riesgo de verse envueltos en el mundo de las drogas, por factores tanto fisiológicos, principalmente por la inestabilidad emocional, la oscilante personalidad y los cambios físicos que se generan en el tránsito de la niñez a la vida adulta; como por los factores de índole económico, político y social ya señalados con antelación.

3.- NIVELES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS EN LA JUVENTUD MEXICANA.

3.1 El estudio de las adicciones en México.

Investigar los índices de consumo de sustancias tóxicas, así como las repercusiones sociales del fenómeno, es una preocupación existente ya algunos años atrás en nuestro país.

El método más utilizado para su estudio ha sido la encuesta de poblaciones. Concretamente, en el caso de la ingestión etílica, Carlos Campillo Serrano y María Elena Medina Mora, en un estudio sobre los problemas y programas de investigación sobre el particular, señalan que: "La tradición de las encuestas data de 1963, fecha en que auspiciado por la PAHO en Viña del Mar, Chile, se llevó a cabo el primer seminario de alcoholismo que unificó criterios de investigación."(1)

En el caso del uso de estupefacientes, los mismos autores apuntan que hacia finales de la década de los sesentas y principio de los setentas en México, al igual que en otros países, el fenómeno dejó de ser propio de grupos minoritarios y empieza a ser extensivo en otros grupos, principalmente jóvenes, lo cual motivó la proliferación de estudios epidemiológicos que en principio se centraron en la población hospitalaria. Posteriormente, en 1972 a raíz de la creación del Centro de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), después Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (CEMESAM), la investigación se amplía a otros núcleos sociales optándose también por la encuesta como método idóneo.(2)

"Las primeras investigaciones fueron en población hospitalaria, debido a que fue en los hospitales donde empezó a reflejarse el problema (...) Pero como los estudios hospitalarios y los efectuados en otros centros de tratamiento

(1) Carlos Campillo Serrano y María Elena Media Mora. "Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas (especialmente solventes) en México." En: **Salud Pública de México**. Epoca V, Volúmen XX, No. 6. Nov.-Dic. 1978. p. 735.

(2) Véase: Op. cit. p. 738-739.

sólo se limitan a investigar una pequeña proporción de los usuarios, ya que la mayoría de ellos no acuden al tratamiento y había necesidad de conocer la extensión del problema, así como aquellos usuarios que por algún motivo no habían acudido al auxilio médico, se recurrió a las encuestas de población general. Entre estos, los más socorridos son los que se efectúan en centros escolares, debido principalmente a que estudian a los jóvenes y a que resultan económicos y de fácil aplicación. Pero como no cubren a otros sectores importantes de la población, como son los grupos mayores de 20 años y sujetos no estudiantes, posteriormente se acudió a las llamadas encuestas de hogares."(3)

De entre la abundante e importante información obtenida por los trabajos de investigación realizados, podemos destacar por ejemplo que para 1972, el Dr. Cabildo detectó a través de una encuesta (cuya muestra fue muy reducida: 392 entrevistas), que el 29.0% de la población urbana eran sujetos abstemios y el 11.7% alcohólicos o bebedores patológicos, mientras que otros estudios, utilizando las tasas de mortalidad por cirrosis hepática y otros instrumentos calculaban que estos fluctuaban entre el 5.7 y el 7%.

Otro estudio, realizado en el Distrito Federal determinó que el 18% de los accidentes de tráfico ocurrieron bajo los efectos del alcohol y, a mediados de los setentas se publicó que de entre los múltiples problemas económicos y sociales que ocasiona el alcoholismo alrededor del 2% de los trabajadores faltan diariamente a causa del trago, esto aunado a que el consumo etílico estuvo involucrado en el 51% de las lesiones ocasionadas por riña.(4)

Tocante al consumo de estupefacientes, en base a los estudios realizados hasta antes de 1988, igualmente es muy difícil hacer generalizaciones válidas para la sociedad en su conjunto, dado que estos se han

(3) Carlos Campillo Serrano y María Elena Medina Mora. "Evaluación del problema desde el punto de vista social." Cap. III de: Ramón De la Fuente (Coor.). "El abuso de las drogas en México." En: Gaceta Médica de México. Vol. 115, No. 11, Nov. 1979. p. 484.

(4) Véase: Carlos Campillo Serrano, et. al: "Evaluación de los problemas y de los programas..." Op. cit. p. 734 y 735.

caracterizado por ser muy específicos, sectorizados y, los más de ellos, con muestras muy reducidas.

Las primeras encuestas se llevaron a efecto en 1972 y se circunscribieron a la población estudiantil de diferentes niveles: el Dr. Lafarga encuestó a la población de 18 a 23 años de una universidad privada de la capital de la República y con una muestra de 642 cuestionarios aplicados determinó que el 20% consumía marihuana y el 7% alucinógenos; Cabildo entrevistó a 467 jóvenes de 16 a 18 años, estudiantes de enseñanza media superior en el Distrito Federal concluyendo que el 17.5% de los mismos habían usado marihuana, hongos o anfetaminas; el Dr. de la Fuente, en la Universidad Nacional Autónoma de México aplicó 233 cuestionarios a igual número de jóvenes entre los 18 y 25 años, lo que le permitió publicar que el 10.4% eran usuarios de marihuana, el 10.7 de inhalantes y el 1.2% de alucinógenos; y el Dr. Carranza, quien encuestó a un elevado número (7,800) de estudiantes de secundaria, concluyó que el 15% había hecho uso de alguna droga.

Wellish y Hays, descubrieron a través de una encuesta para estudiantes de nivel licenciatura en Monterrey, que el 12.9% había usado marihuana, el 4.7% inhalables y el 0.9% opiáceos o cocaína; en tanto Castro y otros investigadores elaboraron el primer muestreo nacional para estudiantes de secundaria y preparatoria, aplicando 9,900 cuestionarios a jóvenes de entre 14 y 18 años. Los resultados más relevantes fueron que el 1.6% había consumido marihuana; el 1.7% anfetaminas; el 0.5% cocaína; y el 0.3% heroína.(5)

De los trabajos más recientes, sobresale el informe de 1987 de los Centros de Integración Juvenil existentes en la capital del país, los datos corresponden básicamente a jóvenes farmacodependientes que acuden a solicitar apoyo, de los cuales el 12.3% tienen entre 10 y 14 años; el 43.0% entre 15 y 19, es decir que agregados, el 55.3% de los adictos a las drogas se encuentran comprendidos en un rango de 10 a 19 años de edad.

(5) Para ahondar la información de todas las investigaciones citadas, véase: Ramón De la Fuente (Coor.). "El abuso de las drogas en México". Op. cit. p. 483-491.

Después de ellos el grupo de entre 20 y 24 años les sigue en importancia con el 25.9%, en tanto que el 18.6% restantes corresponde a mayores de 25 años.

Sobre el tipo de droga consumida el mismo documento reporta que el 34% utiliza la marihuana como droga principal y 32 de cada 100 jóvenes son adictos a los inhalantes en sus distintos tipos, solo por citar los porcentajes de consumo más elevados.(6)

Como podemos observar los datos son en extremo variables de un estudio a otro, tanto en los resultados, como incluso en los rangos de edades elegidos para la población objeto, por lo que es difícil tener un panorama global del consumo nacional con estos instrumentos. Los propios investigadores han sido concientes de tal situación, en el trabajo citado de Campillo Serrano sobre la evaluación de los programas de investigación en la materia se puede leer que durante muchos años la labor de investigación sobre alcoholismo estuvo permeada de grandes defectos como la falta de recursos humanos y materiales, la limitación de facilidades para la investigación, la utilización indiscriminada de métodos y técnicas que demostraron su utilidad en otros países cuyas realidades son diferentes a la nuestra, y la carencia de una política continua y a largo plazo en programas de investigación.(7)

En alusión al estudio del consumo de drogas la realidad no es muy diferente, el Dr. de la Fuente afirma que no obstante a la importancia de tales investigaciones, éstas se caracterizan por ser fragmentarias e incompletas.(8) De tal suerte, que a partir de 1988 podemos hablar de una modificación sustancial sobre la calidad de la información relativa a las adicciones, pues por vez primera se diseña y ejecuta a nivel nacional un estudio sobre el consumo de aquellas sustancias capaces de generar adicción en el sujeto.

(6) Tomado de: Sergio Zermeño, et. al. **Juventud Popular y Bandas en la Ciudad de México**. I.I.S., UNAM. Nov. 1988, MIMEO. p. 124-127.

(7) Véase: Carlos Campillo Serrano, et. al. *Op. cit.* p. 736.

(8) Véase: Ramón De la Fuente. *Op. cit.* p. 479.

3.2 Los Datos Recientes.

Tal como señalamos con antelación, uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos para el estudio de las adicciones radica en la ausencia de estudios sistemáticos, periódicos y de alcance nacional. Con el propósito de responder a este vacío de información se realizó en 1988 la primera **Encuesta Nacional de Adicciones**, este hecho, pionero en nuestro país, forma parte del Sistema de Encuestas Nacionales de Salud, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y de la línea de investigación epidemiológica desarrollada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, es decir, que ambas instancias de manera coordinada ejecutaron tan importante labor.

La población objeto la conforman los individuos residentes en zonas urbanas, cuya edad se encuentra comprendida en un rango de 12 a 65 años y la información obtenida, a raíz del diseño muestral, que se constituye por un gran número de viviendas seleccionadas de tal modo que todos los estratos sociales y zonas geográficas estén igualmente representados, permite hacer generalizaciones sobre los niveles de uso de sustancias adictivas en el total de la población urbana antes referida.

A fin de que los datos obtenidos por la **Encuesta Nacional de Adicciones**, fueran expresión de la mayor rigurosidad científica, se adoptó el esquema conceptual propuesto en 1980 por la Organización Mundial de la Salud. Una vez elaborado el proyecto, este se sometió a la evaluación de un taller internacional para analizar tanto el diseño conceptual, muestral y operativo, así como el instrumento de captación de información. En el mencionado taller participaron investigadores de instituciones internacionales como el National Institute on Drug Abuse, de Estados Unidos; la Addiction Research Foundation de Canadá; Alcohol Research Group, Medical Research Institute de Estados Unidos; la Colorado State University, también norteamericana; y nacionales como: el Instituto Nacional de Salud Mental; el D.I.F.; además de otras importantes instituciones del sector público y social.(9)

(9) Véase: **Encuesta Nacional de Adicciones**. Secretaría de Salud. México, 1990. Tomo: Alcohol. p. 11-18.

Para la ejecución de la encuesta se procedió a regionalizar el territorio nacional en base a una serie de características afines detectadas en los estados de la República. Así, se constituyeron 7 regiones comprendidas de la siguiente manera:

- **Región I, Noroccidental:** Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa.

Región II, Nororiental: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas.

Región III, Centro Norte: Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas.

Región IV, Cd. de México: Distrito Federal.

Región V, Centro: Hidalgo, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala.

Región VI, Centro Sur: Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Veracruz.

Región VII, Sur: Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.(10)

Analizado y aprobado el proyecto se determinó que el número de viviendas a visitar para la aplicación del cuestionario sería de 15,000. El levantamiento se efectuó entre febrero y julio de 1988 y el total de entrevistas completas fue de 12,581.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones fueron publicados por la Secretaría de Salud en 1990, en tres tomos correspondientes al consumo de: alcohol, drogas y tabaco respectivamente.

(10) *Op. cit.* p. 21.

El análisis de la información contenida en tales volúmenes, y principalmente la forma en que ésta se agrupa, nos permitió plantearnos la empresa de aprovechar la división etárea para explorar los niveles de consumo de sustancias tóxicas en la población juvenil urbana a nivel nacional y regional.

Tal cometido no fue una tarea sencilla, pues para la elaboración de los cuadros donde se especifican los índices de consumición en la población joven, se hizo necesario realizar diversos cortes, cruzamientos y análisis estadísticos. De tal suerte que en algunos casos, un cuadro elaborado en materia de uso de estupefacientes y alcohol en el sector juvenil llega a contener información de hasta veinte cuadros generales de la Encuesta, esto al margen de una serie de obstáculos que emanan de las propias características de la información, pues mientras que en los tomos correspondientes a los niveles de ingesta alcohólica y consumo de tabaco existe una división por edades cuyos cortes van de los 12 a los 17 años y de los 18 a los 29; en el tomo relativo a las drogas, sin explicación alguna de por medio, se agrupa a los consumidores en un rango de 12 a 34 años.

La forma en que analizamos y presentamos la información, tal como manifestamos en el espacio donde se exploran las causas de las adicciones, es por apartados, esto no sin reconocer que en su mayoría las drogas se consumen de manera combinada, a excepción del consumo exclusivo de tabaco que se presenta en amplios sectores, el uso de las demás sustancias es casi siempre un proceso donde se realizan diversas combinaciones. Domingo Comas apunta que lo más apropiado sería utilizar el concepto de politoxicomanía en el caso de las adicciones pues: "El usuario y el usuario dependiente son consumidores de varias drogas a la vez, y las situaciones de dependencia se suelen conformar alrededor de una serie de drogas, entre las que casi nunca falta el alcohol."(11) Sin embargo, por la particularidad de la información, que como dijimos ya, se presentan de manera independiente las sustancias, así como por fines prácticos y de claridad expositiva analizamos por separado el consumo de alcohol, de drogas y de tabaco.

(11) Domingo Comas.. **Las Drogas "Guía para mediadores Juveniles"**; Ministerio de Asuntos Sociales, España. Instituto de la Juventud, España, 1992. p. 49.

3.2.1. Ingesta Alcohólica.

El consumo de alcohol entre la población nacional urbana comprendida entre los 12 y 65 años de edad es una práctica cuantitativamente muy considerable, pues del total de esta población que se ubica en un orden de 36'012,200 personas, el 47.74% es consumidora de bebidas etílicas, lo que en términos absolutos representa poco más de 17 millones de bebedores (ver cuadro I), cantidad equivalente al 60% de la población total de los seis países centroamericanos para 1990.*

Aspecto de importancia trascendental para nuestro país, en virtud de que los jóvenes representan un rico potencial de desarrollo, tanto en términos cuantitativos como cualitativos para el presente y futuro de nuestra sociedad, es el hecho que de los 17 millones 193 mil 300 consumidores de alcohol; 9 millones 313 mil 400 son jóvenes entre los 12 y los 29 años de edad, lo que en términos porcentuales representa el 54.16% del total de los bebedores (ver cuadro II).

Lo señalado con anterioridad demuestra que el consumo de bebidas embriagantes en este grupo poblacional es muy elevado y por otro lado, es probable afirmar que para un importante número de jóvenes, la ingestión de bebidas alcohólicas representa un grave problema de implicaciones sociales y de salud. En este sentido el cuadro III nos indica que del total de la población de 18 a 65 años de edad que cumple con el criterio de dependencia etílica, poco más de 53 de cada cien son personas jóvenes comprendidas entre los 18 y los 29 años de edad, cifra que no sólo pone en evidencia, sino que reafirma el hecho de que el alcoholismo es un problema muy grave y de dimensiones muy considerables entre los jóvenes.

Cabe destacar que al realizar un análisis de los patrones de consumo por región y al compararlo con los niveles de dependencia también por región, encontramos una serie de situaciones contrastantes. El cuadro IV nos

* De acuerdo al **Almanaque Mundial 1992**. Ed. América S.A. México 1992. La población total para 1990, de los países: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá es de 28'848,239 personas.

muestra que del total de personas que han consumido alcohol, los jóvenes representan un porcentaje muy significativo y muy similar en las siete regiones, distanciándose únicamente por alrededor de cuatro puntos porcentuales, siendo la región sur la que posee el mayor número de jóvenes bebedores con un 56.97% del total de consumidores, y la nororiental es de menor incidencia con un 52.26%.

Sin embargo, en lo que se refiere a los niveles de dependencia alcohólica, no existe una similitud entre los datos de una región y otra como acontece en el caso anterior. Si bien es cierto que del total de personas entre los 18 y 65 años de edad que cumplen con el criterio de dependencia, en cuatro regiones; la noroccidental, la nororiental; la centro norte y la sur, el porcentaje de jóvenes dependientes oscila entre el 49 y 52 por ciento, cantidad en extremo relevante, en las regiones restantes se presenta una situación polarizada, pues mientras que en la región centro sur los jóvenes dependientes del alcohol no llegan al 30% del total de los dependientes, en la región centro, que está conformada por los estados de: Hidalgo, Guanajuato, Edo. de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala, y la región que comprende a la Ciudad de México, este porcentaje se incrementa más allá del doble del que presenta la región centro sur; pues mientras que en la región centro alcanza el 63.71%, en la capital de la República es el 59.71% (ver cuadro V).

De lo anterior se deduce que tanto en la región centro, como en el Distrito Federal, los jóvenes beben en mayores cantidades y con mayor frecuencia que en el resto de las regiones, no obstante que el número de jóvenes bebedores por cada cien sea similar en todas las regiones, en tanto que, el reverso de la moneda corresponde a la región centro sur cuyos jóvenes beben menos cantidades y en períodos más espaciados.

Ahora bien, haciendo referencia exclusivamente a la población joven, es importante poner de relieve que un análisis comparativo entre la población total de jóvenes urbanos de 12 a 29 años de edad y la población bebedora del mismo rango de edad, pone de manifiesto la gravedad que representan los altos índices de consumo de bebidas etílicas en la población juvenil, así como la variación de estos de una región a otra.

En el cuadro VI se presenta el índice nacional de consumo de bebidas alcohólicas en la población juvenil, mismo que alcanza un 44.62%. A nivel regional encontramos que los niveles de consumo son muy variables, estando algunos por encima de la media nacional, como es el caso de la región que comprende a la Ciudad de México, cuyo índice es el más elevado con un 62.87%, mientras que la región centro reportó el más reducido con un 33.35%, porcentaje de consumidores juveniles que sigue siendo aún muy significativo (ver cuadro VII).

Atención especial demanda el caso de la región centro, pues sus variables se presentan de manera muy disímbola. Véamos: referente al número de consumidores juveniles en relación al total de consumidores comprendidos entre los 12 y los 65 años de edad, estos se encuentran dentro de la media nacional, que como vimos es del 54.16%, en tanto que el porcentaje de la región es del 53.50%; sin embargo, esta región presenta al índice más elevado de jóvenes dependientes al alcohol en relación al total de dependientes; y, para cerrar el cuadro, la región en cuestión representa el índice más bajo de consumidores juveniles en relación al total de jóvenes de la región. En resumen, del total de bebedores de la región centro, al igual que en las demás regiones del país, poco más de la mitad son jóvenes; en tanto que del total de jóvenes de la región, sólo 33 de cada 100 consumen bebidas embriagantes; los cuales se caracterizan por ser los que mayores cantidades y con mayor frecuencia beben, lo que se traduce en el índice de dependencia alcohólica juvenil más elevado del país.

3.2.2. Uso de drogas.

En el apartado relativo a los conceptos básicos, definimos como droga a cualquier sustancia química que produce en el individuo cambios fisiológicos, emocionales o del comportamiento, por lo cual, tanto el alcohol, como el tabaco, son productos que entran en esta definición. Empero, en este espacio consideramos como drogas a los alucinógenos, estimulantes, inhalables, narcóticos, sedantes barbitúricos y tranquilizantes, en virtud de que así se presentan los datos en la Encuesta Nacional de Adicciones.

Ubicados en el análisis que nos ocupa, lo primero que resulta importante destacar es que el consumo de drogas en nuestro país no tiene, pero ni con mucho, los niveles de arraigo que presenta por ejemplo nuestro vecino del norte, donde existen poco más de 25 millones de consumidores de estupefacientes(12) y que, así mismo, no es un fenómeno muy extendido en nuestra sociedad en general y en la población juvenil en lo particular como el alcoholismo, pues del total de la población urbana a nivel nacional entre los 12 y 65 años, el 4.75% (un millón 713 mil personas) ha usado drogas por lo menos una vez en la vida (ver cuadro VIII). Sin embargo, lo que resulta en extremo preocupante es la composición juvenil de la población consumidora de drogas. El cuadro IX nos indica que más de 75 de cada 100 adictos a las drogas a nivel nacional, son personas cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 34 años.

Cabe señalar que los jóvenes urbanos consumidores de drogas, no observan un comportamiento homogéneo en todo el país, encontramos que el índice de consumo más alto corresponde a la Región Noroccidental, en la cual se encuentran los estados fronterizos de Baja California y Sonora, así como el estado de Sinaloa, entidad fuertemente involucrada en la producción y tráfico de estupefacientes. En tal región, del total de personas incluidas en el rango de edad de 12 a 34 años, se detecta el porcentaje más elevado de adictos juveniles a las drogas a nivel nacional, con un 9.73%, seguida de la región Centro Norte con un 6.29% y las regiones Ciudad de México y Sur con porcentajes de 5.67 y 5.85% respectivamente.

La región donde el porcentaje de usuarios juveniles de estupefacientes es menor, es la denominada Nororiental, que en contraste con los casi 10 jóvenes drogadictos por cada cien jóvenes urbanos de la región Noroccidental, alcanza sólo el 3.50% (ver cuadro X).

Ahora bien, la revisión más detallada de las características etáreas de la población consumidora de drogas, testifica de manera paradójica, que del

(12) El dato es presentado por Marcos Kaplan en: **Aspectos Sociopolíticos del Narcotráfico**. Instituto Nacional de Ciencias Penales. México, 1989. Cuadernos del INACIPE, No. 33, p. 61.

total de usuarios de estupefacientes por región, la proporción más alta de adictos jóvenes corresponde a la región Nororiental, en la cual 83 de cada 100 toxicómanos, tienen entre 12 y 34 años. Las regiones que también se encuentran por encima de la media nacional son: la región sur, la centro norte y la Ciudad de México, donde 81, 78 y 77 de cada cien drogadictos son jóvenes respectivamente (ver cuadro XI).

El cuadro XII nos ilustra sobre las drogas que son utilizadas con mayor frecuencia en nuestro país. Notamos que la marihuana se caracteriza por ser la de mayor incidencia de consumo, seguida de los tranquilizantes e inhalables, en tanto que la cocaína representa también un porcentaje considerable; las demás drogas referidas en la Encuesta (heroína, alucinógenos, sedantes, etc.), presentan bajos porcentajes de consumo (ver cuadro XII).

Con respecto a los lugares de obtención de drogas, éstas "... varían dependiendo de las sustancias de que se trate. Destacan en orden decreciente la casa propia o de algún familiar o amigo y las calles o parques. La escuela fue mencionada como fuente importante sólo en el caso de la marihuana (21%) y los bares, cantinas y discotecas en el caso de la cocaína (7.2%)."(13) Las personas que facilitaron mayor parte de las drogas por vez primera, fueron los amigos o conocidos; en el caso de la marihuana se reportó que estos la proporcionaron en un 84%, la cocaína en un 71%, en tanto que los inhalables en un 46%.

Referente a las regiones donde se obtuvieron por primera vez las sustancias tóxicas, se detectó que la Capital de la República es el lugar más común para la adquisición de analgésicos-narcóticos, tranquilizantes, anfetaminas, inhalables y marihuana, comportándose de manera similar la región Centro, sólo con la variación de presentar porcentajes mayores en el caso de sedantes y alucinógenos. Relativo a la cocaína, heroína y opio, se observó que se obtuvieron por vez primera -principalmente- en la región Noroccidental del país, así como en los Estados Unidos y el Canadá.(14)

(13) **Encuesta Nacional de Adicciones.** Secretaría de Salud. México, 1990. Tomo: Drogas p. 19.

(14) Véase: *Op. cit.* p. 20.

Por último, la información vertida en el cuadro XIII refuerza lo ya señalado en el sentido de que es en edades tempranas cuando se adquiere el hábito de drogarse. Tocante al consumo de heroína y opio, sobresale el hecho de que 80 de cada 100 adictos, se iniciaron en esta práctica entre los 12 y los 17 años, situación parecida guarda el caso de los inhalables con 65 de cada 100. Si a estos les adicionamos los drogadictos cuya edad de inicio fue entre los 18 y 25 años, tenemos para el primer caso, que el 100% de los adictos a la heroína y/o al opio se iniciaron como tales entre los 12 y 25 años de edad. Para el segundo caso, los inhalables, el porcentaje alcanza casi el 96%.

El resto de las sustancias tóxicas presentan una situación similar en cuanto a las edades de iniciación de su uso, es decir, que los porcentajes mayores se concentran en el rango de 12 a 17 años para productos como la cocaína y la marihuana, mientras que los analgésicos narcóticos, los tranquilizantes, sedantes y alucinógenos lo hacen en el grupo de edad que va de los 18 a 25 años. (ver cuadro XIII).

3.2.3. Consumo de tabaco.

El fumar es un hábito de dimensiones muy considerables en la población urbana nacional, aproximadamente 26 de cada 100 sujetos cuya edad fluctúa entre los 12 y 65 años son fumadores, esto es en términos absolutos la cantidad de 9 millones 273 mil 900 personas. Al respecto es esencial subrayar que 5 de cada 10 consumidores de tabaco son jóvenes entre los 12 y 29 años. (ver cuadros XIV y XV).

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de tabaco a nivel nacional se percibe que el 48.11% se ubica entre los 12 y los 17 años, en tanto que el 42.39% se inició entre los 18 y 29 años. Tal orden de datos explicita que es en edades tempranas cuando se presenta la tendencia potencial del hábito de fumar, pues agregados estos porcentajes significan el que de cada 100 fumadores, poco más de 90 de los mismos, se inician como consumidores de cigarrillos en las edades antes referidas. (ver cuadro XVI).

Por regiones se observa que la tendencia varía, incrementándose los porcentajes en algunos casos, ya que si bien en las siete regiones se encontró que más del 90% de los adictos al tabaco inician su consumo, en promedio entre los 12 y 29 años, destacan la región Centro con el 98% y la Sur con alrededor del 97. (ver cuadro XVII).

El cuadro XVIII se refiere exclusivamente a la población juvenil urbana y nos permite detectar que del total de jóvenes incluidos en el intervalo de 12 a 29 años de edad, por cada 100, alrededor de 22 se inclinan favorablemente por el uso del tabaco, lo cual pone de manifiesto que el consumo juvenil de tabaco está por debajo del consumo promedio nacional urbano.

Por otra parte, la región Centro fue la que reportó mayor número de fumadores (2'423,600), seguida de la Ciudad de México (1'580,600) y la región Nororiental con 1'563,300. Se encontró así mismo, que para estas regiones, del total de fumadores, los comprendidos entre los 12 y 29 años de edad, constituyen el 50.63%; el 52.81% y el 45.58% respectivamente.

Cabe destacar que la región Sur, no obstante de contener un menor número de adictos al tabaco, se caracteriza por ser la región con el mayor índice de fumadores jóvenes con el 53.18%. (ver cuadro XIX).

Estos datos confirman que los niveles más elevados de incidencia, se ubican en las regiones Centro y Ciudad de México y que tanto el inicio como la prevalencia de consumo de tabaco se concentra en edades que van de los 12 a los 29 años, lo cual nos indica que es en estas zonas y edades donde se deben intensificar las acciones tendientes a prevenir y combatir el problema que representa el hábito de fumar.

CUADROS
(I a XIX)

CUADRO I

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION NACIONAL URBANA BEBEDORA Y LA POBLACION NACIONAL URBANA. PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
12 A 65 años	36.012,200	100.00
Bebedores de 12 a 65 años	17.193,300	47.74

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO 1990. P.P. 305 Y 314.

CUADRO II

POBLACION NACIONAL URBANA QUE HA CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHOLICAS, PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
12 a 65 años	17,193.300	100.00
12 a 29 años	9.313,400	54.16

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 305, 314, 317.

CUADRO III

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION URBANA NACIONAL QUE CUMPLE EL CRITERIO DE DEPENDENCIA Y LA POBLACION JUVENIL URBANA EN EL MISMO CASO, PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
18 a 65 años	1,651,900	100.0
18 a 29 años	878,900	53.20

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 305, 324 Y 325.

CUADRO IV

POBLACION NACIONAL URBANA, QUE HA CONSUMIDO ALCOHOL POR REGIONES EN 1988.

REGION	GRUPO DE 12 A 29 AÑOS		GRUPO DE 12 A 65 AÑOS	
	ABS.	%	ABS.	%
NOROCCIDENTAL	794,300	54.26	1,464,000	100.0
NORORIENTAL	1,407,000	52.26	2,673,500	100.0
CENTRO NORTE	933,200	52.99	1,761,00	100.0
CD. DE MEXICO	1,870,100	55.46	3,371,500	100.0
CENTRO	1,890,500	53.50	3,533,000	100.0
CENTRO SUR	1,717,900	54.34	3,161,000	100.0
SUR	700,400	56.97	1,229,300	100.0

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 36, 37, 43, 74, 75, 81, 112, 113, 150, 151, 157, 188, 195, 226, 227, 233, 264, 265 Y 271.

CUADRO V

POBLACION NACIONAL URBANA, QUE PRESENTA DEPENDENCIA AL CONSUMO DEL ALCOHOL, POR REGIONES EN 1988.

REGION	GRUPO DE 18 A 29 AÑOS		GRUPO DE 18 A 65 AÑOS	
	ABS.	%	ABS.	%
NOROCCIDENTAL	60,400	52.43	115,200	100.0
NORORIENTAL	117,600	51.94	226,400	100.0
CENTRO NORTE	88,700	48.78	181,800	100.0
CD. DE MEXICO	135,800	59.71	227,400	100.0
CENTRO	349,900	63.71	550,800	100.0
CENTRO SUR	68,900	28.93	238,100	100.0
SUR	57,600	51.33	112,200	100.0

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 49, 50, 87, 88, 125, 126, 163, 164, 201, 202, 239, 240, 277 Y 278.

CUADRO VI

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION URBANA JUVENIL Y LA POBLACION URBANA JUVENIL QUE HA CONSUMIDO ALCOHOL PARA 1988

GRUPO	ABS.	%
12 A 29 AÑOS	20,872,500	100.0
12 A 29 AÑOS QUE HA CONSUMIDO ALCOHOL	9,313,400	44.62

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 246, 300 Y 316.

CUADRO VII

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION JUVENIL URBANA Y LA POBLACION URBANA JUVENIL BEBEDORA, POR REGIONES EN 1988.

REGION	BEBEDORES DE 12 A 29 AÑOS		POBLACION DE 12 A 29 AÑOS	
	ABS.	%	ABS.	%
NOROCCIDENTAL	794,300	54.62	1,454,000	100.0
NORORIENTAL	1,497,000	42.17	3,336,200	100.0
CENTRO NORTE	933,200	44.76	2,084,500	100.0
CD. DE MEXICO	1,870,100	62.87	2,974,200	100.0
CENTRO	1,890,500	33.35	5,668,100	100.0
CENTRO SUR	1,717,900	44.57	3,854,100	100.0
SUR	700,400	46.60	1,501,000	100.0

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ALCOHOL), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 30, 36, 43, 68, 75, 106, 112, 144, 150, 182, 189, 220, 226, 258, 265.

CUADRO VIII

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION NACIONAL URBANA Y LA POBLACION NACIONAL URBANA QUE HA USADO DROGAS, PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
12 A 65 AÑOS	36,012,100	100.0
12 A 65 AÑOS QUE HA USADO DROGAS	1,713,000	4.75

CUADRO ELABORADO CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (DROGAS), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 394 Y 402.

CUADRO IX

POBLACION URBANA NACIONAL QUE HA USADO DROGAS, PARA 1988

GRUPO	ABS.	%
12 A 65 AÑOS	1,713,000	100.0
12 A 34 AÑOS	1,294,000	75.48

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (DROGAS), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P. 402.

CUADRO X

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION JUVENIL URBANA Y LA POBLACION JUVENIL QUE HA USADO DROGAS, POR REGIONES EN 1988.

REGION	POBLACION DE 12 A 34 AÑOS		POBLACION 12 A 34 AÑOS QUE HA USADO DROGAS	
	ABS.	%	ABS.	%
NOROCCIDENTAL	1,735,900	100.0	169,000	9.73
NORIENTAL	3,968,500	100.00	139,000	3.50
CENTRO NORTE	2,416,500	100.0	152,000	6.29
CD. DE MEXICO	3,503,900	100.0	199,000	5.67
CENTRO	6,550,800	100.0	362,000	5.52
CENTRO SUR	4,448,300	100.0	171,000	3.84
SUR	1,741,100	100.0	102,000	5.85
TOTAL	24,365,000		1,294,000	

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (DROGAS), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 30, 82, 134, 186, 238, 290 Y 342.

**CUADRO XI
POBLACION URBANA QUE HA USADO DROGAS
POR REGIONES PARA 1988**

REGION	POBLACION (12-65 AÑOS)		POBLACION (12-34 AÑOS)		% DE 12 A 34 AÑOS CON RESPECTO A 12 A 65
	ABS.	%	ABS.	%	
NOROCCIDENTAL	226,000	13.19	169,000	13.06	74.77
NORORIENTAL	167,000	9.74	139,000	10.74	83.23
CENTRO NORTE	195,000	11.38	152,000	11.74	77.94
CD. DE MEXICO	259,000	15.11	199,000	15.37	76.83
CENTRO	493,000	28.77	382,000	27.97	73.42
CENTRO SUR	247,000	14.41	171,000	13.21	69.23
SUR	126,000	7.35	102,000	7.88	80.95
TOTAL	1,713,000	100.00	1,294,000	100.00	75.53

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (DROGAS), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 187, 253.

CUADRO XII

**POBLACION URBANA JUVENIL, SEGUN PREVALENCIA DE USO DE
DROGAS, PARA 1988.**

TIPO DE DROGA	PREVALENCIA ULTIMO AÑO		PREVALENCIA ALGUNA VEZ	
	ABS.	%	ABS.	%
ANALGESICOS	22,000	3.40	29,000	1.61
NARCOTICOS TRANQ.	121,000	14.31	196,000	10.81
SEDANTES	8,000	.70	18,000	1.01
OTROS DEPRESORES	19,000	2.21	61,000	3.32
ESTIMULANTES	54,000	6.32	135,000	7.52
OTROS ESTIMULANTES	9,000	1.0	27,000	1.50
INHALABLES	92,000	10.91	246,000	13.62
MARIGUANA	399,000	47.24	868,000	48.20
ALUCINOGENOS	42,000	4.93	84,000	4.63
COCAINA	63,000	7.41	98,000	5.42
HEROINA	17,000	2.00	38,000	2.12
TOTAL	844,000	100.0	1,800,000	100.0

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (DROGAS), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 414 Y 418.

CUADRO XIII
POBLACION URBANA DE 12 A 34 AÑOS
SEGUN EDAD DE INICIO EN EL USO DE
DROGAS PARA 1988

DROGA	12 A 17 AÑOS		18 A 25 AÑOS		26 A 34 AÑOS	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
ANALG. NARCOT.	1,200	29.28	20,000	48.78	1,000	2.43
TRANQUILIZANTES	59,000	28.50	85,000	41.06	28,000	13.52
SEDANTES	3,000	15.78	8,000	42.10	4,000	21.05
ESTIMULANTES	41,000	20.29	77,000	38.11	7,400	36.83
INHALABLES	120,000	65.21	56,000	30.43	8,000	4.36
MARIHUANA	335,000	45.82	317,000	43.36	66,000	9.02
ALUCINOGENOS	23,000	31.50	35,000	47.94	14,000	19.17
COCAINA	42,000	46.15	28,000	30.76	21,000	23.07
HEROINA, OPIO	23,000	79.31	6,000	20.68	0	0.00
TOTALES	658,000	42.83	632,000	41.14	216,000	14.06

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (DROGAS), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 424.

CUADRO XIV

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION NACIONAL URBANA FUMADORA Y LA POBLACION URBANA NACIONAL PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
POBLACION DE 12 A 65 AÑOS	36,012,100	100.0
FUMADORES DE 12 A 65 AÑOS	9,273,900	25.75

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (TABACO), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 308 Y 322.

CUADRO XV

POBLACION NACIONAL URBANA QUE ACTUALMENTE FUMA PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
12 A 65 AÑOS	9,273,900	100.0
12 A 29 AÑOS	4,547,700	49.0

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (TABACO), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P. 333.

CUADRO XVI

EDAD DE INICIO EN EL HABITO DE FUMAR A NIVEL NACIONAL EN AREAS URBANAS, PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
MENOR DE 12 AÑOS	332,500	3.58
DE 12 A 17 AÑOS	4,461,700	48.11
DE 18 A 29 AÑOS	3,932,000	42.39
DE 30 A 39 AÑOS	292,300	3.10
DE 40 A 65 AÑOS	134,600	1.45
NS. NC.	120,800	1.30
TOTAL	9,273,900	100.0

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (TABACO) SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 52, 92, 132, 172, 212, 252 Y 292.

CUADRO XVII

EDAD DE INICIO EN EL HABITO DE FUMAR POR REGIONES PARA 1988
(POBLACION URBANA).

REGION	GRUPO DE 12 A 29 AÑOS		GRUPO DE 30 A 65 AÑOS		GRUPO DE 12 A 65 AÑOS	
	ABS.	%	ABS.	%	ABS.	%
NOROCCIDENTAL	677,990	95.22	34,100	0.04	714,000	100
NORORIENTAL	1,411,000	93.23	102,300	6.76	1,513,300	100
CENTRO NORTE	877,400	98.00	17,800	1.90	895,200	100
CD. DE MEXICO	1,450,500	94.80	79,500	.06	1,530,000	100
CENTRO	2,157,700	94.26	131,200	5.73	2,288,900	100
CENTRO SUR	1,330,500	96.71	45,200	3.28	1,375,000	100
SUR	533,600	96.94	16,800	3.05	550,900	100

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE APIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (TABACO), SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 52, 92, 132, 172, 212, 252 Y 292.

CUADRO XVIII

COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION JUVENIL URBANA FUMADORA Y
LA POBLACION URBANA JUVENIL PARA 1988.

GRUPO	ABS.	%
POBLACION DE 12 A 29 AÑOS	20,872,800	100.0
FUMADORES DE 12 A 29 AÑOS.	4,547,400	21.76

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (TABACO) SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1990, P.P. 308 Y 322.

CUADRO XIX**POBLACION URBANA QUE ACTUALMENTE FUMA POR REGIONES, PARA 1988.**

REGIONES	POBLACION FUMADORA DE 12 A 29 AÑOS		POBLACION FUMADORA DE 12 A 65 AÑOS	
	ABS.	%	ABS.	%
NOROCCIDENTAL	340,200	45.71	744,100	100.0
NORORIENTAL	712,600	45.58	1,563,300	100.0
CENTRO NORTE	447,700	48.17	929,300	100.0
CD. DE MEXICO	834,800	52.81	1,580,600	100.0
CENTRO	1,227,300	50.63	2,423,600	100.0
CENTRO SUR	679,300	46.57	1,458,600	100.0
SUR	305,500	53.18	574,400	100.0
TOTAL	4,547,400		9,273,900	

CUADRO ELABORADO, CON BASE EN: SECRETARIA DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA E INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (TABACO) SECRETARIA DE SALUD, MEXICO, 1991, P.P. 40, 80, 120, 160, 200, 240 Y 280.

3.3 Efectos en la salud de los jóvenes.

En virtud de los datos referidos en los apartados anteriores se puede señalar, que tanto los niveles de consumo, como el uso preferencial de determinadas sustancias tóxicas, presentan características diversificadas de acuerdo a cada una de las regiones en que se ha analizado el fenómeno, situación que se refleja en la afección del estado de salud de los consumidores, hecho que en múltiples ocasiones les conduce a la pérdida de la vida.

La región Centro y la Ciudad de México, como ya observamos en el cuadro V, se caracterizan por poseer el porcentaje más elevado de jóvenes dependientes al alcohol, con el 63.71% y el 59.71% respectivamente, del total de dependientes etílicos.

Cabe señalar que la región Centro está conformada por entidades federativas altamente productoras de bebidas embriagantes: Querétaro y Guanajuato son importantes productores de uva y sus derivados; Morelos, de alcohol de caña; mientras que Hidalgo, Puebla y Tlaxcala, lo son de pulque y aguardiente.(15) En tanto que en la Ciudad de México existe una compleja red de distribución y abastecimiento, como una serie de sofisticados instrumentos de comercialización, que van desde los mensajes emitidos por los medios de comunicación, la alta proliferación de discotecas, bares, cantinas, hasta vinaterías y tiendas de abarrotes donde se venden bebidas alcohólicas.

No es fortuito entonces, que la vasta producción etílica, la elevada comercialización y distribución y los altos niveles de consumo de bebidas embriagantes en la población juvenil de la región Centro y de la Ciudad de México, se reflejen de manera trágica como elementos que inciden en las principales causas de defunción de los jóvenes, pues las causas de mortalidad asociadas al consumo etílico en la Región Centro, se ubican por

(15) Véase: Rodolfo Peregrina. "Aspectos Agrícolas, Industriales y Comerciales". En: *El alcoholismo en México*. Valentín Molina Piñeiro; Carlos Román Celis, et. al. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. y Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México 1983. p. 94-99.

encima de la media nacional, siendo superada exclusivamente por los porcentajes de la Ciudad de México.

En el apartado 2.5, hemos ya señalado que como causas de mortalidad de la población nacional entre los 15 y los 34 años de edad, la cirrosis ocupa el quinto lugar; la nefritis el décimo; y el síndrome de dependencia al alcohol, el décimo tercero. Pero si analizamos estas mismas causas de muerte en el mismo grupo etáreo de la región Centro y en la Ciudad de México, los cuadros XXIII y XXIV ponen en evidencia que sus promedios están por encima de los nacionales. La cirrosis, en el caso de la región Centro -en relación a los datos nacionales- pasa del quinto al cuarto sitio; la nefritis del décimo al octavo; en tanto que el síndrome de dependencia al alcohol permanece en la posición número trece. Más dramático es aún el testimonio de la Ciudad de México: la cirrosis ocupa también el cuarto sitio; sin embargo, la nefritis asciende al séptimo lugar; y el síndrome de dependencia alcohólica escala hasta la posición número diez.

En contraparte, si observamos estas mismas causas de deceso en las regiones sobrantes, es notoria una tendencia a la baja. La cirrosis oscila entre la séptima y la octava posición y el síndrome de dependencia al alcohol se llega a ubicar en la posición número diez y seis en la región Noroccidental y hasta la diez y nueve en la región Sur. (ver cuadros XX, XXI y XXVI).

Referente a la región que se caracteriza por el consumo más alto de drogas, la Noroccidental, es preciso destacar que de las entidades federativas que la conforman: Baja California, Sonora y Sinaloa, son identificadas por el Programa Nacional 1989-1994, El control de Drogas en México, como una importante ruta de tráfico de marihuana, opiáceos y cocaína,(16) y que adicionalmente el estado de Sinaloa se encuentra fuertemente involucrado en la producción y distribución de estupefacientes.

Por último, debemos reiterar que si bien es cierto que el establecer una relación lineal, como elemento causal, entre consumo de sustancias tóxicas

(16) *Op. cit.* p. 10-11.

e índices de mortalidad, es un recurso de gran utilidad como función ilustrativa, también es verdad que es un hecho poco riguroso en términos científicos, que no responde siempre de manera estricta a la realidad, no obstante de la coherencia existente en el caso de los productos etílicos referido en líneas anteriores, que relaciona producción, distribución, consumo y mortalidad, pues esta correlación de datos pudo no haberse dado, en virtud de que algunos de los padecimientos señalados pueden ser ocasionados por causas ajenas al consumo alcohólico, además de que cada uno de los estados que conforman las regiones, disponen de diversos niveles de equipamiento médico, de infraestructura hospitalaria, de personal capacitado en el ámbito de la salud, etc., en suma, que las causas y los índices de deceso están también estrechamente vinculados a la calidad de los servicios médicos con que se cuenta en cada una de las regiones en que se dividió al país para el estudio de las adicciones.

A esta situación debemos agregar lo ya apuntado en capítulos anteriores en el sentido de que el consumo de drogas se da en su mayoría de manera combinada entre diversas sustancias, por lo que un alto porcentaje de adictos son poliusuarios y por otro lado, es menester considerar que los males ocasionados por las diferentes sustancias no se presentan siempre con la misma intensidad en todos los toxicómanos, ello depende no sólo de las cantidades de droga que se consuma, sino también de ciertas características particulares del sujeto, como su nivel de nutrición, amén de que los efectos ocasionados por los tóxicos no se presentan todos en un mismo espacio de tiempo, pues mientras que el consumo excesivo de determinadas sustancias tiene efectos fulminantes en el corto plazo, como los inhalables, hay otros cuyos males repercuten a mediano plazo, y otros más que se caracterizan porque sus consecuencias hacen acto de presencia en el largo plazo, cuyo ejemplo más sobresaliente es el consumo de tabaco.

**CUADROS
(XX a XXVI)**

CUADRO XX
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION NOROCCIDENTAL
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 34 AÑOS		TOTAL		PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	
1 ACCIDENTES	2413	39.89	5921	10.56	40.75
2 ACC.DE TRAFICO DE VEH. AUTOMOTOR	671	11.09	1527	2.72	43.99
3 HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	973	16.08	1621	2.89	60.02
4 TUMORES MALIGNOS DE LA TRAQUEA	383	6.33	6722	11.99	5.69
5 DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	17	0.28	1102	1.96	1.54
6 ENFERMEDADES DEL CORAZON	212	3.5	7752	13.83	2.73
7 SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS	123	2.03	241	0.43	51.03
8 NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	118	1.95	1150	2.05	10.26
9 TUBERCULOSIS PULMONAR	118	1.95	1064	1.89	11.09
10 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	101	1.66	3282	5.85	3.07
11 INFLUENZA Y NEUMONIA	72	1.19	2110	3.76	3.41
12 DIABETES MELLITUS	71	1.17	4382	7.82	1.62
13 CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO	60	0.99	1175	2.09	5.1
14 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	57	0.94	2020	3.6	2.82
15 EPILEPSIA	35	0.57	83	0.14	42.16
16 ANEMIA	32	0.52	378	0.67	2.5
17 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	32	0.52	236	0.42	13.55
18 BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	21	0.34	1142	2.03	1.83
19 DEFICIENCIA DE LA NUTRICION	21	0.34	838	1.49	2.5
20 SEPTICEMIA	16	0.26	185	0.33	8.64
21 ANOMALIAS CONGENITAS DEL CORAZON Y DEL APARATO CIRCULATORIO	14	0.23	336	0.59	4.16
22 ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES	13	0.21	316	0.56	4.11
LAS DEMAS	1164	19.24	15066	26.89	7.72
TOTAL	6049	100	56020	100	10.79

FUENTE: Elaborado con base en: Anuario Estadístico 1989, Secretaría de Salud, México 1990, p.p. 100, 103, 105, 114, 119 Y 123.

CUADRO XX1
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION NORORIENTAL
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 34 AÑOS		ABS.	TOTAL %	PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL
	ABS.	%			
1 ACCIDENTES	1504	43.67	3648	14.02	41.22
2 ACCIDENTES DE TRAF. DE VEH. AUTOMOTOR	485	14.08	1167	4.48	41.63
3 HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	605	17.56	980	3.76	61.73
4 TUMORES MALIGNOS	195	5.66	3240	12.45	6.01
5 DE LA TRAQUEA DE LOS BRONQUIOS	2	0.05	590	2.26	0.33
6 ENFERMEDADES DEL CORAZON	98	2.84	3589	13.79	2.73
7 SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS	86	2.49	167	0.64	51.49
8 TUBERCULOSIS PULMONAR	78	2.26	436	1.67	17.88
9 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	46	1.33	1285	4.93	3.57
10 CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO	41	1.19	543	2.08	7.55
11 NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	41	1.19	427	1.64	9.6
12 DIABETES MELLITUS	30	0.87	1719	6.6	1.74
13 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	25	0.72	905	3.76	61.73
14 INFLUENZA Y NEUMONIA	22	0.63	834	3.2	2.63
15 SEPTICEMIA	17	0.49	185	0.71	9.18
16 DEFICIENCIA EN LA NUTRICION	16	0.46	505	1.94	3.16
17 ANEMIA	16	0.46	266	1.02	6.01
18 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	15	0.43	122	0.46	12.29
19 ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES	11	0.31	98	0.37	11.22
20 ANOMALIAS CONGENITAS DEL CORAZON Y DEL APARATO CIRCULATORIO	10	0.29	123	0.47	8.13
21 BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	9	0.26	621	2.38	1.44
22 ARTERIOESCLEROSIS	2	0.05	107	0.41	1.86
LAS DEMAS	577	16.75	6213	23.88	9.28
TOTAL	3444	100	26013	100	13.2

FUENTE: Elaborado con base en: Anuario Estadístico 1989. Secretaría de Salud.
México 1990, p.p. 97, 98, 121, 120.

CUADRO XXII
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION CENTRO NORTE
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 34 AÑOS		TOTAL		PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL	
	ABS.	%	ABS.	%		
1 ACCIDENTES	1741	38.97	5087	11.73		34.22
2 ACCIDENTES DE TRAFICO DE VEHICULO AUTOMOTOR	384	8.59	1041	2.4		36.88
3 HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	808	18.08	1442	3.32		56.03
4 TUMORES MALIGNOS DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	268	5.99	4515	10.41		5.93
	20	0.44	708	1.63		2.82
5 ENFERMEDADES DEL CORAZON	176	3.94	5501	12.68		3.19
6 CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HIGADO	108	2.41	1251	2.88		8.63
7 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	80	1.79	2184	5.03		3.66
8 INFLUENZA Y NEUMONIA	69	1.54	2084	4.8		3.31
9 NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	57	1.27	928	2.14		6.14
10 DIABETES MELLITUS	49	1.09	2243	5.17		2.18
11 SEPTICEMIA	35	0.78	408	0.94		8.33
12 TUBERCULOSIS PULMONAR	33	0.73	392	0.9		0.08
13 ANEMIA	31	0.69	470	1.08		1.56
14 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	31	0.69	220	0.5		14.09
15 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	30	0.67	1911	4.4		1.56
16 DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	29	0.64	952	2.19		3.04
17 SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS	26	0.58	46	0.1		56.52
18 BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	22	0.49	956	2.2		2.3
19 ANOMALIAS CONGENITAS DEL CORAZON Y DEL APARATO CIRCULATORIO	14	0.31	260	0.59		5.38
20 ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES	12	0.26	396	0.91		3.03
21 EPILEPSIA	11	0.24	30	0.06		36.66
LAS DEMAS	836	18.71	12079	27.86		6.92
TOTAL	4467	100	43355	100		10.3

FUENTE: Elaborado con base en :Anuario Estadístico 1989. Secretaría de Salud, México, 1990, p.p. 96, 101, 108, 113 y 127.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO XXIII
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION CIUDAD DE MEXICO
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 54 AÑOS		TOTAL		PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	
1 ACCIDENTES	1463	33.04	3740	8.6	39.11
2 ACC. DE TRAFICO DE VEH. AUTOMOTOR	441	9.46	1081	2.48	40.79
3 HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	761	17.2	1203	2.76	63.25
4 TUMORES MALIGNOS	323	7.3	5131	11.8	6.29
DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	10	0.22	538	1.23	1.85
5 CIRROCIS Y OTRAS ENFER. DEL HIGADO	263	5.94	2809	6.46	9.36
6 ENFERMEDADES DEL CORAZON	168	3.79	5990	13.77	2.8
7 DIABETES MELLITUS	82	1.85	4292	9.87	1.91
8 NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO Y NEFROSIS	82	1.85	921	2.11	8.9
9 INFLUENZA Y NEUMONIA	78	1.76	1966	4.52	3.96
10 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	71	1.6	2296	5.28	3.09
11 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	53	1.19	249	0.57	21.28
12 ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	52	1.17	1255	2.88	4.14
13 ANOMALIAS CONGENITAS DEL CORAZON Y DEL APARATO CIRCULATORIO	44	0.99	426	0.97	10.32
14 TUBERCULOSIS PULMONAR	31	0.7	253	0.58	12.25
15 ANEMIA	25	0.56	270	0.62	9.25
16 DEFICIENCIAS EN LA NUTRICION	15	0.33	490	1.12	3.06
17 BRONQUITIS CRONICA; ENFISEMA Y ASMA	14	0.31	1020	2.34	1.37
18 ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES	6	0.13	334	0.76	1.79
19 OBSTRUC. INTEST. SIN MENCION DE HERNIA	5	0.11	154	0.35	3.24
LAS DEMAS	888	20.07	10675	24.55	8.31
T O T A L	4424	100	43474	100	10.17

FUENTE: Elaborado con base en: Anuario Estadístico 1989, Secretaría de Salud, México 1990, pág. 104

CUADRO XXIV
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION CENTRO
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 34 AÑOS		TOTAL		PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	
1 ACCIDENTES	4884	36.68	12772	10.71	38.23
2 ACCIDENTES DE TRAF. DE VEH. AUTOMOTOR	645	4.84	3862	3.23	16.7
3 HOMICIDIO Y LESIONES ANTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	2358	17.71	4580	3.84	51.48
4 TUMORES MALIGNOS	638	4.79	7984	6.69	7.99
DE LA TRAQUEA, BRONQUIOS Y DEL PULMON	26	0.19	622	0.52	4.18
5 CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO	453	3.4	6619	5.55	6.84
6 ENFERMEDADES DEL CORAZON	425	3.19	9962	7.85	4.53
7 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	316	2.37	11179	9.37	2.82
8 INFLUENZA Y NEUMONIA	282	2.11	9827	8.24	2.86
9 NEFRITIS Y SINDROME NEFROTICO NEFROSIS	200	1.5	2235	1.87	8.94
10 TUBERCULOSIS PULMONAR	194	1.45	1381	1.15	14.04
11 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	180	1.35	4558	3.82	3.94
12 DIABETES MELLITUS	128	0.96	5960	4.99	2.14
13 ANEMIA	123	0.92	1307	1.09	9.41
14 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	105	0.78	787	0.66	13.34
15 DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	69	0.51	2793	2.34	2.47
16 EPILEPSIA	53	0.39	127	0.1	41.73
17 BRONQUITIS CRONICA, EFISEMA Y ASMA	50	0.37	2998	2.51	1.7
18 SEPTICEMIA	43	0.32	506	0.42	8.49
19 ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES	39	0.29	886	0.74	4.4
20 BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS	13	0.09	652	0.54	1.99
21 ARTERIOESCLEROSIS	1	0	91	0.07	1.99
LAS DEMAS	2760	20.73	32599	27.34	8.46
TOTAL	13314	100	119203	100	11.16

FUENTE: Elaborado con base en: Anuario Estadístico 1989. Secretaría de Salud. México 1990, p.p. 108, 106, 110, 112, 116, 117 y 124.

CUADRO XXV
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION CENTRO SUR
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 34 AÑOS		TOTAL		PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	
1 ACCIDENTES	2753	36.42	7455	9.48	36.42
2 ACCIDENTES TRAF. DE VEH. AUTOMOTOR	1026	10.46	2497	3.17	41.08
3 HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA	2441	20.89	4827	6.14	50.56
4 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	391	4.75	8220	10.46	4.75
5 TUMORES MALIGNOS DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y PULMON	370	3.77	6216	7.91	5.95
6 TUBERCULOSIS PULMONAR	22	0.22	538	0.68	4.08
7 ENFERMEDADES DEL CORAZON	303	3.09	1744	2.21	17.37
8 CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO	283	2.88	6719	8.55	4.21
9 ANEMIA	268	2.73	2805	3.57	9.55
10 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	184	1.87	1974	2.51	9.32
11 NEFRITIS SINDROME NEFROTICO NEFROSIS	116	1.18	3261	4.15	3.55
12 INFLUENZA Y NEUMONIA	111	1.13	1267	1.61	8.76
13 DEFICIENCIAS EN LA NUTRICION	107	1.09	2902	3.69	3.68
14 EPILEPSIA	106	1.08	2632	3.34	4.02
15 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	100	1.02	286	0.36	34.96
16 DIABETES MELLITUS	86	0.87	663	0.84	12.97
17 SEPTICEMIA	77	0.78	3744	4.76	2.05
18 BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	43	0.43	375	0.47	11.46
19 ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES	38	0.38	1800	2.29	2.11
20 ANOMALIAS CONGENITAS DEL CORAZON Y DEL APARATO CIRCULATORIO	28	0.28	550	0.7	5.09
21 EMBOLIA Y TROMBO ARTERIAL	23	0.23	245	0.31	9.38
	5	0.05	44	0.05	11.36
LAS DEMAS	1970	20.09	20840	26.52	9.45
T O T A L	9803	100	78569	100	12.47

FUENTE: Elaborado con base en: Anuario Estadístico 1989. Secretaría de Salud. México 1990, p.p. 107, 111, 115 y 125.

CUADRO XXVI
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
REGION SUR
1988

CAUSAS	GRUPO DE 15 A 34 AÑOS		TOTAL		PORCENTAJE DE LA POBLACION DE 15 A 34 AÑOS EN RELACION AL TOTAL
	ABS.	%	ABS.	%	
1 ACCIDENTES	1224	28.45	2939	8.8	41.64
2 ACCIDENTES DE VEHICULO AUTOMOTOR	381	8.85	814	2.43	48.6
3 HOMICIDIO Y LESIONES INFLINGIDAS POR OTRAS PERSONAS	431	10.01	869	2.6	49.59
4 ENFER. INFECCIOSAS INTESTINALES	196	4.55	4145	12.41	4.72
5 TUMORES MALIGNOS	176	4.09	2576	7.71	6.83
6 TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	4	0.09	163	0.48	2.45
7 TUBERCULOSIS PULMONAR	159	3.69	727	2.17	21.87
8 SUICIDIO Y LESIONES AUTOINFLINGIDAS	158	3.67	280	0.83	56.42
9 ENFERMEDADES DEL CORAZON	105	2.44	2464	7.37	4.26
10 CIRROCIS Y OTRAS ENF. DEL HIGADO	75	1.74	1041	3.11	7.2
11 INFLUENZA Y NEUMONIA	54	1.25	1188	3.55	4.54
12 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	46	1.06	1137	3.4	4.04
13 ANEMIA	39	0.9	614	1.83	6.35
14 EPILEPSIA	39	0.9	74	0.22	51.7
15 DIABETES MELLITUS	35	0.81	1233	3.69	2.83
16 DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	33	0.76	944	2.82	3.49
17 NEFRITIS, SINDROME NEFROTICO NEFROSIS	33	0.76	357	1.06	9.24
18 SEPTICEMIA	32	0.74	368	1.1	8.69
19 BRONQUITIS CRONICA, ENFISEMA Y ASMA	17	0.39	736	2.2	2.3
20 ANOMALIAS CONGENITAS DEL CORAZON Y DEL APARATO RESPIRATORIO	9	0.2	110	0.32	8.18
21 SINDROME DEPENDENCIAL AL ALCOHOL	6	0.13	65	0.19	9.23
22 MENINGITIS	5	0.11	74	0.22	6.75
LAS DEMAS	1430	33.22	11452	34.29	12.48
TOTAL	4302	100	33393	100	12.88

FUENTE: Elaborado con base en: Anuario Estadístico 1989. Secretaría de Salud. México 1990, p.p. 99, 102, 118, 122 y 126

4. LA RESPUESTA SOCIAL.

Las adicciones son un fenómeno que afecta a todos los sectores de la población dado que no se presenta exclusivamente en individuos de un determinado grupo de edad, ni tampoco es privativo de un estrato social económico específico. Pese a ello, sabemos que el hecho suele manifestarse con mayor frecuencia e intensidad en ciertos grupos que, por sus propias características están más expuestos y son más vulnerables, como es el caso de la población juvenil y el de aquella que vive bajo el espectro de la marginalidad en las zonas urbanas de gran densidad demográfica.

Ante tal situación, la sociedad mexicana ha reaccionado de manera crecientemente sensible y organizada, sea ya a través de la constitución de asociaciones civiles, como de la instrumentación de planes y programas del sector público tendientes a enfrentar el problema, sin embargo, así mismo es innegable que los niveles de organización, participación y respuesta han sido muy heterogéneos, caracterizándose en ocasiones por ser acciones dispersas, anárquicas y sin coordinación, tanto de las instancias civiles entre sí, como de estas con las instituciones públicas.

4.1 Una sociedad que se organiza.

Diversos estudios señalan que la sociedad mexicana actual se encuentra en una etapa de transición, por lo que se caracteriza por una creciente organización, por la elevación de sus niveles de participación y por su mayor interés e incidencia en la vida pública, llegando incluso a plantear la existencia de una "nueva sociedad civil", en tal sentido lo expuesto por Carlos Fuentes es en extremo revelador, pues señala:

"La Revolución urbanizó e industrializó a México; envió a millones de niños a la escuela. El resultado es una nueva sociedad civil, letrada, enérgica, compuesta por profesionistas, burócratas, tecnócratas, comerciantes, empresarios, intelectuales, mujeres. La nueva sociedad civil le pide al sistema lo mismo que el sistema le enseñó a la

sociedad: justicia social con libertades democráticas, progreso y reformas."(1)

Otro investigador de reconocido prestigio que argumenta en favor de la existencia de una nueva sociedad civil o sociedad emergente si se prefiere, es Carlos Monsiváis, quien considera que nuestra sociedad está viviendo un avance civil continuo que ha logrado entre otras cosas, un cambio de mentalidades y un estado de ánimo democratizador en amplios sectores. En este orden de ideas ha escrito:

"El interés en participar va de la obtención de espacios de poder a las cuestiones ecológicas, académicas, de derechos de la mujer y de las minorías, de vida urbana. Sean espectaculares o modestos, los avances son reales.(...) Lo cotidiano, negado o ignorado por muchísimo tiempo, es ahora con frecuencia el marco de la disidencia o la configuración de la alternativa, el terreno propicio donde el sujeto individual y los pequeños grupos ven con más claridad las funciones de la democracia en la sociedad global."(2)

No es propósito de este trabajo polemizar en torno al uso adecuado del concepto "sociedad civil", pues es claro que éste encierra diversas connotaciones. Según Carlos Monsiváis, el concepto fue introducido en México por teóricos gramscianos y ha ido ganando espacios en el vocabulario de amplios sectores. El pensador italiano Antonio Gramsci, en los **Cuadernos de la Cárcel**, define "a la sociedad civil como el conjunto de los organismos vulgarmente llamados privados... y que corresponde a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad."(3)

(1) Citado por: Héctor Aguilar Camín. **Después del milagro**. Ed. Cal y Arena, México, 3ra. Edición, 1989. p. 254. (El subrayado es nuestro)

(2) Carlos Monsiváis. **Entrada Libre. Crónicas de una Sociedad que se organiza**. Ed. ERA. México 4ta. Reimpresión 1989. p. 14.

(3) Citado por: Hugues Portelli. **Gramsci y el Bloque Histórico**. Ed. Siglo XXI, México, 1977, p.17.

En tanto, el propio Carlos Monsiváis manifiesta que (en el caso de nuestro país, y a partir del 19 de septiembre de 1985): "... sociedad civil significa para diversos sectores, esfuerzo comunitario de autogestión y autoconstrucción, espacio al margen del gobierno y de la oligarquía empresarial."(4) Mientras que el ex-presidente de la República, Lic. Miguel de la Madrid argumenta: "La mayor parte de los individuos entienden por sociedad civil, la parte de la sociedad que no está cumpliendo labores gubernamentales ..." (5)

Al margen de las diferentes apreciaciones que se tengan en relación al concepto de sociedad civil, lo que importa resaltar en este trabajo es la creciente presencia y organización de diferentes sectores sociales, que sin esperar que las iniciativas vengan de la cúpula del poder, han ido ganando diversos espacios de actuación, por ello, para efectos de este estudio comulgamos con la interpretación de Carlos Monsiváis, de quien podemos citar de manera complementaria: "Al crecer la idea y la realidad de la sociedad civil se deteriora con rapidez un aspecto medular del presidencialismo(...) Mucho se avanza cuando los ciudadanos -en vías de serlo- dejan de esperarlo todo del Presidente, cuya estatua abstracta de dispensador de bienes se erosiona a diario al democratizarse el trato cultural con los poderes."(6)

En este orden de ideas, una de las temáticas que se distingue por lograr en torno suyo mayores niveles de organización y participación, es lo relativo al combate a las adicciones. Si nos ubicamos en el marco de lo cotidiano como apunta Monsiváis, encontramos que esta configuración de alternativas nacidas desde abajo se expresa en primer término en una creciente preocupación y organización ante el avance del problema, que desemboca en la constitución de múltiples asociaciones civiles: Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Centros de Integración Juvenil, A.C., Neuróticos Anónimos, etc., cuyo comportamiento ha sido muy, heterogéneo; unas han mantenido

(4) Carlos Monsiváis. "El día del derrumbe y las semanas de la Comunidad." En: **Cuadernos Políticos**. No. 45, Enero-marzo, 1986, p. 18.

(5) *Op. cit.* p. 18-19.

(6) Carlos Monsiváis. **Entrada Libre**. *Op. cit.* p. 13

su total autonomía respecto del aparato estatal, otras han recibido apoyos, e incluso, como es el caso de los Centros de Integración Juvenil, A.C., el apoyo económico es permanente y mayoritario.

Así mismo, estas acciones de organización y participación social, han propiciado la implementación de programas preventivos del uso de estupefacientes, por parte del sector público y el cada vez mayor acercamiento y coordinación entre las dependencias públicas y las asociaciones civiles avocadas al problema.

De todo esto lo que resalta y ante lo cual existe consenso, es que la participación de la comunidad es imprescindible para enfrentar con éxito un problema multicausal y complejo como son las adicciones, pues de esta manera no sólo es posible la suma y coordinación de esfuerzos, sino también la corresponsabilidad en el planteamiento de alternativas y el desarrollo de acciones directas y coherentes.

En virtud de lo señalado es válido afirmar que la coordinación interinstitucional y la participación de la población no sólo son posibles, sino que en la actualidad emergen como una necesidad apremiante.

4.1.1. Alcohólicos Anónimos.

El 10 de junio de 1935 se fundó, en Akron, Ohio, Estados Unidos, el primer grupo de Alcohólicos Anónimos. Sus fundadores fueron dos alcohólicos empedernidos que habían acudido al auxilio médico, psiquiátrico y religioso sin encontrar resultados satisfactorios para dejar de beber: el corredor de bolsa de valores de Wall Street arruinado, llamado Bill W., y un médico cirujano sin clientela, de nombre Bob. S.

El antecedente inmediato de Alcohólicos Anónimos fueron los grupos Oxford, asociaciones religiosas de bebedores, muy selectos y casi subterráneos, de ahí su fracaso según los fundadores de Alcohólicos

Anónimos, pues una asociación de esta naturaleza, consideraban, debía ser abierta a todo aquel que quisiera dejar de beber, sin importar credo, raza o situación económica; y pública, en el sentido de que el bebedor, conservando su anonimato, debía reconocerse ante sí mismo y ante los demás como enfermo alcohólico. En la actualidad, según publicaciones de la organización, se cuenta con más de 30 mil grupos, distribuidos en más de 90 países.

Referente a la constitución de los primeros grupos de Alcohólicos Anónimos en México, no existe una referencia precisa, ni publicación alguna al respecto. Toda la información relativa a la organización en nuestro país ha sido obtenida mediante entrevistas directas con miembros de la Asociación, muchos de los cuales se mostraron renuentes y desconfiados, llegando incluso al hecho de advertir que serían capaces de negar todo, si la información era utilizada con fines "políticos", pues en múltiples ocasiones han sido atacados por diversos medios utilizando información tendenciosa y distorsionada.

Los antecedentes más remotos que se tienen de Alcohólicos Anónimos en México, datan de 1945 cuando se forma el primer grupo en Monterrey, el cual deja de existir por presiones de la industria cervecera en 1946.

El 25 de diciembre de 1946 se constituye el primer grupo regular: Grupo Ciudad de México, a partir del cual se forman los grupos Hospital Central Militar y Distrito Federal. La consolidación de la organización en México, es lenta pero firme, de tal suerte que en 1969 existían alrededor de 219 grupos, los cuales funcionaban aislados, por lo que surgió la necesidad de constituir un órgano coordinador, que permitiera la cooperación entre los grupos y entre estos y las instituciones, pero siempre respetando la autonomía de cada uno, para tal efecto se instituyó la Oficina Central de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., el 9 de diciembre de 1969, aunque de manera informal, pues su reconocimiento legal fue el 10 de marzo de 1970.

Alcohólicos Anónimos se define como "una Agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo." Textual se puede leer en el enunciado de la Organización:

"El único requisito para ser miembro de A.A., es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A., no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A., no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad."(7)

Los miembros de doble A entrevistados coinciden en señalar que su programa no es religioso, pero es eminentemente "espiritual", en el sentido que pretende rescatar la dignidad humana a través de la observancia de una escala de valores diferente, en suma de una "actitud moral" distinta basada en el respeto, la honestidad, la sinceridad, la humildad y la tolerancia.

Para lograr lo anterior es menester cumplir cabalmente las Doce Tradiciones y los Doce Pasos que conforman la filosofía y método de acción de A.A. No obstante que la asociación, manifiesta ser una organización sin filiación a ninguna secta o religión, tanto en sus Doce Tradiciones, como en sus Doce Pasos, existe una marcada referencia a un poder divino como instrumento de recuperación,(8) sin embargo, al no ser finalidad de este trabajo polemizar en relación a este tema, sólo nos interesa destacar lo señalado en la tradición número cuatro, que a la letra dice: Cada grupo debe ser autónomo; la séptima: Todo

(7) Véase: **Las doce tradiciones. A. A., A.C., 34a.**
Reimpresión, México 1989, p. 1.

(8) No es propósito de este trabajo polemizar en torno al papel de la fe y la religión dentro de la organización, para tal efecto pueden consultarse las publicaciones de A.A., denominadas: **Las Doce Tradiciones, y los Doce Pasos.**

grupo debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera; la **décima**: A.A., no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas; la **onceava**: Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine; y la **número doce** que reafirma: El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones.

Es precisamente con base en la observancia de tales tradiciones que los miembros de la asociación, se muestran renuentes a proporcionar información, amén de que en ninguno de los grupos se llevan estadísticas del número de atendidos, en primer término por no ser de interés para la organización y en segundo plano por ser casi imposible debido a que trabajan siempre con una población fluctuante. Así mismo, manifiestan no tener interés en conocer las raíces de la asociación en México, ni elaborar una historia institucional, pues su único interés es salvar vidas alejándolas del alcohol. Ante esta situación, sorprende el hecho de que existe una extensa gama de publicaciones, así como una compleja red de distribución de materiales (literatura, como la denominan los A.A.) elaborados en los Estados Unidos, que marcan las experiencias de norteamericanos y que son el punto de referencia de los líderes de la asociación.

En otro orden de ideas es importante destacar que en A.A., al no reconocerse jefe alguno, las jerarquías se establecen en base a la experiencia y el liderazgo, es decir se reconoce una autoridad moral que emana de la experiencia, que se cristaliza en la figura del "Padrino."

Las terapias se basan en una especie de método comparativo de experiencias o método del reflejo, generalmente conocido como el "juego de los espejos", es decir que para A.A., la única posibilidad de recuperación, no curación -pues el alcoholismo como enfermedad es incurable- radica en una relación de pares, de iguales, pues sólo a

través del intercambio mutuo de experiencias con otro igual, es posible el proceso de aprendizaje y recuperación y por consiguiente la readaptación y paulatina reintegración a la sociedad.

Actualmente en nuestro país existe una gran cantidad de grupos de A.A., pertenecientes a diversas corrientes (todos los grupos son autónomos, en base a la cuarta tradición ya expuesta). El común denominador de los mismos es la imprecisión de sus datos y la poca disponibilidad para dar información, sin embargo en base a entrevistas con diferentes miembros, todos ellos bajo anonimato (José L.; Fernando O.; Miguel S.; Antonio P.; etc.), es posible afirmar, con las reservas del caso, la existencia de múltiples corrientes, de los cuales se destacan: Los Grupos Tradicionales de Hora y Media, que son los más remotos y más numerosos contándose en la actualidad con 318, diseminados en todo el territorio nacional; Los grupos 24 horas, que nacen de la crítica a la poca funcionalidad de los grupos de Hora y Media debido a que el alcoholismo es una enfermedad que no puede estar supeditada a horarios.

Los Grupos 24 Horas cuentan con un lugar de residencia y alimentación sin costo para el alcohólico, estos lugares son denominados anexos. La corriente Condesa, es la primera de las corrientes 24 horas, fue fundada en 1975 y su primer grupo nace del desprendimiento del Grupo Tradicional Hamburgo. A la fecha se considera que es la corriente 24 horas más grande de México, pues cuenta con 102 Grupos constituidos (Nov. 92) en diferentes entidades federativas; por último, es necesario resaltar la existencia de la Corriente Jóvenes Alcohólicos Anónimos, fundada en noviembre de 1977 y que actualmente (nov. 92) se integra por 44 grupos constituidos tanto en la Capital de la República, como al interior del país. La Corriente Jóvenes Alcohólicos Anónimos, se deriva del Grupo 24 Horas Condesa, específicamente para garantizar la relación entre pares-iguales- que señalábamos en párrafos anteriores. Según los fundadores de la corriente, los jóvenes escasamente acudían a A.A., debido principalmente a que la mayoría de sus miembros eran personas adultas, por lo que los pocos que llegaban a la Asociación

no tenían casi nada en común con las personas adultas en recuperación. Así, fue necesario constituir la corriente para jóvenes a fin de restablecer el "puente de comprensión" necesario, que surge de las afinidades entre los iguales, en este caso los jóvenes.

Indudablemente que este es un diagnóstico incompleto de lo que representa Alcohólicos Anónimos en México, sin embargo, también es innegable que la mera referencia a la existencia de 464 Grupos entre las tres corrientes mencionadas, dan cuenta del enorme peso y presencia que han ido ganando estos grupos en nuestra sociedad y de los crecientes niveles de organización y participación social al margen del poder público.

4.1.2. Centros de Integración Juvenil.

En 1968, el Grupo Damas Publicistas de México y Asociados, A.C., inicia una serie de actividades tendientes a sensibilizar a diversos sectores de la sociedad sobre el impacto social de la farmacodependencia. Dichas acciones habrían de desembocar en la creación del Centro de Trabajo Juvenil Dakota, el 12 de marzo de 1970.

En dicha primera unidad se iniciaron labores de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación en el campo de la farmacodependencia, estando asesorados por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y se incorporó a profesionales de la psiquiatría, psicología y trabajo social comisionados por diversas instituciones oficiales, así como a un grupo de voluntarios con sentido de responsabilidad social pero sin experiencia alguna en el campo de la drogodependencia.

Al cabo de dos años de operación del Centro, los fondos fueron totalmente insuficientes, motivo por el cual se solicitó la ayuda del entonces Presidente de la República, el Lic. Luis Echeverría Álvarez, encontrando en él una respuesta favorable, pues en una primera

reunión de trabajo se acordó la ayuda financiera del Gobierno Federal, el cambio de local de la organización y la creación de un patronato en el cual, además del grupo Damas Publicistas de México y Asociados, A.C., participaron otras organizaciones del sector privado.

El primer Patronato se fundó el 2 de octubre de 1973, habiéndose acordado en la Primera Asamblea, cambiar el nombre original de Centros de Trabajo Juvenil por el de Centros de Integración Juvenil, ya que uno de los principales objetivos es el de reintegrar al joven farmacodependiente a la sociedad y a la vida productiva del país.

Es importante destacar que en 1972, se constituyó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, organismo descentralizado para la investigación biomédica, prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes. En consecuencia, los Centros pasaron a depender técnicamente de él.

Dada la importancia cobrada, los Centros de Integración Juvenil fueron incluidos en el Plan Nacional de Salud y se estableció como meta para 1976, la creación por lo menos de un Centro en cada Entidad Federativa y uno por cada Delegación del Distrito Federal. En ese mismo año, por Decreto Presidencial, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia amplió sus funciones a todo el campo de la salud mental, por lo que fue reemplazado por el Centro Mexicano de Salud Mental (CEMESAM). Los Centros de Integración Juvenil, quedaron entonces como una entidad autónoma de carácter privado, única especializada en prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de la farmacodependencia, pues para el Gobierno Federal fue claro desde entonces que un gran número de jóvenes farmacodependientes, así como sus familiares, se resisten a acudir a instituciones del sector público para recibir la atención necesaria, pues temen que no exista la discreción debida o se utilice la información que proporcionan para actos represivos. De igual forma, se consideró que de esta manera se corresponsabilizaba a la comunidad en la prestación de un servicio de gran contenido social.

En la actualidad -a partir del Decreto Presidencial del 1ro. de septiembre de 1982- Centros de Integración Juvenil ha quedado definida jurídicamente como una Asociación Civil, de participación estatal mayoritaria e incluida en el sector salud.

Desde su fundación, el trabajo desarrollado por la Asociación ha pasado por diversas etapas que pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1970-72. El enfoque de trabajo se centró en la actividad asistencial, prestándose el servicio de consulta externa a drogodependientes desde una perspectiva exclusivamente psiquiátrica.

- 1973-76. Es un período donde se realizan investigaciones sociales a través del CEMEF, que conducen a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que pretende trascender el ámbito estrictamente clínico; se fortalece el equipo interdisciplinario y se inicia la sistematización del trabajo voluntario.

-1977-79. Se caracteriza por el fuerte impulso que se da a los proyectos preventivos. Se pretende desarrollar estas acciones desde una perspectiva psicosocial, es decir, que considere las necesidades de la población con que se trabaja y propicie su participación en la generación de alternativas de solución.

-1980-90. Es la etapa en la cual los Centros de Integración Juvenil se consolidan como una institución de interés colectivo en el ámbito de la farmacodependencia cuyas responsabilidades incluyen acciones en diversos ámbitos relacionados con el consumo de drogas. Así, diversifica sus actividades al terreno de la investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y capacitación.

Hoy en día (Nov. 92), Centros de Integración Juvenil, cuenta con 49 unidades operativas, 17 ubicadas en el área metropolitana y 32 en el interior de la República y definen como sus objetivos:

- Proporcionar a la población, en los contextos individual, familiar y social, elementos que le permitan conocer las causas y repercusiones de la farmacodependencia y asumir un papel protagónico en su prevención.

- Atender eficazmente los casos detectados incluyendo a sus familiares, a través de servicios terapéuticos-rehabilitatorios, de cobertura amplia y bajo costo.(9)

Para el cumplimiento de tales propósitos la Asociación ha instrumentado una serie de programas sustantivos y de apoyo. Dentro de los primeros se encuentran el Programa de Atención Preventiva, que se conforma de una etapa informativa, que busca sensibilizar a la población sobre el problema; motivar su participación; y difundir los servicios institucionales. Una etapa de orientación que pretende generar la toma de conciencia y cambio de actitudes en la sociedad, y una fase de capacitación, que proporciona a la población elementos teórico-prácticos a fin de lograr su participación activa en acciones preventivas.

El Programa Sustantivo de Atención Curativa, consta de consulta externa de carácter interdisciplinario que incluye acciones diagnósticas y terapéutico-rehabilitatorias. Y se completa con la hospitalización en las Unidades de internamiento, donde de atiende la desintoxicación y control del síndrome de abstinencia.

Participación comunitaria, es el otro programa sustantivo, que promueve la participación colectiva a través de estrategias de coordinación interinstitucional y participación voluntaria, con lo cual se persigue que la comunidad participe en todo el proceso de atención, desde la planeación y operación de los servicios, hasta el financiamiento y evaluación de los mismos.

(9) Centros de Integración Juvenil, A.C., Una Respuesta Integral al Fenómeno de la Farmacodependencia. En: **Bolétín Informativo C.I.J.**. Vol. IV, No. 1, México 1991, p. 3.

Como programas de apoyo la Institución cuenta con el Programa de Investigación, el de Capacitación Especializada y de Información, a través de los cuales se genera información científica a fin de retroalimentar los programas de atención, se especializa al personal y a los voluntarios y se ofrece un amplio acervo especializado en la materia. Cabe añadir que el Centro de Información e Intercambio, fue fundado desde 1977 y que su Biblioteca cuenta con más de 6 mil volúmenes, 26 mil artículos clasificados y una amplia sección de hemeroteca.

En cuanto al origen de los recursos financieros con que opera la Institución, es necesario reiterar que la mayoría de los mismos son dineros públicos, prueba de ello es que durante 1990 se contó con un presupuesto de 30,350 millones de pesos, de los cuales el 71% provienen del Gobierno Federal, en tanto que el 29% restante son producto de aportaciones -en servicio, especie y efectivo- de los sectores público, privado y social.(10)

Los Centros de Integración Juvenil, se han constituido en una institución en extremo relevante para el tratamiento del fenómeno que representa la drogodependencia. La cobertura de personas atendidas a través de sus servicios dan testimonio de ello, pues, según la fuente referida, tan sólo en 1990, estas ascendieron a un millón 500 mil personas, distribuidas de la siguiente manera: 814,850, el 54% del total, fueron atendidos mediante tareas de prevención por equipos interdisciplinarios en las Unidades Operativas; el 44% lo fueron por la red de voluntarios también en tareas de prevención; y el 2% restante (21,200 sujetos) recibieron atención curativa, en tanto que 200 pacientes, de estos últimos, concluyeron el tratamiento en las Unidades de Internamiento. Así mismo, a lo largo de 1990, Centros de Integración Juvenil, pactaron 908 convenios de colaboración intersectorial e interinstitucional: 204 firmados y 704 verbales.

(10) *Op. cit.* p. 15

4.1.3. Drogadictos Anónimos.

Con el propósito de contribuir a la rehabilitación de personas con problemas ocasionados por el consumo de drogas, así como para participar en la elaboración de programas de prevención social sobre el uso de dichas sustancias, es que se constituyó el 4 de septiembre de 1983 la Asociación Civil denominada Drogadictos Anónimos.

Dicha Asociación, es una organización legalmente constituida, sin fines de lucro, que se conforma actualmente (Nov. 92), por once grupos que operan en diferentes puntos de la República Mexicana: dos en el Distrito Federal; uno en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México; Xochimilco-Topilejo, Cuautla y Cuernavaca, Morelos; Puebla, Puebla; Villahermosa, Tabasco; Torreón, Coahuila; Zamora y Sahuayo en Michoacán.

En nueve años ininterrumpidos de labor, Drogadictos Anónimos A.C., ha logrado la rehabilitación por medio de sus servicios de cientos de personas cuyas edades oscilan entre los 14 y 25 años, así mismo ha desarrollado una gran diversidad de acciones con los familiares de dichos jóvenes a fin de fortalecer los lazos de integración familiar.

El programa de recuperación retoma el método del grupo Alcohólicos Anónimos, que se basa en la expresión recíproca de experiencias en sesiones grupales y cuenta adicionalmente con una serie de sucesivas etapas. La oficina central de Drogadictos Anónimos, A.C., detalla cada una de estas fases de la siguiente manera:*

* No obstante de contar con diversas publicaciones, **Drogadictos Anónimos, A.C.**, no cuenta con documentación impresa de su historia como Institución, sus publicaciones son de carácter testimonial y cumplen una función de concientización y disuasión del consumo de estupefacientes. La información sobre el origen y funcionamiento de la Asociación ha sido obtenida mediante la solicitud por escrito de la misma, o a través de entrevistas directas con el Sr. Mario Alberto Gómez C., primer vocal de la Organización, a él, nuestro reconocimiento y agradecimiento por su valiosa colaboración.

Bienvenida.- Se considera que esta fase es de vital importancia al iniciar el proceso de recuperación, pues quienes reciben al enfermo - drogadicto- son jóvenes con problemas similares a los suyos. Se pretende de esta manera devolver al recién llegado la confianza y el sentimiento fundamental de integración.

Psicoterapia grupal.- Se estima que es la fase más importante para la recuperación del enfermo, en ella se expresan las experiencias adversas y de superación de la etapa adictiva de los jóvenes con mayor tiempo dentro de la Asociación; este aspecto, se considera es un incentivo para que los jóvenes de reciente ingreso expresen posteriormente sus problemas con plena libertad y total seguridad de estar rodeados de gente que les comprende y puede brindarles ayuda.

Albergue.- Una vez que el recién llegado ha pasado por las fases anteriores, se le exhorta a permanecer dentro de alguno de los albergues el tiempo que sea necesario para su rehabilitación, con el fin de alejarlo de los lugares y amistades con que solía drogarse.

De manera complementaria y con el propósito de ofrecer un proceso de recuperación integral, se imparten terapias ocupacionales, deportivas y recreativas.

Con las terapias ocupacionales se busca que el joven se sienta útil para consigo mismo y su colectividad. Actualmente las actividades de circunscriben al aseo personal y la participación en los quehaceres domésticos en los albergues, en los cuales hay una rotación diaria a fin de que todos se involucren en las diversas actividades. En un futuro, Drogadictos Anónimos, A.C., pretende establecer un taller en cada uno de los grupos de la Asociación (Panadería, Herrería, Carpintería, Serigrafía, etc.) con el objetivo de que el joven adicto aprenda un oficio y así, esté en mejores condiciones de integrarse a la vida productiva del país.

En lo relativo a las Terapias Deportivas, estas persiguen que los jóvenes convivan con gente de su edad, en un ambiente de sana

competencia a través de juegos de fútbol, básquetbol, volibol, etc. Tres veces al año, Drogadictos Anónimos A.C., realiza eventos deportivos a nivel nacional con la participación de los miembros de los once Grupos que conforman la Asociación. Por último las Terapias Recreativas tienen por objeto socializar a los jóvenes mediante juegos organizados, representaciones teatrales y otras actividades culturales, con el propósito de dotarlos de algunos elementos que faciliten su reinserción a la sociedad.

Concluido este proceso al joven se le reintegra a su familia y se contribuye para que se sume a las actividades laborales o escolares según sea el caso.

Para Drogadictos Anónimos, A.C., las adicciones son un problema social complejo que demanda acciones tanto en el campo de la prevención como de mecanismos que fortalezcan los lazos de integración familiar, por tal motivo es que ha realizado cuatro eventos de envergadura nacional con el objeto de transmitir un mensaje de alerta a la sociedad sobre el uso de drogas y sus consecuencias: un Congreso en la Cd. de México en septiembre de 1988; una Convención en Puebla; y dos Reencuentros, uno en Cuernavaca, Morelos y otro en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, en mayo y septiembre de 1989, respectivamente. De manera paralela y con el propósito de apoyar las tareas de rehabilitación se han constituido cuatro grupos que dan atención a los familiares de los adictos a las drogas: dos operan en el Distrito Federal, uno en Ciudad Nezahualcóyotl y otro en Cuernavaca, Morelos.

La capacidad de respuesta de Drogadictos Anónimos, se ha visto rebazada, por ello hoy se trabaja en la conformación de siete grupos más, uno en la capital del país, en la Delegación Tlalpan y seis más en diferentes entidades federativas; Jalisco, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa y dos en Veracruz.

No se dispone de información suficiente sobre el origen de los recursos con que opera la Asociación, sin embargo, en entrevista con

el Primer Vocal del organismo, el Sr. Mario Alberto Gómez pudimos indagar que éstos nunca son suficientes, que la mayoría de la infraestructura de que disponen es producto de donaciones del sector público y que la manutención de los albergues en un alto porcentaje es resultado de donativos de particulares o de empresas de la iniciativa privada.

Actualmente en los once Grupos se atiende aproximadamente a 650 jóvenes, de los cuales alrededor de 150 sólo asisten a las juntas, siendo residentes los restantes. Las edades de estos drogadictos rehabilitados o en proceso de serlo, fluctúan entre los 14 y los 25 años.

4.2 Educación para la Salud: Prioridad a la prevención.

El hombre es una ser social, gregario por naturaleza, que nace y se desarrolla en le seno de una cultura establecida, de ahí la trascendencia de la educación como instrumento de socialización del individuo, pues a través de la misma, el sujeto internaliza un conjunto de valores, normas, costumbres, conductas colectivas, etc., que le constituyen como ser social y le permiten vivir e interrelacionarse en un ámbito cultural determinado. Para efectos de este trabajo y de acuerdo a un enfoque planteado por Magdalena Salomón, la socialización se entiende como el proceso a través del cual "... cada grupo generacional asegura su supervivencia y continuidad, transmitiendo los contenidos de su cultura. Esta transmisión se concreta en las diversas prácticas educativas que vienen a ser como los eslabones de la gran cadena que anuda la memoria histórica de la humanidad y que permite su desarrollo."(11)

(11) Magdalena Salomón. "Panorama de las principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social." En: **Perfiles Educativos**. CISE-UNAM. No. 8, Abril-Mayo-Junio, 1980. p.7

Por tanto, el hombre es objeto y sujeto de la acción educativa, forma parte de la sociedad y es a su vez producto de ella. Es decir que entre proceso educativo y sociedad existe una relación dialéctica, en la que el individuo constituye el factor fundamental como generador de conocimiento y manifestaciones culturales y, de manera paralela representa el principal factor de síntesis de la cultura en la cual se desarrolla.

Dichos elementos en su conjunto, expresan el carácter de la vida humana como un continuo proceso de aprendizaje. En este sentido es importante destacar que, considerado así el proceso educativo, este no se circunscribe a los límites de la educación escolarizada, sino que incluye las acciones que realizan la familia, el grupo social de pertenencia, los medios de comunicación de masas, las instituciones políticas, culturales, religiosas, etc.

Queda claro entonces, que la educación es un proceso de socialización continuo que se encuentra inmerso en todas las actividades del sujeto, de ahí que la educación constituye un instrumento fundamental para mejorar las condiciones generales de vida de la sociedad, y específicamente en el caso que nos ocupa, esto es factible en la medida que se orienten las acciones educativas para preservar la salud de la comunidad, es decir la educación para la salud.

La definición más aceptada en relación a la educación para salud, es aquella que la define como "... el proceso de transmisión de experiencias de aprendizaje con el propósito de influir sobre los conocimientos, actitudes y conductas vinculados con la salud individual y de grupo."(12)

Al igual que en todo proceso educativo, la transmisión de experiencias y conocimientos en el ámbito de la salud, no provienen, ni se dan exclusivamente en el campo de la instrucción planificada y escolarizada, por consiguiente, la educación para la salud puede tener lugar en cualquier momento y en cualquier sitio y no constituye un hecho que de manera exclusiva esté presente en el sistema escolarizado, pues incluye las acciones

(12) J.J. Hanlon. *Guía para la salud de la comunidad*. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1982. p. 293.

desarrolladas en la materia, por grupos de voluntarios, asociaciones civiles o profesionales, medios de comunicación de masas, etc., y su objetivo fundamental es lograr un cambio de actitud de los sujetos que preserve el estado de salud, en otras palabras que los conocimientos transmitidos se conviertan en prácticas, habilidades o hábitos aplicables en la vida cotidiana.

Así, las medidas relacionadas con la educación para la salud quedan incluidas principalmente en el terreno preventivo.

Específicamente en relación al consumo de sustancias tóxicas, la educación para la salud constituye el elemento fundamental para prevenir las adicciones. Pues de esta manera es posible evitar la expansión del fenómeno provocando cambios en la conducta y las actitudes de la población, principalmente en la considerada como de alto riesgo, es decir en aquellos grupos sociales que bajo ciertas circunstancias incrementan las probabilidades de aparición del fenómeno, o bien de que éste sea mayor que en el resto de la población.

Ahora bien, relativo a las adicciones, diversas instancias señalan que las acciones preventivas pueden diferenciarse de acuerdo al grado de evolución del fenómeno, distinguiéndose en el caso, tres niveles: primario, secundario y terciario.

"El trabajo preventivo en su nivel primario se entiende bajo el enunciado de que prevenir es evitar que algo llegue a suceder."⁽¹³⁾ Dicho nivel lo que persigue es el evitar la aparición de las toxicomanías mediante una serie de estrategias que incluyen la difusión de información clara y precisa y de acuerdo a la población que está dirigida sobre las características, uso y consecuencias de las sustancias tóxicas; el trabajo de orientación familiar para el mejoramiento de las relaciones internas; y la capacitación a la población abierta y voluntaria a fin de reproducir las acciones preventivas en instituciones y comunidades.

(13) Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia. Centros de Integración Juvenil, México, 1985. p. 44.

Por otro lado, "... la prevención secundaria se dirige a descubrir y acabar con la farmacodependencia..." una vez que ha surgido en una comunidad determinada. Su primer paso es impedir su evolución en el menor tiempo posible y, la prevención terciaria por su parte, está orientada a buscar la reintegración del individuo a la sociedad. Ambos niveles de prevención corresponden al área de tratamiento y rehabilitación y sus objetivos están estructurados en base a criterios de corte terapéutico.(14)

Con base en esto último podría considerarse que estos dos niveles, el secundario y terciario, obedecen más a una función curativa que preventiva, sin embargo se piensa que por medio de esta labor de tratamiento y rehabilitación se contribuye, aunque de manera indirecta, en el ámbito preventivo, sea ya a través del impacto que genera en su entorno el sujeto rehabilitado, o bien evitando la expansión del fenómeno.

(14) Véase: *Op. cit.*, p. 44-45.

4.2.1. La Relación Interinstitucional

Nuestro país cuenta desde muchos años atrás con una participación muy activa en el concierto internacional en materia de establecimiento de controles a la producción, distribución, posesión, tráfico y consumo de sustancias tóxicas.*

Sin embargo, debe reconocerse que no obstante que en el ámbito internacional se reconocía la importancia que representa el fenómeno de las toxicomanías, al interior del país durante muchos años no se contó con una política y una infraestructura que permitiera su tratamiento de manera integral.

Las primeras preocupaciones y acciones gubernamentales por incursionar en el estudio sistemático y permanente de la farmacodependencia, así como en el terreno de la educación preventiva se remontan a los años setentas, ello no quiere decir que con antelación nada se hiciera, sino que el fenómeno era abordado de manera parcial.

"Es verdad que la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otros organismos y dependencias gubernamentales se preocupaban por la salud del individuo y la comunidad, pero en lo que respecta al problema de uso y abuso de drogas las acciones gubernamentales tendían más a la represión que a la prevención del problema y al tratamiento y la rehabilitación del enfermo."(15)

Con el propósito de revertir esta situación y por instrucciones presidenciales, fue creado en agosto de 1972 el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), organismo que en febrero de 1975 adquirió personalidad jurídica como organismo descentralizado del

* Los antecedentes más remotos datan de 1912, cuando México participó por vez primera en la Convención de la Haya y suscribió importantes acuerdos de reglamentación legal para el uso y distribución de sustancias tóxicas. Véase: **Memorias del CEMEF.**, México, 1976. p. 19-22.

(15) **Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. Memoria CEMEF, México, 1976. p. 21**

Ejecutivo Federal. Las funciones asignadas al CEMEF desde su creación fueron: "Realizar investigaciones para determinar la forma en que se ve afectada la población farmacodependiente en lo individual, familiar y social; evaluar la incidencia y prevalencia de determinados tipos de uso y de abuso de drogas; hacer predicciones de la evolución del fenómeno; capacitar personal en los aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación preventiva; así mismo, proveer de elementos de investigación a las personas interesadas en el área y brindar asesoría técnica a organismos públicos y privados sobre aspectos relacionados con el tema; llevar a cabo la publicación de sus investigaciones y estudios y establecer convenios con instituciones afines, nacionales y extranjeras, sobre asuntos de su competencia."(16)

La larga cita por ningún motivo la consideramos ociosa, pues ella refleja claramente un cambio radical en la concepción del fenómeno y de las estrategias para su tratamiento. Por vez primera se habla de educación preventiva, de mecanismos de rehabilitación, de estudio y difusión de conocimientos especializados y de colaboración interinstitucional, en suma, las adicciones dejan de ser abordadas exclusivamente como una actividad delictiva y son tratadas como un complejo fenómeno social que tiene fuertes implicaciones en diversos ámbitos de la vida colectiva. Es decir, las acciones en contra de las toxicomanías pasan a formar parte de la política sanitaria del Estado, misma que Hernán San Martín define como "...la decisión de los gobernantes de asignar suficientes recursos económicos para que los sistemas de servicios de salud puedan cumplir con eficiencia su responsabilidad social de proteger y de fomentar la salud y el bienestar humano y atender a los dañados por la enfermedad. (17)

Los trabajos realizados por el CEMEF brindan un panorama general sobre las características, prevalencia e incidencia del fenómeno, lo cual conduce a establecer las bases de un enfoque biopsicosocial que trasciende el marco estrictamente clínico. Se fortalece el equipo interdisciplinario y se inicia la

(16) *Op. cit.* p. 21-22.

(17) Hernán San Martín. **Administración en Salud Pública; Teoría- Práctica - Investigación.** Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1988.p. 270.

sistematización del trabajo voluntario, con una marcada tendencia a insertarlo en la actividad asistencial y preventiva.

El impacto favorable logrado por el CEMEF a través de sus acciones motivó que sus actividades se extendieran a todo el campo de la salud mental, por tal circunstancia en 1978 se transformó en el Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (CEMESAM).

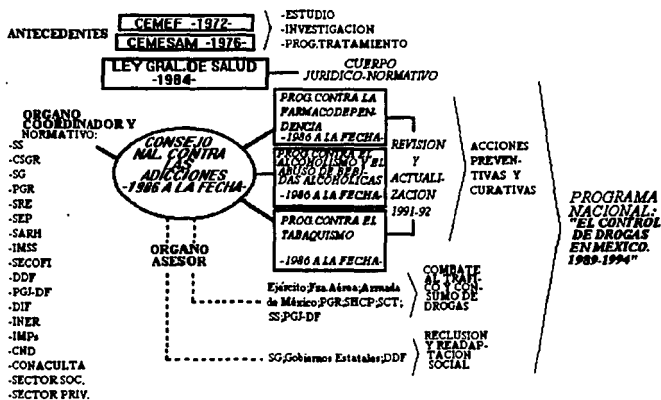
La importante labor desempeñada por estas instituciones y de manera paralela la ardua tarea emprendida por organismos sociales derivaron en un cambio radical en las formas de concebir y enfrentar el fenómeno de las toxicomanías, cambio que se hizo patente con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, donde se contempla a las adicciones - farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo- como un problema de salubridad general y se conforma el marco jurídico fundamental para las acciones en la materia.

Bajo este orden de ideas, el 8 de julio de 1986 fue creado por Decreto Presidencial el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), con el propósito de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas causados por las adicciones. Para tal efecto, el CONADIC asumió como primera tarea, la elaboración de programas específicos de atención a las toxicomanías que involucraran a todos los organismos de la sociedad que desempeñasen actividades en la materia.

Es así, como se elaboran en 1986 y se publican en 1987 los **Programas Nacionales** contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas; el tabaquismo; y la farmacodependencia, como resultado del trabajo de los Comités Técnicos emanados del Consejo y conformados por representantes de los sectores público, social y privado. En el diseño de los Programas se contemplaron diversas líneas de acción con el propósito de abordar el fenómeno de una manera integral, es decir que a través de ellos se incide en el terreno del análisis de los aspectos de salud, educación (básicamente preventiva), legislación, investigación y mecanismos de participación comunitaria.

En la actualidad los Programas han sido revisados y actualizados a raíz de un acuerdo firmado en las postrimerías de 1991 por todas las dependencias y organizaciones que integran el CONADIC. El Consejo Nacional contra las adicciones y los mencionados Programas contra el uso y abuso de sustancias tóxicas, actualmente operan dentro de los marcos y lineamientos del Programa Nacional: El Control de Drogas en México 1989-1994, desarrollando todas las acciones correspondientes a las tareas preventivas y curativas. La figura siguiente describe gráficamente los mecanismos de operación actual e incluye una descripción de los antecedentes que han servido como punto de referencia para la instrumentación de las acciones (ver figura)

FIGURA No. 1



La figura nos muestra como el **Programa Nacional** se constituye en el instrumento rector de una política que intenta la atención integral del fenómeno, incluyendo acciones educativas y de carácter preventivo, como de combate y represión del hecho. En el documento técnico del citado Programa se puede leer: "**El Programa Nacional para el Control de Drogas** constituye el marco de acción del gobierno de México en la materia. Resume la respuesta nacional ante el problema de las drogas, canalizada en dos vertientes: por una parte la prevención del uso indebido de drogas y tratamiento a los adictos y, por otra, la prevención y combate a la delincuencia asociada, que atenta contra el estado de derecho, el bienestar y la seguridad de los mexicanos."(18)

Sin embargo, debemos reconocer, al margen de cualquier propósito de minimizar las acciones hasta ahora concertadas e implementadas, que estas acciones y programas no están en condiciones de darle solución a un problema multicausal y tan complejo como son las adicciones a las sustancias tóxicas. Lo que es innegable es que lo realizado hasta hoy, han sido importantes acciones que tienden a aminorar la gravedad del problema, que sin duda cumplen una importante labor al atenuar las consecuencias producidas por el consumo masivo de sustancias tóxicas, pero no dan una solución al problema, es decir no transforman de manera radical la situación social de las toxicomanías.

(18) **El control de drogas en México.** Programa Nacional 1989-1994. P.G.R., México 1992. p. 3

5. A MODO DE CONCLUSIONES

Como resultado de nuestro análisis podemos plantear de inicio que tanto la juventud, como el consumo masivo de sustancias tóxicas son fenómenos de los tiempos modernos.

Por un lado, la juventud como hoy la concebimos es un hecho relativamente reciente, pues hasta antes del industrialismo europeo era un privilegio de los grupos gobernantes y su existencia obedecía a la necesidad de una etapa de formación para el desempeño de responsabilidades de mando reservadas para las jóvenes generaciones de las élites. Empero, el desarrollo de la sociedad industrial, su expansión y la complejización creciente del proceso productivo exigieron cada vez mayores niveles de calificación, lo cual permitió la existencia de un período de la vida en el que se postergara la incorporación a las actividades productivas de amplios sectores sociales y en específico de determinados grupos étnicos.

En Latinoamérica el fenómeno es aún más cercano en el tiempo, pues la juventud como período extendido a la mayoría de los sectores de la sociedad existe hasta mediados del presente siglo, debido principalmente a la masiva incorporación de los estratos medios a la educación; al inicio del proceso de modernización e industrialización; y a la creciente tendencia a la urbanización.

Sin embargo, es claro que hablar de la juventud como una totalidad no deja de ser una mera abstracción. A la fecha persisten grandes divergencias en torno al rango de edad que comprende el período de juventud, así como conciencia de que las condiciones económicas, políticas y sociales tienen hondas implicaciones en la forma en que los jóvenes perciben y viven la etapa juvenil, de ahí entonces que es más propio hacer alusión a las diferentes juventudes, más que a la juventud.

Tocante a las adicciones a las sustancias tóxicas, podemos señalar que éstas de ninguna manera son una situación inherente a las sociedades humanas, ni biológica, ni culturalmente y que las múltiples explicaciones de su existencia como consecuencia de un legado histórico de las sociedades

antiguas obedecen más a un fin justificatorio de los elevados índices de consumo actuales.

Las razones del porqué las toxicomanías no pueden ser consideradas como una herencia histórica, radica en un hecho en extremo sencillo y revelador: el que las sustancias tóxicas en el estado y cantidades que hoy conocemos, no existían en la antigüedad. Son producto del mundo moderno.

La producción masiva de bebidas alcohólicas obtenidas mediante proceso de destilación, no se remonta más allá de finales del siglo XVIII y principios del XIX, época en que también se ubica la emergencia del alcoholismo como fenómeno de masas. En caso similar se encuentran las drogas altamente concentradas, la morfina y la cocaína fueron aisladas por vez primera hacia 1810 y 1860 respectivamente y la jeringa hipodérmica fue perfeccionada a mediados del siglo pasado.

No obstante a tales señalamientos, en torno a las drogas y su consumo se han creado una serie de mitos justificatorios y fantasías que obedecen a fines comerciales y que pretenden legitimar el actual grado de intoxicación alcanzado por amplios conglomerados sociales.

Así, en la producción y distribución de sustancias tóxicas los factores económicos juegan un papel determinante, pues al priorizar en la rentabilidad y obtención máxima de utilidades, los efectos que éstas ocasionan en el conjunto de la sociedad pasan a un segundo plano.

Ahora bien, la relación que se establece entre juventud y consumo de sustancias tóxicas obedece a múltiples factores, de entre los que destaca un alto sentido de frustración de las expectativas de desarrollo, ascenso y bienestar en un mundo deshumanizado e injusto, donde priva la competencia, la intolerancia, la hostilidad y la masificación; amén del importante papel que juegan los desajustes e incertidumbres psicosociales ocasionados por la transición de la niñez a la adolescencia y de ésta a la vida adulta, de tal suerte que la población juvenil constituye uno de los sectores más vulnerables ante los embates de los intereses comerciales creadores de necesidades y de estereotipos.

Por tanto no es fortuito que la población consumidora de drogas sea mayoritariamente joven y que en el caso específico de nuestro país, la edad promedio de inicio en el consumo de sustancias tóxicas sea en un más del 50% entre los 12 y 17 años, o que más de la mitad del total de personas que presentan el síndrome de dependencia alcohólica tengan entre 18 y 29 años de edad.

En este sentido, al priorizar en la alta rentabilidad que tiene la producción y distribución de estupefacientes (legales o ilegales), y al fabricar una serie de mitos justificatorios e imágenes falsas de respetabilidad histórica del consumo de sustancias tóxicas, se soslayan las terribles repercusiones que provocan las adicciones, sobre todo en el ámbito de la salud pública, pues como hemos analizado en nuestra investigación, el consumo de estupefacientes tiene trágicas consecuencias que se manifiestan en las principales causas de mortalidad general en México, y en el cuadro de las principales causas de defunción juvenil, cobran un saldo aún mayor.

Ante este panorama general es ineludible el hecho de que la sociedad mexicana ha reaccionado de manera crecientemente sensible y organizada y que ha venido configurando una serie de alternativas nacidas y desarrolladas en un inicio al margen de toda relación con las instancias gubernamentales, y cuya máxima expresión es la proliferación de organizaciones o asociaciones civiles de claro corte asistencial y preventivo, las cuales en fechas recientes han asumido que la mejor manera de trabajar es integrándose a un proceso de trabajo interinstitucional. De manera paralela, el sector público ha venido incrementando de considerable manera sus nexos interinstitucionales dentro del propio sector público, como también con el social y privado, así como sus acciones en el terreno asistencial, preventivo y de combate al consumo, producción y tráfico de sustancias ilícitas.

De lo anterior es fácil concluir que hoy en día existe la idea consensuada de que la participación de la comunidad es imprescindible para enfrentar un problema multicausal y complejo como son las conductas adictivas, pues de esta manera no sólo es posible la suma y coordinación de esfuerzos, sino

también la corresponsabilidad en el planteamiento de alternativas y el desarrollo de acciones directas y coherentes.

Sin embargo, no sin reconocer la importancia y trascendencia de las acciones hasta ahora implementadas, debemos tener en claro que no hay motivos para ser muy optimistas por lo menos en el corto plazo, pues las medidas instrumentadas a la fecha, no constituyen la solución del problema, son importantes acciones que sin duda aminoran la gravedad del problema, que atenúan sus consecuencias, pero no le dan solución.

La solución es en extremo compleja y de ninguna manera nosotros asumimos el haberla encontrado en este trabajo, no obstante a ello, nos aventuramos a plantear como hipótesis el que una verdadera respuesta al fenómeno de las toxicomanías, tendría que pasar por fuerza por una modificación estructural del orden en que está organizada la sociedad. En tanto haya un creciente número de jóvenes sin acceso a un aparato productivo que les permita satisfacer dignamente sus necesidades materiales; sin acceso a un sistema educativo que les permita el desarrollo de sus aptitudes y potencialidades críticas y creativas; sin acceso a los bienes culturales de la sociedad; en suma sin posibilidades de ascenso, bienestar, desarrollo integral y satisfacción de expectativas, es decir, sin futuro, habrá siempre potenciales usuarios de drogas sean éstas lícitas o ilegales. Y por otro lado, mientras no se asuman acciones directas que afecten la producción tanto lícita como ilícita de sustancias tóxicas y se siga priorizando en la búsqueda máxima de utilidades, habrá siempre una oferta real y potencial. En conclusión, mientras no se modifique de raíz la situación social de las toxicomanías, éstas, en mayor o menor medida, estarán presentes en nuestra sociedad.

En este sentido vale afirmar que la coordinación interinstitucional y una cada vez mayor participación de la población no son sólo deseables, sino que en la actualidad emergen como una necesidad apremiante, pues el Estado no está en condiciones de resolver, por sí sólo, el grave problema que representa la drogodependencia. Dos son básicamente los principales obstáculos que enfrenta el poder público en este sentido. Por un lado: el escaso margen de acción para modificar verdaderamente de raíz el

problema, en virtud de que esto significa atentar contra poderosos intereses económicos, tanto legales como ilícitos. Y por otro lado: la carencia de recursos suficientes para su tratamiento y combate, tanto financieros, como materiales y humanos, amén de la poca credibilidad y confianza que muchos toxicómanos tienen para con diversas dependencias gubernamentales, pues se teme que a través de ellas se ejerzan acciones punitivas.

Así, el papel que corresponde desempeñar a las asociaciones civiles como agentes actuantes en el marco de la política sanitaria del Estado es en extremo relevante, dado que sus acciones no deben limitarse a la prevención y tratamiento, pues en torno suyo o con base en ellas pueden generarse importantes procesos de concientización y movilización que se traduzcan en acciones de presión contra los intereses comerciales de los mercaderes de estupefacientes y bebidas etílicas. Es decir, que sólo con la coparticipación responsable y decidida de sociedad y gobierno será posible, por lo menos, enfrentar de manera distinta el fenómeno.

Ahora bien, ante tal orden de cosas es necesario reflexionar sobre el quehacer sociológico en general, como disciplina, y del sociólogo como profesional, en lo particular. A la sociología como ciencia le corresponde ser uno de los pilares en la configuración de la política sanitaria del Estado, pues sin el conocimiento riguroso en términos científicos no es posible decidir racional y eficazmente. Por tanto, toca a esta disciplina detectar y explicar las causalidades y repercusiones de la drogadicción en el ámbito social, económico y político. Debe entonces contribuir a la explicación de los factores que socialmente determinan el mal y asimismo participar en la elaboración de la política de salud, definiendo objetivos y planificando acciones que eleven los niveles de salud de la población. Resumiendo, el quehacer sociológico es fundamental para explicar los elementos causales de las toxicomanías, como para la planificación y evaluación de los servicios instrumentados para su atención.

Sin embargo, tal como hemos señalado, en la política sanitaria es imprescindible el involucramiento de la sociedad civil, pues esta debe participar activamente en el proceso de salud comunal, en este caso generando e internalizando una cultura contra el uso y abuso de sustancias

tóxicas, de tal forma que se interese realmente en la salud y no sólo en el padecimiento, pues como apunta Hernán San Martín: "La política de salud debe ser siempre un compromiso colectivo, una actividad social para lograr una mejor calidad de vida" *. Es precisamente en este ámbito, donde el sociólogo, como profesional, juega un papel determinante, pues asumiendo un papel más protagónico, debe acercarse no sólo al conocimiento de las condiciones de vida de la comunidad, sino, paralelamente debe involucrarse de manera activa en la lucha contra la drogodependencia, actuando como un agente conscientizador que promueva una cultura antridrogas, en este sentido, el sociólogo puede desempeñar un importante papel como promotor de las asociaciones civiles, como gestor de integración, como un profesional que recoja las demandas de la colectividad, que sea su portavoz ante las instituciones y que a través del manejo de grupos y de la movilización sea capaz de contribuir a la generación de una nueva dinámica interinstitucional e interdisciplinaria de combate y atención a las adicciones.

Ante esta situación, en lo inmediato qué queda. Al parecer nuestra alternativa está en las medidas preventivas, las cuales ante un hecho tan complejo como la toxicomanía, adquieren un valor extraordinario, y sin duda, como medida preventiva principal se destaca la educación. Parece entonces, que en el corto plazo es ese nuestro único camino viable: la educación para la salud.

* Hernán San Martín. Administración en Salud Pública. Teoría-Práctica-Investigación. Ed. Prensa Médica Mexicana. México 1988. p. 270.

BIBLIOGRAFIA

- ADEFAR. **Factores causales del uso indebido de Drogas.** ADEFAR, PGR. México 1990.
- ADEFAR. **Situación de la farmacodependencia en México.** ADEFAR, PGR. México 1990.
- Aguilar Camín, Héctor. **Después del Milagro.** Ed. Cal y Arena, México, 3ra. Edición, 1989.
- Allerbeck, Klaus y Rosenmayr, Leopold. **Introducción a la Sociología de la Juventud.** Ed. Kapélusz, Buenos Aires, Argentina, 1979.
- **Almanaque Mundial 1992.** Ed. América S.A. México 1992.
- **Anuario Estadístico 1989.** Dirección de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales, Secretaría de Salud. México 1990.
- Bellsola, Domingo G. **Alcohol y Tabaco.** Ed. Olimpo. México 1989.
- Brito Lemus, Roberto. "La polisemia de la noción de juventud y sus razones: Una aplicación histórica." En: **Revista de Estudios sobre la Juventud.** In Telpochtli, In Ichpuchtli. Ed. CREA. Nueva Epoca, No. 5, Ene-Mar. 1985.
- Brito Lemus, Roberto; Cifuentes García, Héctor; y Pérez Islas, José Antonio. "El desborde de los espacios: Interpretación y presencia de los jóvenes mexicanos". En: **Revista de Estudios sobre la Juventud.** In Telpochtli, In Ichpuchtli. Ed. CREA, tercera Epoca, No. 1, Enero-Abril, 1988.
- Campillo Serrano, Carlos y Medina Mora, María Elena. "Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas. (especialmente solventes) en México". En: **Salud Pública de México.** Epoca V, Volúmen XX, No. 6, Nov.-Dic. 1987.
- Campillo Serrano, Carlos y Medina Mora, María Elena. "Evaluación del problema desde el punto de vista social." Cap. III de: de la Fuente, Ramón, (Coor.). "El abuso de las drogas en México". En: **Gaceta Médica de México.** Vol. 115, No. 11, Nov. 1979.
- Chinoy, Ely. **La Sociedad. Una introducción a la Sociología.** Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1987.
- **Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.** Memoria. CEMEF. México, 1976.
- Comas, Domingo. **Las Drogas. "Guía para mediadores juveniles".** Ministerio de Asuntos Sociales, España. Instituto de la Juventud, España, 1992.
- Dabezies, Bernardo. **Juventud Latinoamericana: Los desafíos de la crisis.** Ed. CELAJU, Montevideo, Uruguay, 1989.

- De la Fuente, Ramón. "El abuso de las drogas en México". En: **Gaceta Médica de México**. Vol. 115, No. 11 Nov. 1979.
- **Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales**, Ed. Planeta-Agostini, España 1987 (4 tomos)
- **El control de Drogas en México. Programa Nacional 1989-1994**. Poder Ejecutivo Federal y Procuraduría General de la República, México 1992.
- **Encuesta Nacional de Adicciones**. Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría. Ed. Secretaría de Salud, México 1990. Tomo I, Tabaco; Tomo II, Alcohol; Tomo III, Drogas.
- Freixa, F. y Soler Insa, P.A. (Coors.) **Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario**. Ed. Fontanella, Barcelona, España 1990.
- Garduño Miranda, Elizabeth y Estrada García, Miguel Angel. **Grado de Información acerca de la farmacodependencia en alumnos de secundaria del D.F.** Tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM. 1986.
- Jiménez Durán, Octavio Augusto. **La Farmacodependencia frente a la juventud**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Derecho, UNAM, 1986.
- Hanlon, J.J. **Guía para la salud de la comunidad**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1989.
- Jiménez Mier y Terán, Fernando. **Educación y Estructural Funcionalismo**. F.C.P. y S. -UNAM. MIMEO. 1988.
- Kaplan, Marcos. **Aspectos Sociopolíticos del Narcotráfico**. Ed. Instituto Nacional de Ciencias Penales. México 1989, Cuadernos del INACIPE, NO. 33.
- Kaplan, Marcos. **Drogas y Derechos Humanos**. Ed. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 1991. Serie Folletos, No. 22.
- Kramer J.F. y Camerón D.C. **Manual sobre dependencia de las drogas**. Organización Mundial de la Salud. 1975.
- Labardini Méndez, Fernando. "Las Drogas, uso, abuso, dependencia y aspecto social". En: **Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social**. Vol. I, No. 5, 1972.
- Lapassade, Georges y René Lourean. **Claves de la Sociología**. Ed. Laia, Barcelona, España, 1981, 3ra. Edición.
- **Las doce tradiciones de Alcohólicos Anónimos**. A.A.A.C., 34a. Reimpresión, México 1989.
- Llanes, Jorge. (Coord.) **La Juventud y las drogas**. Ed. Concepto S.A. México 1982.

- Mahler, Fred. "Juventud: de la marginación al compromiso." En: *Revista de Estudios sobre la Juventud*. In Telpochtli, in Ichpuchtli. Ed. CREA, Año 1, No. 1, Agosto 1981.
- Martínez Moreno, Carlos. "Una meditación sobre la juventud y la cultura." En: *Revista de Estudios sobre la Juventud*. In Telpochtli, in Ichpuchtli. Ed. CREA, Tercera Epoca, No. 1, Enero-Abril, 1988.
- Martínez Rizo, Felipe. *Droga, Alcohol y Derechos Humanos*. Ed. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 1991, Serie Folletos No. 21.
- Mehnert, Klaus. *La Rebelión de la Juventud. "La actitud de los jóvenes frente a una época de ruptura y una sociedad en crisis"*. Ed. Noguer, S.A. Barcelona, España, 1987, 1ra. Edición.
- Mendieta y Núñez Lucio. *Temas Sociológicos de Actualidad*. Ed. IIS-UNAM. México 1978.
- Meves, Christa. *Juventud Manipulada y Seducida (peligros de la sociedad de consumo)*. Ed. Herder, Barcelona, España 1987, 4a. Edición.
- Monsiváis, Carlos. "El día del derrumbe y las semanas de la Comunidad." En: *Cuadernos Políticos*. No. 45, Ene-Mar. 1986.
- Monsiváis, Carlos. *Entrada Libre. Crónicas de una Sociedad que se organiza*. Ed. ERA, México 4ta., Reimpresión 1989.
- Montiel, Edgar. (compilador). *Juventud de la Crisis*. CEESTEM. Ed. Nueva Imagen, México 1985, 1ra. Edición.
- Organización Mundial de la Salud. "Informe Técnico 516". Ginebra, Suiza, 1973.
- Ortega y Gasset, José. *En torno a Galileo*. Ed. Espasa calpe. España, 1974.
- Ottone, Ernesto. *La crisis de los jóvenes ¿Un espacio para la innovación?* Ed. UNESCO, París, Francia, 1987.
- Peregrina, Rodolfo. "Aspectos Agrícolas, Industriales y Comerciales". En: *El alcoholismo en México*. Molina Piñeiro, Valentín; Román Celis, Carlos, et. al. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., y Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México 1983.
- Pérez Islas, José Antonio. "La problemática Educativo-ocupacional en la Juventud. (Factores Generadores de Juventud)." En: *Revista de Estudios sobre la Juventud*. In Telpochtli, in Ichpuchtli. Ed. CREA, Año 2, No. 6, Septiembre 1982.
- Portelli, Hugues. *Gramsci y el Bloque Histórico*. Ed. Siglo XXI, México, 1977.
- Prieto Lacaci, Rafael. *Asociacionismo Juvenil en el Medio Urbano*. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales e Instituto de la Juventud, España, 1991.

- **Programa Nacional de Atención a la Juventud, 1990-1994.** D.G.A.J. Comisión Nacional del Deporte. México 1991.
- **Rodríguez, Ernesto y Dabezies, Bernardo. Primer Informe sobre la Juventud de América Latina, 1990.** Ed. Conferencia Iberoamericana de Juventud. Instituto de la Juventud. España, 1991.
- **Rodríguez, Ernesto. Juventud y violencia en América Latina: reflexiones preliminares para un debate imprescindible.** Ed. CELAJU, Montevideo, Uruguay, 1989.
- **Rojas Soriano, Raúl. Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica.** Ed. Plaza Valdés, México, 1990.
- **Román Celis, Carlos. "Aspectos Históricos".** En: *El alcoholismo en México.* Molina Piñeiro, Valentín; Román Celis, Carlos, Et. al. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., y Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. México 1983.
- **Saldívar, Américo. La Sociología Dominante.** Ed. UNAM. México, 1988.
- **Salomón, Magdalena. "Panorama de las Principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social."** En: *Perfiles Educativos.* CISE-UNAM. No. 8, Abril-Mayo-Junio, 1980.
- **San Martín, Hernán. Administración en Salud Pública. Teoría-Práctica-Investigación.** Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1988.
- **Solis Sánchez, Antonio. "Reflexiones Teóricas sobre el Concepto de Juventud."** En: *Revista de Estudio sobre la Juventud.* In Telpochtli, in Ichpuchtli. Ed. Crea, Año 1, No. 1, Agosto 1981.
- **"Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia."** En: *Boletín Informativo C. I. J.,* Vol. IV, No. 1, México 1991.
- **Vega Franco, Leopoldo. Bases esenciales de la Salud Pública.** Ed. Prensa Médica Mexicana. México 1981.
- **Villagarcía Flores, Eleazar y Pontaza Vega, Diego. Las Bandas Juveniles en Santa Fe.** Tesis de licenciatura en Sociología, ENEP-Aragón. UNAM. 1987.
- **X Censo General de Población y Vivienda 1980, Resúmen General.** INEGI, México 1986.
- **XI Censo General de Población y Vivienda 1990. (Resultados Preliminares).** INEGI, México 1990.
- **Zermeño, Sergio, et. al. Juventud Popular y Bandas en la Ciudad de México.** I.I.S. -UNAM. Nov. 1988. Mimeo.