

16
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCION PARA FARMACODEPENDIENTES EN DETENCION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

JOSE LUIS ARCE AGUILAR

Director de Tesis

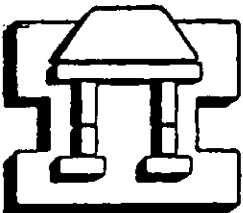
LIC. JOSE R. VELASCO GARCIA

Primer Vocal

LIC. MA. TERESA PANTOJA PALMEROS

Segundo Vocal

LIC. LAURA PALOMINO GARIBAY



IZTACALA LOS REYES IZTACALA, MEXICO 1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

277220



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

TEMAS	PAGS
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. HISTORIA DE LAS DROGAS Y SU USO EN MEXICO	7
a) PRINCIPALES USOS Y COSTUMBRES DE LAS DROGAS	7
b) HISTORIA DE LAS DROGAS EN EL VIEJO CONTINENTE	8
c) LAS DROGAS EN EL NUEVO CONTINENTE	29
d) LAS DROGAS EN LA EPOCA CONTEMPORANEA	42
CAPITULO II. IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LAS DROGAS	58
a) CLASIFICACION DE LAS DROGAS EN RELACION A LA FARMACODEPENDENCIA	68
b) METODO DE IDENTIFICACION DE LAS DROGAS Y CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS	75
CAPITULO III. LOS MODELOS DE INTERVENCION EN FARMACODEPENDIENTES	86
a) MODELOS DE ATENCION APLICADOS	86
CAPITULO IV. DISEÑO DE INTERVENCION PROPUESTO PARA SUJETOS FARMACODEPENDIENTES EN DETENCION	116
a) ANTECEDENTES	116
b) MARCO JURIDICO	118
c) PARTICIPACION INTERINSTITUCIONAL	126
d) PROPUESTA DE DISEÑO DE INTERVENCION	138
CONCLUSIONES	146
BIBLIOGRAFIA	155

RESUMEN

En las últimas décadas el fenómeno de la farmacodependencia se ha presentado con una tendencia al incremento tanto en el tráfico como en el consumo de drogas, teniendo presencia en las distintas esferas sociales de las ciudades de todo el mundo.

En cada país el consumo indebido de drogas en los diversos sectores de la población, ha causado estragos en materia económica, política y cultural entre otras. De igual manera se han observado las repercusiones que ha generado en la familia y la comunidad. Se ha considerado que el origen de la farmacodependencia obedece a diversos factores. Motivo por el cual se asevera que su posible solución estará necesariamente vinculada en coordinación de diferentes áreas de atención pública o privada, desarrollando un trabajo interinstitucional y multidisciplinario.

El presente trabajo realiza un bosquejo histórico en diversas culturas y en diferentes épocas de la relación que ha tenido el hombre con sustancias a las que se le han denominado "drogas". Se realiza una revisión de la actual identificación y clasificación de las mismas drogas de acuerdo con los sectores oficiales en salud, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, se revisan modelos de atención a farmacodependientes que se han aplicado en diversos países por instituciones y organismos tanto públicos como privados.

Por último, como resultado de las diversas incursiones realizadas en el fenómeno de la farmacodependencia se presenta una propuesta de intervención a sujetos que han sido detenido por alguna institución del poder judicial bajo el cargo de portación y consumo de drogas. Dicha propuesta involucra a diversas instituciones y organismos públicos y privados.

INTRODUCCION

Las generaciones actuales afrontan una compleja problemática en múltiples esferas de su vida cotidiana, (crisis económica, política, social, etc.), la cual se traduce en falta de oportunidades para estudiar, trabajar, tener actividades recreativas etc., aunado a una seria problemática al interior de la estructura familiar, (altos índices de criminalidad y delincuencia), para los jóvenes en particular, debido a esta crisis que el mundo contemporáneo les representa, significa transitar por una realidad en vertiginosa e indefinida transformación, lo que además propicia que los riesgos de quedar atrapados en inadecuadas salidas, sean mayores.

Una de estas falsas salidas, es el abuso de las drogas, que debido a su frecuencia, naturaleza y consecuencia, hoy es motivo de atención, llegando a convertirse en un problema universal, que tiene impacto en la salud física y mental del individuo, así como del funcionamiento adecuado de su familia, la seguridad y convivencia de nuestras comunidades, además repercute en la economía, la cultura, la seguridad nacional y las relaciones internacionales, entre otros.

En México a partir de la década de los sesentas, el problema del abuso de las drogas comienza a ser relevante, presentando un despliegue continuo y en franca ascendencia. Poco a poco, ha ido adquiriendo formas cada vez más dramáticas, que afectan a los grupos sociales de las diferentes zonas geográficas.

Los estudios realizados por la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano de Psiquiatría al final de la década pasada y principios de esta ilustran de manera aproximada, el movimiento que ha presentado el fenómeno hasta el momento. A saber, poco más de cuatro personas de cada cien encuestadas en todo el país, con edades entre los doce y sesenta y cinco años, utilizaron algún tipo de droga al menos una vez en su vida. De estos, el 2.1 % manifestó haber consumido drogas un año antes y solo el .9 % respondió haberlo hecho durante el mes anterior al estudio, lo que significó en números absolutos, la cantidad de

324 mil personas consumidoras regulares de estupefacientes y psicotrópicos. En el cuerpo del presente trabajo se desarrollará ampliamente el comportamiento que ha existido en la población respecto al uso de drogas con fines de intoxicación

En este acercamiento al fenómeno del consumo de drogas en México, puedo adelantar que la marihuana junto con los inhalables, fueron las drogas que mostraron mayor índice de consumo, seguida por los tranquilizantes, las anfetaminas y la cocaína, el uso de la heroína, la morfina y otros opiáceos, así como las drogas sintéticas, no tuvieron presencia significativa, siendo al parecer un fenómeno estacionario en todo el país, a excepción de la zona norte.

Las diversas investigaciones refuerzan la tesis de que la farmacodependencia reviste diferencias por región, estrato y tipo de población, caracterizándose como un problema de mayor incidencia en zonas urbanas, con tendencia más aguda en las grandes urbes de polaridad extrema en la situación socioeconómica de sus pobladores, así como en ciudades fronterizas del norte, los puertos turísticos y lugares de migración de trabajadores.

El Programa Nacional contra la farmacodependencia en México, ocupa ya un lugar prioritario en el sector salud, debido a la creciente amenaza que representan las adicciones, se ha señalado que para proteger a la población, se requiere el desarrollo de medidas de prevención e inversión en la educación para alcanzar logros sustantivos, que efectivamente reduzcan la drogadicción.

México, ha sido signatario de la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y se creó un documento pionero para señalar el compromiso de 104 naciones para incorporar la prevención en las estrategias del combate a este problema de Salud Pública. Quedó establecido que ya no existe diferencia entre países productores, de tráfico o consumidores. La disponibilidad de drogas parece acercarse cada día más a las poblaciones de consumo.

En la actualidad el fenómeno del narcotráfico y la farmacodependencia ha invadido casi todas las estructuras sociales de México. Incluso los expertos en la materia, han indicado que el fenómeno se ha acelerado en los últimos años a tal grado, que el tráfico ilícito de drogas y el uso indebido de ellas ha penetrado en distintas esferas de alto nivel, tanto de instituciones privadas, como del propio gobierno, generando fenómenos que se han dado paralelos al de las drogas, como es el caso del tráfico de influencias y la corrupción.

Hay quienes aseguran que a pesar de que el gobierno ha combatido profundamente cualquiera de las modalidades del delito contra la salud (siembra, producción, cosecha, tráfico, consumo, etc.), la problemática ha rebazado a los grandes esfuerzos: a mayor combate contra las drogas, mejores estrategias para su tráfico y distribución.

Motivo por el cual, se ha dicho que la principal arma contra la producción el tráfico, es el desaliento en el consumo. Por lo que se han desarrollado grandes campañas de prevención a la farmacodependencia, tanto en países de alto consumo (como el caso de Estados Unidos), como de aquellos que han servido de plataforma para introducir la droga al mercado mayoritario de consumo (como el caso de México), sin embargo, también, se ha observado un incremento considerable en el interior.

Pese a los esfuerzos realizados por instituciones y organismos públicos y privados desafortunadamente lejos de disminuir el consumo, se ha incrementado. Como lo señala la encuesta nacional sobre adicciones aplicada en 1994. En donde se aprecia que el incremento en el consumo se da en todas sus presentaciones (marihuana, alucinógenos, cocaína, etc.), observándose además, el uso de nuevas drogas o sustancias (los inhalables, crack, pelo de ángel, etc.), que son altamente adictivas e incluso letales, y que lamentablemente también se han presentado en nuestro país.

Se ha considerado por los especialistas o estudiosos de la farmacodependencia y del narcotráfico, que en principio el uso indebido de drogas es resultante de múltiples factores que concurren o se conjugan, afectando al individuo en diversas perturbaciones que pueden desequilibrarlo en sus funciones (biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociales,

culturales y productivas). Para resolver esta problemática se exige establecer un frente común que ofrezca acciones entre las que destacan: considerar estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación con un carácter integral, e incluso acciones de protección legal y asistencia a los propios usuarios, que son víctimas en muchas ocasiones de acciones de extorsión y corrupción por los propios cuerpos policíacos.

Ahora bien, si se considera que el problema de la farmacodependencia en particular es el resultado de múltiples factores, también se debe considerar que la resolución del problema debe ser abordado por todas aquellas disciplinas que circunden a la problemática, afrontándolo desde una perspectiva multidisciplinaria

El papel que puede jugar la psicología en los distintos niveles de intervención pueden resultar interminables, desde luego dependiendo del lugar en donde aplique su quehacer teórico-metodológico. En particular, la óptica del que suscribe el presente trabajo, es en la participación de un posible modelo de intervención para sujetos que han sido detenidos en primera instancia por las corporaciones policíacas, por el delito de portación de drogas ilícitas, denominadas según el Código de Procedimientos Penales prevaletente en México.

Es así, que el presente trabajo, pretende desarrollar una propuesta de modelo de intervención dirigida particularmente a sujetos que han sido detenidos por instancias policíacas y remitidos a la Procuraduría General de la República bajo el cargo de uso de portación de drogas denominadas ilícitas, sin dejar de lado, tanto la historia particular de las drogas, como la repercusión social que han tenido en nuestra sociedad. Además de desarrollar una investigación respecto de los modelos actuales de intervención para el problema en cuestión, así como, su aplicación dentro de las instituciones de carácter judicial.

La estructura del trabajo está conformado por cuatro capítulos. En donde el primero, pretende señalar la función social que han tenido diversas sustancias con el hombre desde épocas remotas incursionando en las diversas culturas tanto del viejo continente como en nuestra América.

En tal incursión encontraremos los diversos usos (míticos, mágicos, y religiosos), que dichas sustancias han tenido en las distintas sociedades. Concluyendo en la conceptualización que esta era post-moderna le ha brindado a las ahora llamadas "DROGAS"

El segundo capítulo nos invita a incursionar en como el discurso del modelo médico hegemónico, se observa la relación que existe entre los sujetos que consumen las sustancias con fines de intoxicación y las propias "drogas". Señalando la clasificación que se ha hecho de ellas, así como los trastornos que generan en el individuo que las consume.

No podría continuar sin enunciar la manera en que es observado y por consecuencia intervenido el fenómeno denominado "farmacodependencia" o "drogodependencia". Por lo que en el capítulo tercero, se abordan los distintos modelos de intervención (médicos, psiquiátricos y psicológicos) reconocidos por el quehacer científico, así como de aquellos que no tienen reconocimiento científico, pero que han demostrado tener un nivel considerable de aceptación por los resultados obtenidos. Me refiero a la intervención de modelos alternativos de grupos de autoayuda, así como de otras prácticas.

Por último, en el capítulo cuarto se presenta un modelo de intervención, el cual como se señalo en su momento, será específico para sujetos detenidos por el cargo de delitos contra la salud. En la modalidad de "portación y consumo de sustancias con fines de intoxicación". El modelo pretende hacer hincapié en que con la atención psicológica oportuna en sujetos que están involucrados en las primeras experiencias con "drogas", se puede tener buenos resultados en el declive al consumo. Además de ubicar como una adecuada y oportuna canalización a instituciones para su atención refuerza dicho declive al uso de las drogas.

No debemos olvidar que indudablemente el tema sobre el fenómeno de la farmacodependencia seguirá en su esplendor conforme más crítico se convierta el uso indebido de drogas, por lo que lo investigado, esclarecido y tal vez puntualizado respecto a como contribuir en el declive al uso indebido de drogas, resultara obsoleto. Sobre todo si consideramos que el propio fenómeno sigue alcanzando niveles que rebasan los ámbitos económicos, políticos, culturales e incluso religiosos. Sin embargo nuestra participación, nuestro compromiso y en quehacer profesional como psicólogos, podrán de igual manera generar mayor información que esclarezca, o en su caso intervenga al desaliento en el consumo de las drogas.

CAPITULO I

HISTORIA DE LAS DROGAS Y SU USO EN MÉXICO

a) PRINCIPALES USOS Y COSTUMBRES DE LAS DROGAS

Salvo los alimentos, nada hay sobre la tierra tan íntimamente asociado a la vida de los pueblos, en todos los países y tiempos, que las drogas...

louis lewin .

En el transcurso de la historia en donde el hombre es protagonista, la utilización de sustancias de muy variadas características, las cuales en la época contemporánea se les ha denominado como drogas, han tenido una función particular; de uso ritual, mágico o como remedio ya en la prehistoria, cada una de ellas ha ido sufriendo múltiples adaptaciones al ser empleadas según las épocas y los lugares, según los contextos étnicos, religiosos o políticos. A veces en civilizaciones teocéntricas, con gran componente místico religioso y base de la organización sociopolítica, o más tarde antropocéntricas, con sociedades muy jerarquizadas. En los pueblos mediterráneos o en Extremo Oriente, en Oriente Medio, o en el Nuevo continente. Lo cierto es que por todo el planeta han existido eclosiones en su empleo y propagaciones masivas de distintas sustancias.

Aun cuando es posible solamente referirnos en el presente trabajo a sustancias utilizadas en el nuevo continente desde épocas prehispánicas, sea de acuerdo con la visión de los Europeos, o con la clasificación regionalizada que los antropólogos identificaron posteriormente como Mesoamérica, por contener similares patrones culturales, ideológicos, políticos y religiosos . Resulta importante el poder introducirnos también en

la función que las sustancias llamadas "drogas" mantenían en las diferentes culturas, las distintas regiones y diversos tiempos del viejo mundo, así como en las regiones tanto del continente Asiático como del Africano, además del sur del continente Americano. Todo ello para identificar precisamente las posibles similitudes en los usos y costumbres de dichas sustancias. Y tal vez poder precisar en un primer momento los aportes culturales de una región a otra, así como la trascendencia que esta misma pudo contener o generar en distintos ámbitos (económicos, políticos, culturales, etc.).

Por droga - psicoactiva o no - podemos entender lo que hace milenios pensaban Hipócrates y Galeno, padres de la medicina: sustancia que en vez de "ser vencida" por el cuerpo y asimilada como simple nutrición, es capaz de "vencerle", provocando grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipo (A, ESCOHOTADO, 1996).

También la podríamos definir como cualquier sustancia que cuando entra en el cuerpo altera la estructura o función del organismo. Debido a la evolución del uso real de las drogas, los investigadores se han encontrado con problemas de semántica con relación a las drogas y su uso. Este problema se presenta debido a que el uso de las drogas, a través de su propia historia, se ha convertido en mal uso y abuso de ellas. En este sentido se establece al mal uso de las drogas como el hecho de tomarlas con el propósito de satisfacer una necesidad, para lo cual la propia droga está farmacológicamente incapacitada (D.A.G. WINTER, 1975). La propia evolución histórica de las drogas nos podrá dar una mayor respuesta.

b) LA HISTORIA DE LAS DROGAS EN EL VIEJO CONTINENTE

Para los arqueólogos, la aparición del hombre sobre la tierra ha quedado señalada en principio por los utensilios que fabricó. En este sentido el hombre necesita de utensilios para llenar las deficiencias de sus aprestos fisiológicos, asegurándose alimento y abrigo. Está capacitado para fabricarlos, por la delicada correlación entre la mano y el ojo, la cual, a su vez, es posible por la constitución de su cerebro y de su sistema nervioso.

En el curso de la producción de sus instrumentos, las sociedades primitivas tuvieron que edificar una tradición científica, anotando y transmitiendo cuáles eran los mejores elementos para producirlos, en dónde se les podía hallar, y cómo debían ser manipuladas, se han encontrado evidencias en la caverna de Choukou-tien, cerca de Pekín en donde junto con los restos fósiles del hombre de Pekín y de animales extintos lascas talladas con rudeza, de cuarcita y de otras rocas y de hueso, que habían sido expuestas al fuego con sustancias psicoactivas (G,CHILDE, 1936).

Antonio Escohotado(1996), señala que las primeras drogas aparecieron en las plantas o partes de plantas, como resultado de una coevolución entre el reino botánico y el animal. Durante millones de años gran parte de los vegetales y frutos fueron venenosos y pequeños. Sólo en la revolución agrícola del neolítico aparece un grano no tóxico y succulento en los cereales, así como muchas leguminosas comestibles y una amplia gama de frutos con abundante pulpa.

Las culturas o grupos humanos de cazadores - recolectores, sin duda las más antiguas del planeta, tienen en común una pluralidad abierta o interminable de dioses. El propio Escohotado señala, que en una alta proporción de esas sociedades los sujetos aprenden y reafirman su identidad cultural atravesando experiencias con alguna droga psicoactiva.

Antes que lo sobrenatural se concentre en dogmas escritos y castas sacerdotales interpretaran la voluntad de algún dios único y omnipotente. Lo percibido en estados de conciencia alterada fue el corazón de innumerables cultos y fue a título de conocimiento revelado (op. cit, 1996).

Si buscamos un factor común a las muy diversas instituciones de los pueblos antiguos, puede considerarse permanente el temor universal a la impureza (misma) y su correlato, el deseo universal de la purificación ritual (catharsis). Junto a ese temor y deseo reina de

modo prácticamente hegemónico la idea de la enfermedad como castigo divino, que significa simultáneamente dolencia, castigo y cólera divina.

En correspondencia con el principio de la enfermedad - castigo y la oposición pureza-impureza aparece la institución religiosa fundamental del sacrificio, núcleo de todos los cultos religiosos conocidos, tanto presentes como pasados. El sacrificio es un sacer facere o "hacer sagrado" que tiene su puente entre el mundo humano y el divino. En el sacrificio no hay una relación de semejanza sino de continuidad entre extremos polares (el sacrificador y la divinidad), mediante una serie de identificaciones sucesivas (Levi-strauss, 1970). Las primeras hostias o sagradas formas fueron esencialmente sustancias psicoactivas, como el vino, el cáñamo, los hongos etc.

Solo el tiempo iría deslindando la conceptualización existente entre; fiesta, medicina y religión. Enfermedad, castigo e impureza que al principio fueron concebidos como la misma cosa, un peligro que intentó conjurarse mediante sacrificios. Unos obsequiaban víctimas (animales o humanas) a alguna deidad para lograr su favor, mientras otros comen en común algo considerado divino.

Esta segunda forma de sacrificio - el ágape o banquete sacramental - se relaciona con las drogas. Así sucede con el peyote en México, con la ayahuasca en el Amazonas, con la iboga en África occidental o con la kawa en Oceanía. En este sentido, ingerir por carne o sangre de cierto Dios puede considerarse un rasgo de la religión natural o primitiva. Frecuente también en ceremonias de iniciación a la madurez y otros ritos de pasaje.

No hay modo seguro de distinguir en los primeros tiempos una terapéutica empírica de prácticas mágicas y creencias religiosas, como se apreciara al hablar de la cultura Griega en donde coexisten expertos en hierbas y raíces, maestros de gimnasia y dietética, cirujanos, militares y sacerdotes de diversos cultos. Esto será común en Egipto, Mesopotamia, India etc.

Los historiadores de la medicina postulaban que desde el comienzo se trazó una línea divisoria entre ciertos conocimientos de naturaleza práctica sobre antidotos, tratamientos de heridas, etc. . Y el mundo mágico-religioso de cada área cultural. De acuerdo a los antropólogos en un momento determinado se llegó a afirmar que la medicina empírica fue previa a la sagrada y mágica. Sin embargo, el examen de los datos etnológicos y culturales ha hecho precaria esta idea de una medicina pura y autónoma de ritos y encantamientos. Podemos decir incluso que a mediados del presente siglo dicho esquema empezó a considerarse una falacia sanitaria, pues si bien los terapeutas arcaicos pudieron disponer de métodos objetivamente eficaces su fundamento no era racional sino mágico (Escohotado, 1989). La medicina más empírica aparece siempre ligada a ensalmos en la antigüedad y durante el siglo IV A.C. Por ejemplo, en pleno racionalismo Griego el filósofo Platón hace decir a Sócrates que el PHARMAKON devolverá la salud si al usarlo se pronuncia el ensalmo oportuno. En realidad hasta que surge la medicina Hipocrática puede decirse que los recursos curativos se parecen bastante en diferentes épocas y lugares, y que las verdaderas diferencias corresponden a los marcos mítico - culturales de cada grupo cultural.

Es importante hacer notar que dentro de esas diferencias culturales, incluso en esta época contemporánea, la relación de Hombre - Dios puede ser básicamente un acto de miedo (marcado por la proyección paranoica), y puede ser también un acto de esperanza (marcado por la fiesta y la reconciliación). Levi-Strauss (1970), analiza esta relación estableciendo que tiene dos sentidos; según el sacrificio expiatorio, o la representada por un rito en comunión. En los expiatorios señala que el acto parte del hombre y llega a la divinidad a través del sacerdote y la víctima, mientras que en los de comunión parte de un Dios encarnado en alguna planta, y a veces de un animal, el cual a través de su ingestión por los comulgantes se identifica con ellos. A la fecha el rito que alberga ambas líneas de relación es la misa cristiana, la cual combina la rememoración del tormento infligido a un chivo expiatorio con el ágape del pan y el vino. Es decir el recuerdo del chivo expiatorio Cristo (cordero que lava los pecados del mundo), así como el pan bendito y el vino

bendito, cuerpo y sangre del propio sacrificado. Notable resulta aquí la palabra griega utilizada para droga PHARMAKON, y que con solo cambiar la letra final y el acento, PHARMAKOS, signifique chivo expiatorio lejos de ser una coincidencia, esto demuestra hasta que punto medicina, religión y magia son inseparables en los comienzos (op. cit. 1989).

La más antigua fusión de estas tres dimensiones (medicina, religión y magia) es el chamanismo, una institución extendida originalmente por todo el planeta, cuyo sentido ha sido administrar técnicas de éxtasis, entendiendo por éxtasis un trance que borra las barreras entre vigilia y sueño, cielo y subsuelo, vida y muerte. Tomando alguna droga, o dándosela a otro - o a toda la tribu -, el chaman y la chamana tienden un puente entre lo ordinario y lo extraordinario, que sirve tanto para la adivinación mágica como para ceremonias religiosas y terapéuticas.

Aristóteles atribuía a Hermótimo de Clazomene, un individuo con perfiles chamánicos evidentes, la invención de la palabra Nous, que traducimos por inteligencia. Las tradiciones sobre Hermótimo cuentan que abandonaba a menudo su cuerpo, unas veces para encarnarse en distintos seres vivientes y otras para viajar a dimensiones celestes o subterráneas.

El nivel de conocimiento sobre botánica psicoactiva depende de que en un territorio perciban formas de religión natural, administradas por chamanes y chamanas. Como lo indica la comparación entre el continente americano y eurasiático, con relación al número de especies o plantas psicoactivas que se conocieron en ambos continentes, la cual en principio se aleja de cualquier monoteísmo establecido.

Por la trascendencia que la práctica del chamanismo mantendrá en el devenir de la historia de diversas culturas, y hasta nuestros días, es importante hacer notar que la conceptualización más compleja sobre el chamanismo - término de origen siberiano - es la propuesta por Eliade (1926). En donde el "medicineman" es curandero. Pero el chamán utiliza un método de exclusiva pertenencia, este es el especialista del trance extático. La

técnica del chaman se basa en el dominio del éxtasis. Incluyendo la utilización de drogas psicotrópicas. Las danzas frenéticas son una técnica empleada para inducir también a estados extáticos, dado que la fatiga física produce un estado de autointoxicación.

En los rituales, el chaman también se ubica en la liminalidad. Es igualmente un actor carismático, los ritos se desarrollan con una importante dramatización. En este sentido, los chamanes son custodios de la literatura oral, ya que su ritualidad se los exige. Su dominio sobre los procesos de salud enfermedad se ejerce por medio de los discursos; las oraciones, conjuros y brebajes son algunas de sus herramientas.

Saussure (cit. en Carlos Zolla, 1983) señala con gran precisión que del lenguaje, la medicina tradicional aparece como un conjunto: " multiforme y heteróclito, a caballo en diferentes demonios "; religioso, mágico, médico, mítico y cultural. A veces, la descripción se hace bajo la forma de un pragmatismo esencial, como en el caso de los trabajos que identifican medicina tradicional con herbolaria, brindando de esta las listas de los remedios vegetales nativos o introducidos por la aculturación médica.

En la antigüedad remota como suele enfocarlo Antonio Escohotado (op. cit. 1989), las plantaciones de adormidera en el sur de España y Grecia, en el noroeste de África, en Egipto y en Mesopotamia son probablemente las más antiguas del planeta, por lo que explica que su opio tenga dos o hasta tres veces más morfina que en el extremo oriente. La primera noticia escrita sobre esta planta apareció en tablillas sumerias del tercer milenio Antes de Cristo mediante una palabra que significa también " GOZAR ". Cabezas de adormidera aparecen también en los cilindros babilonicos más antiguos, así como en imágenes de la cultura cretense-micénica. Jeroglíficos egipcios mencionan ya el jugo extraído de esta cabeza - opio -, y lo consumían como analgésico y calmante, tanto en pomadas como en vía rectal y oral.

Así como el cultivo de adormidera aparece originario de Europa y Asia Menor, el de cáñamo aparece originario de China. Los primeros restos de esa fibra, fechables hacia cuatro mil A. de C. (op. cit. 1939) se han encontrado allí y un milenio después en el turquestán. Un tratado chino de medicina afirma que el cáñamo usado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo.

La tradición brahmánica creía que agilizaba la mente, otorgando larga vida y deseos sexuales potenciados. También las principales ramas del budismo celebraban sus virtudes para la meditación. En usos médicos, las plantas formaban parte de tratamientos para oftalmía, fiebre, insomnio, tos seca y disentería.

Las primeras referencias mesopotámicas al cáñamo no se producen sino hasta el Siglo IX a. de C., en tiempos de dominio asirio, y se menciona su empleo como incienso ceremonial. El cultivo del cáñamo es también muy antiguo en Europa Occidental según datos paleobotánicos (op. cit. 1939). Investigaciones antropológicas encontraron pipas que indicaban que las culturas de aquella época las empleaban para consumir esa droga.

El uso de solanáceas alucinógenas - beleño, belladona, daturas y mándragoras -, también se remonta a viejos testimonios en medio y extremo Oriente ligadas tradicionalmente con el brujo y su oficio, a estas plantas se le atribuyeron fenómenos de levitación, fantásticas proezas físicas, telepatía y delirios, cuando no la muerte por intoxicación aguda. Los druidas antiguos aprendieron a dominar la violencia de las drogas, empleándolas en contextos tanto ceremoniales como terapéuticos.

En América no se conocen el beleño, la mandragora y la belladona hasta el descubrimiento del continente, son autóctonas allí, daturas y ante todo el tabaco, otra solanácea psicoactiva que se utiliza con fines recreativos, religiosos y terapéuticos, así

como en ritos de pasajes. El tabaco de mayor o menor potencia es mascado, fumado o bebido desde el Canadá hasta la Patagonia.

En el propio continente Americano se conoce docenas de plantas visionarias como las semillas, los cactus y los hongos con altas concentraciones de psilocibina, mescalina, y otros alcaloides de tipo indálico o bencénico, que se consumían a lo largo de mesoamérica. Las evidencias encontradas en las piedras -hongos entre los monumentos de la cultura de Izapa, en la actual Guatemala, o en el caso de la cultura Chavin en el actual Perú, e indudablemente en gran parte de las culturas que se desarrollaron en México.

Pictóricas y escultóricas, las obras maestras americanas relacionadas con este tipo de drogas no tienen paralelo en la antigüedad; entre ellas las asombrosas en el mural de Tepantitla, en uno de los templos de Tenochtitlán, y la estatua de Xochipilli, dios de las flores, cuyo cuerpo y peana aparecen recubiertos por plantas psicoactivas.

En África, la iboga consumida principalmente por el grupo étnico Fang veneraban en ceremoniales parecidos a los del peyote entre huicholes mexicanos. El principio activo de esta droga pertenece a la familia de la LSD. También dentro de este continente se puede identificar la nuez de cola, un estimulante cafeínico que prolifera en la costa Occidental, y el Kat, un arbusto que se consume en Yemen, Somalia y Etiopía. En China usan también el té desde hace cuatro o cinco milenios, esta sustancia contiene cafeína y teína. El arbusto de la coca es originario de los Andes, y desde el siglo III A.C. hay esculturas de rostros con mejillas por la masticación de sus hojas. La guarana y el mate, que contienen cafeína son americanas al igual que el cacao, el cual contiene teobromina.

Sin duda el efecto genérico de todas estas drogas descritas es como una inyección de energía, que faculta para comer menos y trabajar más. Al parecer nunca sirvieron para producir trances de posesión o viajes, y son desde los comienzos fármacos profanos, que el acomodado usa por gusto y el pobre por necesidad.

La vid cultivada se ha supuesto originaria del Cáucaso, aunque en el mediterráneo las huellas de especies silvestres se remontan a millones de años atrás. Las plantas vinculadas a bebidas alcohólicas son prácticamente infinitas. La primera noticia sobre este tipo de drogas aparece en una tablilla cuneiforme del 2200 A. de C. que recomienda cerveza como tónico para mujeres en estado de lactancia.

Cervezas y vinos están en los tratamientos conservados en la farmacopea del antiguo Egipto. De igual manera son numerosas las referencias al vino en la Biblia Hebrea.

El antiguo testamento distingue puntualmente entre vino y "bebida fuerte". Isaías y Amós - los profetas más críticos hacia las borracheras de reyes y jueces en esa época - hablan casi siempre de bebidas fuertes, las cuales se refieren no a la mayor concentración o graduación alcohólica, sino a vinos y cervezas cargados con extractos de alguna otra droga, ya que las primeras conocidos como aguardientes aparecerían milenios después. En Asia menor existen datos sobre mezclas semejantes como el vino recinto al que aluden Demócrito y Galeno.

Esa actitud favorable al alcohol tiene su exacto opuesto en la religión de la India ya que las bebidas alcohólicas simbolizan en sánscrito - Sura -, la falsedad, la mentira y las tinieblas, y esta seguirá simbolizando en el propio Brahmanismo posvédico. Tampoco serán gratas las bebidas alcohólicas al Budismo, aunque por diferentes razones el santón Budista prefiere el cáñamo como el vehículo de ebriedad, mientras el Brahmán guarda una sociedad rigurosamente cerrada, donde deshinibidores tan poderosos como las bebidas alcohólicas amenazaban el principio de incomunicación absoluta entre castas.

No puede decirse lo mismo de China y Japón, puesto que fueron territorios muy afectos al vino de arroz desde sus primeros orígenes.

En el mundo Griego la escuela Hipocrática presenta a la enfermedad y la cura como resultado de procesos naturales. Al deslindar sus actos de magia y la religión, el

hipocrático niega validez a cualquier cura basada en una transferencia simbólica del mal desde alguien a otro, rompiendo así con la institución del chivo expiatorio. En vez de utilizar algún "phármakós" o chivo para que absorba la impureza ajena, la nueva medicina usó el "phármakon" o droga adecuada (Escohotado, 1996). Por ejemplo, era sensato usar un fármaco astringente como el opio, e insensato sacrificar a algunos jóvenes por parecer una crueldad monstruosa e inútil.

Las drogas ya no son cosas sobrenaturales, sino sustancias que actúan enfriando, calentando, humedeciendo, contrayendo y relajando o haciendo dormir. En su naturaleza está curar amenazando al organismo, como cura el fuego una herida al desinfectarla. Lo esencial en cada una es la proporción entre dosis activa y dosis fatal, pues sólo la cantidad distingue al remedio del veneno.

Los griegos percibieron también el fenómeno que hoy llamamos tolerancia, aunque en vez de ver allí la huella del hábito indeseable vieron, más bien, un mecanismo de autoinmunización. Además de los vinos y la cerveza, los Griegos usaron con fines ceremoniales y lúdicos el cáñamo y otras solanáceas (beleno, belladona, mandrágora), en ocasiones mediante sahumeros o inciensos. Conocían también un extracto de hachís con vino y mirra para estimular reuniones privadas. Ninguna droga tuvo una popularidad comparable al opio. Su empleo médico se remonta quizá a los primeros templos de Esculapio, instituciones algo parecidas a nuestros hospitales donde al llegar los pacientes eran sometidos a una incubatio o ensueño senador. Un ejemplo que maneja el propio Escohotado en su magnífico relato histórico acerca de las drogas, es el tratado hipocrático sobre la histeria, trastornos que los Griegos atribuían a ámbitos uterinos, anticipándose con mucho a Freud, recomendando opio como tratamiento. Los historiadores aseguran que de Hipócrates le viene en realidad el nombre a esta droga, que traduce "opós mekonos" jugo de adormidera. Heráclides de Tarento - médico de Filipo, padre de Alejandro magno - contribuyó a fomentar su difusión preconizando para calmar el dolor.

El empleo de diversas drogas no significó que los griegos ignorasen el problema del consumo en exceso, o como se diría en la actualidad la toxicomanía. La diferencia estriba en que la peligrosidad social e individual de las propias drogas se concentraron en el vino. Incluso se hace alusión al símbolo de Dionisio, un dios plata que suspende las fronteras de la identidad personal y llama a periódicas orgías, el vino irrumpió en Grecia como un extraño, capaz de reducir a ruinas la casa que le ofrecía abrigo (Nietzsche).

Las escuelas filosóficas debatían básicamente dos cuestiones. En general, si el vino había sido otorgado a los humanos para enloquecerles o para su bien y, en particular, si - como afirmaban los estoicos - el sabio podía beber sin límite, hasta caer dormido, antes de verse llevado a alguna necesidad. En lo que respecta a la naturaleza misma del vino, aunque no le faltan detractores ilustres, lo habitual es creer que constituye un espíritu neutro, capaz de producir bienes o males atendiendo a cada individuo y ocasión. Uno de sus grandes abogados fue el propio Platón que dice en las Leyes (671 a 666 A.C.).

. . . " No vilipendiamos el regalo recibido de Dionisio, pretendiendo que es un mal obsequio y no merece que una república acepte su introducción (...)

Bastará una ley que prohíba a los jóvenes probar vino hasta los 18 años, y hasta los treinta prescriba que el hombre lo pruebe con medida, evitando radicalmente nuestra ley embriagarse por beber en exceso. A partir de los cuarenta nuestra ley permitirá invocar en banquetes a todos los dioses y, va de suyo, una especial invocación dirigida a Dionisio, en vista de ese vino que, a la vez sacramento y solaz para los hombres de edad, les ha sido otorgado por el dios como un fármaco para el rigor de la vejez para rejuvenecernos, haciendo que el olvido de lo que aflige al anciano descargue su alma de rudeza, y le preste más jovialidad. . .

Para completar esta perspectiva del mundo Griego es preciso aludir a los misterios de Eleusis, que se fundaron, y fueron durante más de un milenio el símbolo espiritual de su cultura. Se sabe que la iniciación acontecía en otoño, de noche, y que los peregrinos - ---

llamados epoptés o testigos presenciales -- recibían una pócima (kykeón) compuesta de harina y menta (invadida de un hongo visionario o psicoactivo como el ácido lisérgico); Juraban también por su vida guardar absoluto secreto sobre el detalle de la experiencia.

La iniciación sólo se vedaba a los homicidas, y acudieron reyes, cortesanos, mercaderes, poetas, siervos, gentes de muy variado oficio y procedencia. Ente ellos había personas con la capacidad intelectual de Sófocles, Píndaro, Platón, Aristóteles y Marco Aurelio. Sin duda y considerando que esa agua fue el vehículo utilizado por los administradores del santuario nos explicamos el hondo e infalible efecto de la iniciación.

La religión eleusina - basada en un solo acto de gran intensidad, orientado a producir una experiencia estática de muerte y resurrección - fue probablemente una ingeniosa adaptación de viejos ritos chamánicos a la nueva cultura que Grecia empezaba a hacer, como un puente entre los cultos naturales, propio de aldeas, y los cultos civiles que empezaban a consolidarse en ciudades surgidas al amparo del desarrollo comercial.

En el mundo romano señala el propio Escohotado (1989, 1994, 1996), el criterio en materia de drogas se copia del griego, se establece de acuerdo a la lex Cornelia único precepto general sobre el tema de drogas, vigente desde tiempos republicanos hasta la decadencia del Imperio que; ... droga es una palabra indiferente, donde cabe tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar...

En los tiempos de los Cesares no era infrecuente fumar flores de cáñamo hembra (marihuana) en reuniones para incitar a la hilaridad y el disfrute, costumbre que pudo venir tanto de la sociedad ateniense como de los celtas. Algunos historiadores han incluido también dentro de las plantas fundamentales que se utilizaron en Roma a la adormidera y la vid. Prácticamente todos los que ocuparon el trono del Imperio Romano usaron a diario triacas, nerva, trajano además de opio puro. Lo mismo lo hicieron los ciudadanos romanos que los plebeyos y los patricios, pues en su momento usar este tipo de sustancias se consideraba prueba de grandeza moral.

En materia médica, que es el tratado farmacológico más influyente de la antigüedad, Dioscórides describe el opio como algo que quita totalmente el dolor, mitiga la tos, refrenta los flujos estomacales y se aplica a quienes no pueden dormir. Por este propio galeno se sabe también que la demanda de esta droga excedía la oferta, siendo frecuente su adulteración. En este sentido es interesante saber que el opio fue durante el Imperio romano un bien de precio controlado con el cual no se permitía especular. Con esto, el consumo no crea problemas de orden público o privado, aunque se cuenta en su momento con millones de usuarios regulares al opio, sin existir casos clínicos ni marginados sociales por dicho uso. La costumbre de tomar esta droga no se distingue de cualquier otra costumbre, y de ahí que no haya en latín expresión equivalente a "opiómano", en cambio existen al menos una docena de palabras para designar al dipsómano o alcohólico. El vino suscito conflictos personales y colectivos, ya que los romanos eran afectos a beber, aunque una costumbre memorial excluía a mujeres y menores de 30 años.

Hipócrates aconsejaba ceder a la ebriedad una o dos veces de cuando en cuando, considerando que la relajación es cosa sana y terapéutica en sí misma, ese convencimiento en la naturaleza individual refleja claramente una automedicación muy arraigada, asociada a las distintas escuelas de terapeutas existentes, los cuales curaban haciendo música, con números, con ensalmos, con fetiches, con masajes con astrología, con plantas, con sugestión y con gimnasia. Sin en algo coinciden los hombres cultos de la antigüedad es en buscar nociones de medicina empírica para tratarse a sí mismos. La tónica del mundo grecorromano es expresada por Encolpio, protagonista principal del Satiricón, el cual indica que cuando agota sus remedios caseros recurre a herboristas, por resultar más seguro para la bolsa y la salud.

También es cierto que no falta quienes ven en las bebidas alcohólicas algo embrutecedor como los brahmanes que señalan que su ingestión inclina a actos necios y orgias. Los propios brahmanes celebran la ebriedad alcanzada con otras drogas, como el cáñamo, y

si bien el alcohol no está prohibido en esta época si es mal visto. En Roma se establece una cultura inclinada a aplicar penas feroces para cualquier transgresión a los usos y costumbres que se establecieron para ingerir vino, como el caso antes dicho de prohibirlo a menores de 30 años y a las mujeres, el cual el quebrantamiento de tales disposiciones era castigado. Esto derivada de una clara distinción entre derecho y moral: si la moral quisiera apoyarse en sanciones legales hubiera fomentado hábitos hipócritas, y si el derecho quisiera sancionar una moral se hubiera hecho sectario, fomentando el desprecio a sus leyes (op. cit. Escotado 1989). Estas convicciones - neutralidad de las drogas, ebriedad, automedicación, fronteras entre moral y derecho - sufren un colapso al cristalizarse el Imperio Romano. Frente a sujetos vocacionales y dotados de poder, como los hechiceros, los chamanes arcaicos, las castas rituales posteriores (pontífices romanos, bacileos griegos, mandarines confucianos o rabinos hebreos) exhiben el tono profesional de quienes no son individuos marginales sino integrados. La religión que administran es también una "verdad revelada", pero bien distinta de la que administran la hechicería de posesión y de éxtasis; unos son cultos que se apoyan sobre experiencias aisladas, a veces únicos en la vida mientras los otros se basan sobre el aprendizaje de credos y ceremoniales, siendo esencial un seguimiento que asegure la adhesión del fiel a cierta concepción del mundo y la conducta.

Mucho tiempo subsistieron sin entrar en abierto conflicto el sacerdocio ritual y la hechicería, cubriendo esferas distintas; coexistían los basilios de la religión civil griega con hierofantes de Eleusis y otros altares, pontífices romanos con oficiantes de numerosos misterios, mandarines confucianos con santones taoístas y budistas, rabinos con profetas. La pugna estallo cuando una secta exigió administrar la religión natural, además de la prosaica o civil, como el caso de los brahmanes donde los viejos bebedores de soma pasan más tarde a defender un culto antiestético. Y el cristianismo, culto místico apoyados sobre banquetes de pan y vino, cuando la cuenca mediterránea llevaba más de un milenio celebrando con la harina como símbolo de Eleusis y el vino como símbolo de Baco como se cito anteriormente.

La relajación inducida por la ebriedad había sido para el pagano uno de los grandes dones Dionisiacos, admitido también por el antiguo testamento. Sin embargo fue preciso liquidar todo estímulo a conductas relajadas, de ahí que proliferaran sectas rigurosamente abstemias, como los encráticos, los tasiános, los marcionistas, y los acuarianos, para los cuales beber constituía pecado mortal; según sus tradiciones cuando Lucifer cayó de los cielos se unió a la Tierra y produjo la vid. Para estos grupos Lucifer y Baco son una misma persona, para otros es padre e hijo.

La formalización del rito eucarístico comenzó reduciendo a mero símbolo el ayuno, para después reservar el vino al sacerdote. Esto permitió retener el núcleo de todas las religiones naturales - que es comer y beber del dios - descartando al mismo tiempo la sustancia que aseguraban un trance psíquico muy intenso. En vez de caer en trance como en antaño, lo que se exige es querer creer, es decir tener fe. Aunque los sentidos no hayan notado diferencia antes y después de tragar la hostia bendita, la fe consume el milagro de tener a Dios dentro en forma física. Este giro exigía borrar cualquier punto de comparación, cualesquiera comuniones no basadas sobre un esfuerzo de autosugestión, todos los otros ritos místicos del Mediterráneo pasan a ser tratados como potencias satánicas, dios no tendrá ya nada de misterio vegetal y multiplicidad: será uno y trascendente, como la propia autoridad de la fe.

No solo los usos mágicos-religiosos quedan sometidos a estigma. Ahora para el pagano la euforia tanto positiva (por obtención de contento) como negativa (por alivio de dolor), constituye un fin en sí. La euforia es sencillamente terapéutica, sana. La fe cristiana desea en cambio, una medida considerable de aflicción, porque el dolor es grato a Dios mientras mortifique a la carne; lo que no sea aliviar patologías momentáneas es huida indigna ante desdichas que redimen al ser humano. Ahora toda ebriedad implica debilidades y culpa.

El saber pagano, especialmente el relativo a drogas se considera ahora contaminado de brujería, mientras San Agustín declara que el afán científico es en sí curiosidad malsana, sucesivos concilios mandan exterminar o vender como esclavos a los drogueros y a sus familias. El uso de las plantas ahora es considerado diabólico, traición a la fe cristiana. En uno de sus capitulares Carlo Magno llama al opio obra de Satanás. Hacia el siglo X, cuando la iglesia y el imperio son una unidad sin fisura, emplear drogas con fines terapéuticos puede ser sinónimo de herejía, por lo que estaba prohibido cualquier acto de magia o brujería. En cuatro siglos para algunos autores, Europa había retrocedido milenio y medio en materia científica respecto a las drogas, sobre todo por su nueva concepción, resurgiendo de manera clandestina las tradiciones chamanicas en donde acude toda la población incluyendo en algunos casos a nobles y clérigos desahuciados.

Como los demás monoteísmo el Islam invade la intimidad subjetiva, dictando preceptos sobre alimentos, horarios y drogas, pero esas normas difieren de las que propone el cristianismo. Para el islamismo no hay ninguna droga sagrada - como la que utiliza el cristianismo en la misa, que es el vino -, y tampoco ninguna droga sacrilega. Al no haber instituciones de comunión natural (comer o beber del dios).

El Islam desarrolla sin trabas de tipo teológico o eclesiástico una medicina y una farmacopea de corte científico que influye en el retorno de Europa a esos cauces. Suele decirse que Mahoma prohibió severamente el vino, la borrachera se deplora por hacer ridícula a una persona. A diferencia de la cultura grecorromana que empleaba vino, la árabe se servía del vino como euforizante general, recomendable para el tránsito de la segunda a la tercera edad, y para sobrellevar los sinsabores de esta última. Los dirigentes del Islam y el pueblo en general prefirieron la ebriedad proporcionada por el opio en lugar de la del vino, ya que la primera al margen de ser consumida se podían realizar con precisión las tareas encomendadas sin ninguna dificultad. Lo singular del uso árabe es que busca el acostumbamiento y familiaridad con la droga, evitando episodios de

intoxicación aguda. Se le atribuye inclusive capacidad para hacer frente a casos graves de melancolía y epilepsia.

Al hablar del Islam, es preciso distinguir un período caracterizado por el apogeo creador, que llega hasta el siglo XV, un período de conciliación y decadencia en donde sus grandes místicos, poetas, médicos, matemáticos y filósofos consideran a las drogas como espíritus neutros, como pensaba la cultura grecorromana. Sin embargo acaba apoderándose del Islam clásico sucesivos brotes fundamentalistas que ya no ven espíritus neutrales en las drogas, sino todo lo contrario, ubicándola ahora como ilegítima e ilegal. A nivel histórico se da un cambio sustancial, en un primer momento lo culpable es la borrachera alcohólica, porque instigando insensateces mueve a mentir. Pero en un segundo momento, que marca además la decadencia política y espiritual del Islam, ahora es culpable cualquier forma de ebriedad, pues la relajación inducida ya no es un signo de cultura, sino un placer prohibido, opuesto a la salud del entendimiento. Este criterio es el que adoptan los inquisidores europeos para las drogas en común a excepción del vino.

Algunos consideran que la bruja medieval fue una invención de los inquisidores, en la que al final acabaron creyendo casi todos. Otros piensan que fueron seres raros, propensos a buscar paraísos artificiales en las plantas. Hay también quienes las toman por representantes de la vieja religión del oeste europeo. En cualquier caso fueron acusadas de montar ritos orgiásticos (llamados sabbats) usando bebedizos y pomadas. En el renacimiento cuando por primera vez son investigados dichos líquidos y untos se observa que contienen entre otros; opio, flores de cáñamo, haschisch, solanáceas psicoactivas y cornezuelo. En este sentido los sabbats buscaban la torpeza carnal con el deseo de cometer fornicaciones, adulterios o sodomías, al amparo de visiones de que se producían mediante tóxicos.

Las brujas no solo son acusadas de promocionar vicios, sino de tener poderes milagrosos gracias a su alianza con el demonio. Gregorio IX dicta la primera bula contra ellas,

premiando a los inquisidores con el derecho a incautar sus propiedades y pertenencias. Es importante señalar que pese a esto son pocas las personas que se confiesan brujas en principio y a partir del mandato que se acaba de citar crecen en proporciones incalculables. Tomás de Aquino el principal teólogo cristiano afirmó que los hechiceros solían causar todo tipo de enfermedades desde la lepra a la epilepsia por lo que había que exterminarlos.

La relación entre drogas, lujuria y brujería es tan puntual que funciona incluso para ancianas, ya que de acuerdo a los relatos de la época existen testimonios asombrosos tanto individuales como colectivos de ritos, plantas y sustancias, ungüentos que involucran los acontecimientos en extrañas relaciones (Escohotado, 1996). Solitario o colectivo el erotismo ligado a las drogas que detecta la mentalidad inquisitorial viene siempre envuelto en estereotipos. Con todo el sabbat era mas que puro sexo; por una parte reflejaba viejisimas costumbres, dirigidas a promover la fertilidad de plantas y animales, y por otra era una parodia de la misa, donde todo aparecía dramáticamente trastocado. En este sentido lejos de celebrar una mortificación de la carne, los fieles celebraban su glorificación; de ahí que el oficiante hiciera un simulacro de cópula - con un falo de cuerno, y disfrazado de macho cabrío -, abriendo una orgía mas o menos ritual. Estos cultos rurales contrastan con el uso de drogas en villas y ciudades, que tienen un matiz no solo privado sino laico. Por tal motivo, el uso de drogas distintas del alcohol es castigado con tortura y pena capital, tanto si es religioso como si es simplemente lúdico.

Las drogas de las brujas delatan lo prohibido por excelencia, que es un deseo de abrazar el mas acá, opuesto al fervor por el más allá. Sin embargo, querer volver a sentirse en la Tierra como en su casa y no como en un desierto, es lo que representa el renacimiento, espíritu animador de la edad moderna (A. Escohotado 1989).

En la actualidad en pleno siglo XX se sabe que las fórmulas de aquellos ungüentos contenían sustancias psicoactivas; hachis, flor de cáñamo, opio y solanáceas. Así como

también ingredientes de alta sofisticación como la piel de sapo que contiene altos concentrados de dimetiltriptamina o DMT, también harinas contaminadas por cornezuelo que contiene amina de ácido lisérgico, además de hongos y cetas visionarias con variedad de drogas que se potencializaban al mezclarse.

La cruzada contra las brujas mostró como la persecución puede multiplicar al infinito cierto daño, real o supuesto, por ejemplo en una Europa que rondaba los tres millones de habitantes, inquisidores católicos y protestantes lograron quemar vivas a unas quinientas mil personas en el lapso del siglo XV al XVII, adhiriendo a ello la incautación de cuantiosos bienes por varios millones más. El instrumento que surgió para seguir la hechicería fue una prueba a partir de la confesión, para lo cual el inquisidor descubrió una gama enorme de instrumentos de tormento para causar la confesión. Curiosamente usando castigo para averiguar si procedía castigo por el acto de la hechicería, se borraba la diferencia entre averiguación y condena, sospecha y culpa. (Observación importante para los criminólogos).

La inquisición en América parte de premisas idénticas, y persiguió a gran número de nativos por emplear sus drogas naturales. Aunque a diferencia de la práctica del inquisidor en Europa, este no encontró en el Nuevo Mundo la conexión directa entre erotismo y droga que se veía en aquel continente. También eran diferentes los vehículos de ebriedad usados en América y Europa situación que más adelante describiré.

Es interesante hacer notar que las solanáceas alucinógenas se encontraron clasificadas en las farmacopeas como útiles plantas medicinales, y no como estupefacientes peligrosos y solo desde 1330 hasta 1700 fueron una encarnación diabólica la cual generaron un número considerable de consumidores, crearon una fe en su poder sobrenatural y, desde luego, llevaron al suplicio y a la hoguera, como se menciono anteriormente, a muchísimos europeos.

Pero no todo era brujería y hechicería, sino que también aunque de forma oculta en estos cuatro siglos hubo temerarios, que arriesgando su vida y viviendo el riesgo de ser sacrificados a la hoguera por apartarse de las reglas inquisitoriales, practicaron la utilización de las drogas con usos médicos. En siglo XII por ejemplo, hayamos la primera mención a la esponja soporífera, un anestésico compuesto por partes iguales de opio, beleño y mandragora molidos y macerados en agua. Dos siglos más tarde, - cuando comienza la caza de brujas - el uso de opio por parte de médicos hipocráticos resulta ser muy difundido. Se señala como regla general que solo hay que usar los narcóticos cuando el dolor sea insoportable y otros recursos fallan (Giovanni de Ila Crose; op. cit. Escohotado 1994). Comienza así la reinstalación del opio como panacea terapéutica en occidente. Aunque en este periodo no deja de existir inseguridad para los médicos por usar drogas psicoactivas o incluso no psicoactivas, cualquier persona sin altos apoyos podía ser procesada, torturada y quemada viva por sospechas de conocimientos de botánica y toxicología.

En lugar de la piedra filosofal, los alquimistas descubrieron el alcohol, el alambique se había inventado ya en Egipto, y los árabes perfeccionaron su manejo para destilar ciertas sustancias, pero conseguir alcohol exigía un método de refrigeración. Aunque el alcohol puro fue muy útil para preparar perfumes, los licores recibieron una acogida mucho más calurosa, siendo cuatro o cinco veces más activos que el vino ofrecían una embriaguez más rápida y profunda, obtenida con mucho menos líquido y permitiendo elegir entre varios aromas. A esto se añadió, una estabilidad del producto incomparablemente superior a la de los vinos, el negocio de fabricarlos y venderlos cobró márgenes comerciales importantes, solo comparables a los que siglos después ofrecería el tráfico de especias.

Para hacer frente al aluvión de alcohólicos promovidos por las bebidas destiladas se tomaron en Europa varias medidas. Entre ellas, la fundación orientada a promover la sobriedad. En términos generales el medievo y el renacimiento son épocas donde el

consumo de bebidas alcanza altos niveles, que incluso se relacionan con las artes, por ejemplo, en los monasterios se componen cantos de corte dionisiaco como Catulli Carmina y los de Carmina Burana que resultaron una exaltación casi religiosa del vino de Bocaccio y Rabelais.

Sin embargo ni el buen vino ni los licores eran asequibles para el pueblo llano, salvo en festividades, y sus principales consumidores eran clérigos, nobles y burgueses. En el hogar del artesano el siervo y el campesino quizá lo bebe la cabeza de familia en las comidas y rara vez fuera de ella. Años más tarde el alcohol y otras drogas como opio, el beleño y mandragora fueron utilizadas en tratamientos terapéuticos. Al superar la cacería de brujas se incluyeron dos premisas; la primera de ellos era reducir lo repetidamente sobrenatural a algo prosaico, como las propiedades de ciertas plantas. Luego, era preciso mostrar que lo prosaico presentaba gran utilidad para la población, manejando una medicina saludable y pura. Para Celso, médico y alquimista del siglo XVII inauguro la farmacología blanca que asimiló la práctica de la medicina clásica y las drogas. La unanimidad de los médicos fue prácticamente absoluta, declararon que el opio y otras drogas lejos de su connotación negativa tenían un inmenso don de la providencia para mitigar tantos los sufrimientos, como disminuir los padecimientos del hombre. En pocos años la droga perdió por completo su halo herético previo, y se convirtió en remedio científico por excelencia.

El opio en principio al ser utilizado resucito varias diferencias radicales, pues por un lado se pudo identificar el tratamiento que se daba a los ricos y a los pobres, pudo determinar el prestigio social alcanzado por los médicos que lo utilizaban en relación con los resultados y renació la farmacología, algo que hasta entonces estaba a mitad de camino entre la alquimia y la hechicería. Dando con esto los primeros pasos a la industria farmacéutica, sobre todo con la gran variedad botánica derivados del continente americano.

Con los años el uso del opio, adormidera, hachis y otras sustancias marcaron enorme precedente en los principales exponentes de las artes, gobernantes y personajes públicos. Como el caso de las casas reales de Suecia y Dinamarca, Pedro el Grande y Catalina de Rusia, Federico II de Prusia, María Teresa de Austria, Guillermo III de Inglaterra. Así como, Goya, Scott, Byron, todos ellos consumidores de opio.

C) LAS DROGAS EN EL NUEVO CONTINENTE.

Con el descubrimiento de América, los tesoros más importantes para Europa fueron botánicos. En todas las regiones del continente se encontraron una enorme variedad de plantas y sustancias medicinales, en vez de ir al Nuevo Mundo para sustituir a los chamanes locales, los boticarios y médicos españoles se desplazaron al Nuevo Continente para aprender de los herboristas nativos, y dar a conocer o vender en otras tierras esas plantas y preparados. Su admiración y su curiosidad científicas se vieron cristalizadas en diecisiete volúmenes de la historia natural de las indias, del médico Francisco Hernández, en la cual menciona más de tres mil plantas al concluir su investigación en 1580. La cultura azteca, tan bárbara en otros aspectos - según el conquistador - mantenía fastuosos jardines botánicos que eran a la vez lugares de recreo para la corte, como depósitos farmacológicos herboristas y drogueros en mercados públicos, en donde los pobres podían obtener gratuitamente diagnósticos y fármacos de estos jardines botánicos.

No había manera de distinguir a las eminencias médicas y farmacológicas indígenas de los hechiceros, pues lo que algunos llamaban maravillosas curas eran para otros obras de impura magia. Lo característico de América se puede resumir en dos elementos. El primero es una riqueza incomparable de flora psicoactiva, ante los estimulantes y plantas que contienen alcaloides indólicos. Y la segunda es la vinculación de su consumo con los cultos religiosos, tanto al nivel de grandes civilizaciones como de pequeñas comunidades aisladas. (Shules, 1969 .cit. Escobedo, 1989).

Si bien en todo el territorio americano existe una gran diversidad de plantas psicoactivas, que se proliferan en las diferentes culturas y regiones del continente, sobre todo en la zona que los antropólogos definieron como mesoamérica, se pueden identificar en forma particular el uso y las costumbres de algunas plantas, hongos y sustancias combinadas con diversos componentes.

En la obra de Fernando Tenorio Tagle (1991). "El control social de las drogas en México", se puede apreciar un acercamiento peculiar de la concepción de las drogas en Mesoamérica y en particular en el México prehispánico. En donde pretende rescatar desde sus orígenes, la conceptualización que han mantenido las drogas en las distintas etapas de nuestra sociedad. Parte de la cosmovisión prehispánica, a la época de la conquista y la implantación de la colonia, así como la percepción contemporánea. Sin duda resulta ser un acercamiento que pretende sólidamente enaltecer la amplia gama pluricultural, ideológica, mágico - religiosa, así como política, de la relación que existió entre el hombre de la época, la sociedad y el control del estado con las drogas ó sustancias psicoactivas. Pretende, crear conciencia de las prácticas que mantuvieron los pueblos originarios en este territorio. No como mera descripción ó hecho histórico, sino para evidenciar la compenetración de los hombres de esa época y sus sociedades, con la divinidad.

Establecidas y conformadas las distintas ciudades prehispánicas, en sus diferentes momentos de esplendor (toltecas, teotihuacanos, mexicas o aztecas), mantuvieron una mística particular en cada uno de los elementos que constituían su estructura social; educación, culto a dioses religión, etc. en donde, aunque con variaciones particulares, se aprecian similitudes en las distintas culturas identificadas en el territorio mesoamericano. Antes de la conquista española, los aztecas y los pueblos subyugados mantuvieron por un lado una mística guerrera y una filosófica propia de concebir la realidad y la divinidad. Al mantener para la justicia, los llamatinime - "los que saben algo" iluminaron, su destino y sus saberes.

De la misma forma los macehuales, supieron siempre que no eran más que materia flexible arrojada en Tlaltipac para darse forma con flores y cantos, único instrumento para alcanzar la gratificación y evadir los riesgos divinos. Por ello para la formación del niño macehual, se acude desde temprana edad al tepuchcalli o al calmécac.

Aprenderá a obedecer, y a sujetarse al orden sacro de los jefes, entre todos el tlatuani, porque con su sombra protege al reino, por ser puesto por los propios dioses. Por ello el tlatuani, convoca a su consejo de jefes y sacerdotes, a aquéllos elegidos entre los formados en el calmécac tepuchcalli y puede, inclusive matar, pues es la suprema justicia entre los hombres. Esto lo delega sólo a ciertos macehuales que provenían del calmécac. Así en las cosas necesarias, cuando eran convocados, y consultaban al tlatoani, expresan el castigo divino; muerte por ahorcamiento, ahogamiento, a palos, dilapidado. Sin embargo, los dioses tienen otras justicias además de las dadas a los hombres. A veces ellos matan, o, solo lastiman, enferman; son avisos, son castigos que podían prevenir o remediar.

De acuerdo a la historia de los aztecas, los dioses formaron a un personaje filosófico; el " ticitl " o médico agorero. Para curar invocando a las mismas fuerzas divinas que enferman; aquéllas que traían a Tlaltipac las flores que embriagan, con las que los dioses les hablaban, con las que extraían el espíritu y relevaban algo de su secreto, las que prestan a través de su magia, visualizar el porvenir, para mirarlo, para saberlo, para estar alertas (Tenorio 1991).

De esta manera el ticitl es partícipe de los atributos sagrados de los sacerdotes. Figura sobresaliente dentro del grupo, pues su seguridad dependió en gran medida de aquel que sabe del arte del ticiotl: el conocimiento de los dioses, sus mandatos y prohibiciones, las propiedades de las yerbas, flores y sustancias; el arte de pronosticar: el arte de remediar sus males.

Varias fueron las formas o preferencias de los ticitl, algunos son tetlaculcullani, los chupadores de las enfermedades, aquellos que las succionan con su aliento; otros son tlamatque, quienes tocando provocando curación; está también el tetonalmacani, que hacía egresar el espíritu a los cuerpos que habían perdido; " aquellos que interpretan los sueños ingiriendo el ololihqui, se dice paynani: El que corre libremente". También es importante hacer referencia al temido y respetado nahualli, aquel que nacido con el poder de las lluvias tiene el poder de la metamorfosis (Aguirre Beltrán, 1987).

Resumiendo, la función de los xicitl, era diagnosticar las causas divinas o humanas de nuestros males, o sea, tlapozilizli, el acto de concentración y de éxtasis del médico agorero, con el que descubre los velos que ondulan las razones de la enfermedad, saber los actos que provocan la ira de los dioses e identificarlos; son funciones ocultas a la cotidiana sensibilidad. Por tal motivo, era necesario que el ticitl adquiriera el poder de penetrar hasta las fuerzas mismas del tlalticpac. Por lo que ingería las flores sagradas, sobre todo, aquellas que tenían raíz como el hongo divino o teonanácatl. Aquellas mismas flores con las que los tlamatinime, cantan la palabra de los dioses, como lo hace Xochipilli, el dios príncipe de las flores, dios de la juventud, de la luz, de flor y canto; se decía en aquél entonces: "de la casa de dios vienen las flores, en su casa ha de buscarse su canto" (Wasin Gordon, 1983).

El tacitl, ingería las flores - alucinógenas - para traspasar la frontera de los sueños y alcanzar las dimensiones de las fuerzas divinas, ellas daban palabras, revelando lo oculto, diagnosticaban y también señalaban y remediaban.

Las plantas divinas, donde los dioses se agazapaban y las nutrian con su savia, virtud que les concedían cuando las usaban conforme a los designios. Eran custodiadas en sus prácticas, por ello castigaron y controlaron los usos diversos, esto es, sin la veneración debida.

Carlos Viesca (1994), señaló que el consumo de sustancias adictivas en el México prehispánico, están identificadas las sustancias y las conductas de adicción de la época. Todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Mesoamérica como los grupos tribales de las regiones periféricas, tenían un conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotropicos de ciertos vegetales y animales.

El propio autor señala que quizá la sustancia de uso más extendido en ese México prehispánico fue el pulque, la bebida fermentada por excelencia. Fue proverbial el riesgo que corría el bebedor de pulque de ser poseído por los centzontochtin, " los cuatrocientos conejos ", deidades del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez puede provocar en los diferentes individuos. El padre Sahagún, señaló como había individuos que al ingerir el pulque se encerraban en sí mismos sin molestar a los demás, otros se dormían en cuanto se emborrachaban, otros tantos se entristecían y empezaban a lloriquear, también existían los que se consolaban cantando, los que tomaban actitudes prepotentes y decían ser ricos y poderosos, los que dirigen sus desvergüenzas contra otros siendo agresivos, los que sospechan mal de todo y de todos, y los que buscan solaz en la compañía de otros borrachos iguales a ellos. En cada uno de ellos, se hacía presente el espíritu de la deidad o del demonio que lo poseyese.

Relacionado con la luna, el pulque fue considerado como una bebida divina que sólo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos con características a sí mismo específicas. El pulque tenía un uso ceremonial perfectamente reglamentado. Iba desde dar de beber el teoctli - pulque de los dioses - a los prisioneros, víctimas en el sacrificio gladiatorio en la fiesta de Huitzilopochtli en el día Ce técpatl (uno pedernal), hasta la borrachera general que incluía a los niños en la festividad denominada pillihiani.

Por igual, en la fiesta de la diosa Huixtocihuatl eran los comerciantes quienes bebían, de igual manera en la fiesta llamada Izcalli, dedicada a Ixcozauhqui - uno de los dioses del fuego - la borrachera en cambio era general, bebían hombres y mujeres, niños y niñas, viejos y mozos.

Los historiadores han señalado que el patrón de consumo del pulque en las sociedades nahuas prehispánicas se regían por criterios diferentes a los de otras culturas; el que bebía podía emborracharse, de tal manera que el patrón de bebida era continuar hasta la embriaguez. Pero no debe olvidarse que esta práctica era ritual y sólo se podía beber en las fiestas en las cuales hacerlo estaba expresamente permitido. En condiciones normales sólo podían beber los viejos, aquellos que ya tenían su alma lo suficientemente avezada y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarlos a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo. El códice mendocino señala que setenta años era la edad a la que los viejos podían empezar a beber sin restricciones, otros textos orientan a pensar que era a los cincuenta y dos años. Según el calendario solar esto implicaba cada fuego nuevo o pasar del siglo. La borrachera de los viejos se convertía en ceremonial durante la fiesta de Tlacoxtchimaco. Así el pulque les permitía hacer de nuevo realidad, siquiera temporalmente, su propio pasado.

La parte prohibida de la embriaguez, marca una pauta importante en esta época, ya que el que bebía fuera de los cánones permitidos era severamente castigado, existiendo un rigurosísimo código de control social, cuanto más noble e ilustre era el bebedor, tanto mayor era el castigo. De esta manera se puede afirmar que el alcoholismo no represento un problema en las sociedades del México prehispánico.

Con la conquista y durante el México colonial, de pronto todos los cronistas de la época concuerdan en señalar que los indios eran individuos proclives al vicio del alcoholismo, haciendo notar como escandalosa la proporción de borrachos entre ellos y la magnitud del problema. Es hecho probado (Eduardo Menéndez. 1988, 1991), que el control del pulque y

su sentido religioso desaparecieron para dar lugar a un discurso social de naturaleza totalmente diferente, en el que además de incluir el vino en los oficios religiosos, manifestaba que éste podía ser bebido de manera consuetudinaria y sin discriminación (Corcuera, 1991). Desaparecieron las ceremonias y las restricciones, de manera que cualquiera podía tomar pulque en el momento en que se le antojara. Los frailes franciscanos predicaban la cultura de moderación en el beber, sin embargo sin el control social establecido por los nativos en sus usos y costumbres, el beber siempre era llevado hasta la embriaguez.

En el siglo XVI el pulque se convierte en bebida discriminada y socialmente rechazada, considerada propia de la plebe. A partir de esta óptica discriminante, son introducidos otros productos alcohólicos disponibles (productos de destilación). Dichos productos en su composición química generaron marcadas diferencias en los patrones de comportamiento de los sujetos que los ingerían, inclusive en los borrachos, o al alcanzar la embriaguez. El problema social del alcoholismo alcanzó una gravedad indescriptible, fomentando por diferentes instancias como el caso de las tiendas de raya a mitad del siglo XIX.

Otra planta que en el mundo prehispánico era relacionada con los dioses de la época fue el tabaco. Dentro de las más de setenta especies oriundas y existentes en América, se reconocieron dos variedades principales: la nicotina rústica, producto de mezclas entre nicotina paniculata y nicotina undulata y la nicotina tabacum. Los patrones de consumo variaron, desde ser bebidos, después masticado, aspirado el humo y finalmente fumado.

Se ha sostenido en los medios botánicos que la planta del tabaco es oriunda de las regiones andinas, pero el hecho es que en el Caribe y en Mesoamérica se consumía y cultivaba en tiempos inmemorables; por ejemplo, la planta aparece representada en el muslo izquierdo de la estatua de Xochipilli - señor de las flores -. Para el siglo XVI en México el tabaco se fumaba en pipas y en cigarros, en tanto que en las costas caribeñas se fumaba y se aspiraba. Entre los mexicas era costumbre extendida fumar tanto en

ceremoniales como en banquetes. Por otro lado, debe recordarse que en todas las culturas prehispánicas de mesoamérica el tabaco jugó un papel ritual de extraordinaria importancia, siendo ofrenda común a buen número de dioses, y era presencia obligada en las bolsas que portaban los sacerdotes. En estas culturas el uso del tabaco, se llegara o no a la alucinación, era fundamentalmente ritual y puente para comunicarse con el mundo sobrenatural (Viesca, 1977).

El uso del tabaco también sirvió como medicación para contrarrestar los terribles efectos de la fatiga en individuos sujetos a trabajos corporales excesivos y presas del hambre y la desnutrición. Puede decirse que el tabaco en este territorio Americano, asumió la misma función asignada que las hojas de coca en la cultura andina, generando una especie de energético en los sujetos que la consumían para mantener la dura tarea diaria.

Para los conquistadores las plantas mexicanas del tabaco también resultaron ser amenazadoras, les atribuyeron efectos dramáticos y provocar visiones espantosas, en las que el común denominador siempre fue el demonio, o sea, relacionando a dichos demonios con los dioses de las culturas prehispánicas.

El médico sevillano Nicolás Monardes en 1499, a quien se debe las primeras noticias detalladas sobre las hojas de coca y su uso, señalaba que masticarlas ahuyentaba el hambre y daba vigor. Así mismo, definía dos usos particulares de esta planta: para cuando caminaban por necesidad, en especial cuando lo hacían por sitios en donde no había comida o faltaba el agua, y para cuando estaban contentos y festejaban en casa.

La usaban preparando una masa con polvo de conchas quemadas y hojas de coca que mascaban e iban mezclando con él, hasta hacer unas pelotitas que luego ponían a secar al sol; después cuando querían usarlas, las ponían nuevamente en la boca y las chupaban pasándolas de un lado a otro hasta terminarlas.

Siglos después, en 1855 J.F.W.Jhonson publicó los resultados para aislar el principio activo de las hojas de coca llegando a la conclusión de que eran tres los principios: una resina aromática a la que atribuía las propiedades narcóticas; una sustancia amarga, que consideraba análoga a la teína y a la cafeína, a la que atribuía todos los efectos estimulantes, y el ácido tánico. En ese mismo año F.A.Goedeke aisló los alcaloides obteniendo una sustancia que denominó eritroxilina, que resultó ser una mezcla de varios alcaloides contenidos en la planta. En 1860 se condujo al aislamiento total de la cocaína, con el paso del tiempo la terapéutica médica la prescribió para diferentes problemas, entre las más importantes como tratamiento de elección para las adicciones al alcohol, al opio y a la morfina.

Es importante señalar que en las culturas mexicanas prehispánicas, existieron vegetales y sustancias derivadas de ellas, cuyo uso mostraban potentes efectos psicodislépticos, remontando los usos y costumbres a épocas milenarias. Muestra de ello aparecen en los murales del palacio de Tepantitla en Teotihuacan en donde se aprecia aparece representada una planta de ololeuhqui (turbina corymbosa), directamente asociada con Tlaloc, y en los morales del Templo del dios de la lluvia en Tulum Quintana Roo, se ubican también representadas varias plantas alucinógenas e incluso unas que parecen corresponder a daturas. En aquella época podía dividirse el consumo de alucinógenos en las culturas en dos grandes rubros: un uso ritual, relacionado con las fiestas de los dioses y limitado la más de las veces a los sacerdotes o gobernantes encargados de cumplir con funciones religiosas; y un consumo asociado con ciertas celebraciones, entre las que se refieren los banquetes de los grandes señores, las reuniones de comerciantes y mercaderes que van a partir hacia otras tierras, los guerreros de alta jerarquía antes de ir a la guerra. Quedaba entre ambos el uso que de los psicofármacos hacia los gobernantes, para quienes era recurso indispensable y prácticamente cotidiano como ayuda para cumplir con su función de mantenerse en constante comunicación con los dioses.

Para el resto de la gente y los días ordinarios, estaba en pie la prohibición de ingerirlos, ya que implicaba la invasión de terrenos sagrados, infracción mucho más grave que la de beber pulque. No se encontraron evidencias sobre problemas de adicción a esas sustancias, sin embargo con relativa frecuencia las fuentes de la época advirtieron el grave peligro de volverse loco si se abusaba de alguna de ellas. Por ejemplo, Sahagún lo anunciaba al hablar de Néxehuac, del toloache y de los honguillos que producían visiones. Es posible que personas que ingerían este tipo de sustancias, presentaban los efectos que identificaron como adicción. Sin embargo, es aventurado hacer esta conjetura. Lo que sí es claro, es que los efectos impactantes de los elementos que generaron los psicotrópicos se presentan en el establecimiento de adicciones. Es decir, relacionadas con sensaciones placenteras, las molestias al desaparecer los efectos de la droga y la necesidad de repetir la dosis, a situación que orientan a patrones de cronicidad en el consumo. Viesca (op. cit. 1994) señala que son mucho más frecuentes los cuadros de intoxicación aguda e incluso los brotes psicóticos, que los fenómenos de adicción.

En otro ámbito, la percepción de lo inquietante, es característica de la intoxicación del peyote y fuente de una angustia esencial que acorrala a quien lo experimenta. Cuando se intenta librar distancias insalvables para aproximarse a lo desconocido, se corre el riesgo de fracasar y la posibilidad de separación del ser, es traducida en ese temor visceral que han relatado tantos exploradores de los estados diferentes de la conciencia, al que llegan cuando se ven ante la inminencia del desmembramiento, de la disolución del yo, de la fuga imparable hacia la nada, sensación propia de todo aquel que no ha dialogado lo suficiente con los espíritus que moran en la planta y sus productos. Esa es la característica esencial de los fármacos procedentes de México antiguo, son demasiados vivos, con ellos no existe el riesgo de que se tronque en incoloros o de que se congelen, como sucede con la morfina, o los derivados de la cocaína; actúan brutalmente y arrastran con imperio, fuerzan la entrada a las imágenes a los palacios y a las criptas, a los pisos celestiales y a las entrañas del inframundo (Estrada, 1977. cit. en Viesca 1994).

A partir de la conquista española, los hongos sagrados al igual que muchas plantas, animales y compuestos desaparecieron y fueron confinados a donde estaban grupos de devotos iniciados que supieron muchas veces superponer un cristianismo, genuino pero Sui generis, a la fe en las antiguas deidades. Desde allí llegó su existencia a oídos de quienes buscaban información a cerca de las costumbres y medicinas usadas por los indígenas prehispánicos.

Olvidado en el quehacer antropológico, el estudio de las plantas alucinógenas, fue puesto en boga a partir de los años treinta de este siglo. En donde más que antropólogos o sociólogos, fueron los farmacólogos como Lewin o los botánicos como Schultz y Woston, centraron su atención al estudio sobre alucinógenos y chamanismo (1956). Sin duda se pudo percibir que los medios para cambiar la naturaleza, son ciertas drogas usadas por los indios americanos. La variedad de las plantas alucinógenas que conocían las sociedades precolombinas es asombrosa, del yagé o ayahuaca de Sudamérica al peyote del altiplano mexicano, y de los hongos de las montañas de Oaxaca y Puebla, a la datura de otras regiones.

Con la Colonia la sociedad de los chamánes a brujas de México, fue convertida en una sociedad clandestina que se fue extinguiendo en el tiempo y en el espacio. Pero renació una tradición sincretista, lo mismo por sus prácticas que por su visión del mundo. En donde la nueva realidad y la realicen con el hombre en esta sociedad, crea una percepción distinta. En donde el vínculo de vencidos y oprimidos juntos con conceptos de origen cristiano, configuraría una nueva relación entre realidad y hombre (O. Paz 1973, cit. en Castaneda, 1968).

Las drogas visionarias, fue y sigue siendo una fuente inagotada. Escotado (op. cit. 1994), las dividió en dos grandes líneas - una a fin a la mezcalina, y otra a fin a la LSD 25. En donde ambas han estado representadas a nivel botánicos.

Para el autor en Mesoamérica el teonanácatl (" seta maravillosa ", en náhuatl), fue denominado, a un conjunto de especies de hongos psicobios. Estos fueron relacionados posteriormente a la conquista con Lucifer. De igual forma el ololiuhquil, que era derivada de las semillas de dos plantas trepadoras, fueron consideradas por los españoles durante y establecida la colonia como: planta para " comulgar con el diablo ". El mismo anatema le fue proporcionado al peyote (cactácea rica en mezcalina), cuyo empleo, a partir de este periodo fue considerado como " ritual pagano y supersticioso ".

A otra planta importante de mencionar es la marihuana (cannavis), en México de acuerdo a las descripciones del padre Antonio Alzate (1782, op. cit. 1994) se horrorizaba de sus efectos alucinarios y la identificaba con el pipiltzintli de los antiguos mexicanos, mezclando todo ese tipo de acciones farmalógicas con el mal; nombre que aún tenía el demonio encarnado en los dioses prehispánicos.

Pipiltzintli es el nombre de la planta que es concebida como una variedad de marihuana en el México antiguo, considerada como cáñamo indio, cannavis indica. Pipiltzintli es una voz náhuatl que significa " niño venerable ", pilli significa " noble " o de clase alta, realeza, nobleza, clase superior o clase gobernante. A la vez la misma raíz se aplica a " pequeño " o " niño pequeño " Cuando se le agrega el reverencial tzin adquiere la connotación de " pequeño y querido ". Dado que la raíz contiene ambos significados, en el caso de planta esta referido a " niño pequeño " a la vez que alude a algo honorable, sagrado, que merece respeto. Este significado converge con la conceptualización de planta en los pueblos indígenas. Dado que probablemente la marihuana fue una de las sustancias que los españoles trataron de proscribir.

De acuerdo con los archivos de la inquisición, esta planta se cultivaba y tenía una variedad masculina y otra femenina, se secaba para ser empleada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Es ineludible pese a algunas interpretaciones que señalan que esta planta no fue originaria de territorio americano, que el uso de la marihuana es utilizada en varios

grupos étnicos con propósitos mágicos y religiosos, así como terapéuticos. Una característica importante que demuestran los datos es que no fue utilizada con fines de instrumentos recreativos (A. Ortiz y otros, 1992).

Consumada la conquista y durante el proceso de colonización y hasta la independencia, todos los pueblos conquistados fueron encomendados a los españoles, sujetándolos a una relación de servidumbre. Manteniendo dos justificaciones de la expropiación; una referida a la razón superior, ostentada por los españoles, y el ánimo de extender la fe cristianizar a las almas nuevas.

Con la plena justificación de llevar a los " indios " salvajes por el " santo ' camino y desprenderlos de las garras del demonio, se mantienen cruentas batallas. No solo en el campo material, sino ideológico y religioso. Cabe señalar que el conquistador se enfrenta en todo ese proceso de colonización de la Nueva España. Con una dualidad: por un lado reconocer la grandeza en todos ámbitos, de los pueblos sometidos. Y por otro, el justificar el porqué de su intervención para conducirlos por el camino de la fe verdadera" el camino de Dios.

Sin embargo, al enfrentar esta dualidad provoca que se engendre un sincretismo sin precedente, en donde los grupos originarios, aceptaron en principio las imágenes que el conquistador les mostró en el camino a la divinidad. Sin embargo, su conciencia permaneció enclavada en el origen de sus prácticas autóctonas. Mismas que fueron perseguidas por los colonizadores cuando eran cristalizadas en ritos de curación o veneración, tanto en los nativos, los nuevos grupos - mestizo - formados por la fusión de razas e incluso para españoles que se acercaban a esos ritos con fines de curación.

Obviamente el proceso de cristianización implicó la erradicación de cualquier otra doctrina alterna al proyecto que España perseguía. A partir de este hecho se observará un

abierto control de prácticas ceremoniales vinculadas con algún tipo de sustancia, a excepción del vino y derivados de alcohol destilado.

D) LAS DROGAS EN LA EPOCA CONTEMPORANEA

Poder englobar el problema de las drogas en la época contemporánea, inmediatamente nos provoca reconocer lo complejo que resulta concretizar en algunas páginas un fenómeno que a alcanzado dimensiones desorbitantes. Sobre todo, si el análisis es considerado en todos los ámbitos en que se presenta. Es decir, en el ámbito cultural, médico, psicológico, social, jurídico, etc. Incluso al vincularlo con un fenómeno que en las últimas décadas está relacionado con el comercio y consumo, me refiero al narcotráfico. Motivo por el cual, en este inciso se pretende solamente hacer alusión a elementos que permitan percibir de manera clara, como el fenómeno de las drogas a sufrido transformaciones en sí mismo, por la forma en que ha sido conceptualizado socialmente. Así como, las estrategias que el estado y la sociedad en conjunto han estructurado para controlarlo.

En este sentido y tan solo de una mirada superficial sobre la hemerografía y literatura tocante a las llamadas drogas en un periodo relativamente breve de la historia de México, como lo son los años que van de 1980 a 1920, permite establecer que la conciencia social alrededor de las mismas sufrió una buena cantidad de transformaciones, tanto en lo correspondiente al uso particular y especializado en espacios sociales restringidos, como en lo que se refiere a su conocimiento y consumo en diversas áreas un tanto más amplias de la población (R. PEREZ. M. 1984).

Si bien existía una acepción médica o farmacológica de la palabra " droga " ésta fue adquiriendo múltiples significados en la función del estrato social que la pronunciaba y la época en que se utilizó. Para la mayor parte de la sociedad mexicana de finales del siglo XIX, y las primeras décadas de este siglo, por ejemplo dicha palabra no parecía tener implicaciones ofensivos, mucho menos negativos. Droga podía tener el significado de medicina o remedio, sin connotación peyorativa alguna y sin restricciones en su producción, comercialización o consumo.

Pese a las limitaciones que el código penal estableció en 1871 en el consumo y venta de ciertas sustancias consideradas nocivas para la salud. La distancia entre el control legal y la sociedad aparecía bastante dilatada. Hasta por lo menos a finales de la tercera década de este siglo, era posible acceder con bastante facilidad a cualquier sustancia considerada como droga o narcótico; en boticas, mercados o establecimientos semiclandestinos. La venta y consumo de toda clase de enervantes y sustancias químicas, desde la marihuana hasta los clorhidratos de morfina, no pareció tener mayores limitaciones sino hasta fines de los años treinta. A partir de este momento en diversas ocasiones e incluso mediante decretos presidenciales se prohibió su producción, comercio y consumo, estableciendo un reglamento federal de toxicomania (Publicado en el Diario Oficial de la Federación en 1931).

Al margen de los nuevos lineamientos para las drogas, las disposiciones y prohibiciones no tuvieron profundo efecto ya que no hicieron gran cosa en contra de lo que entonces llegó a llamarse " la felicidad de los venenos " .

Algunas drogas incluso eran vistas con cierta familiaridad, dado su consumo generalizado y la falta de una figura jurídica que las prohibiera específicamente. Por otro lado, surgen las primeras iniciativas para controlar el comercio y el uso de las drogas, las autoridades federales no parecen preocupadas por el asunto. Un reflejo de esta situación se presenta por ejemplo, en el costo que tenían algunas drogas en el mercado, como el caso de la

marihuana, la cual de acuerdo al uso que se le daba y a la demanda establecida su precio no era mayor a los 50 centavos por el kilo .

Aunado a las limitaciones y prohibiciones del uso y comercialización de ciertas drogas también se presenta la condena generalizada a la embriaguez y a la alteración de los sentidos por parte de la moral cristiana que imperó en la época, y que a través de dicha condena parecía emparentarse con algunos principios de liberalismo (op. cit. 1984).

Asociando la adicción con la pérdida de la racionalidad, con las enfermedades específicas, con pecados o desviaciones espirituales, los recursos morales que acompañaron dichas condenas, tanto de un lado como del otro, eran muy semejantes.

En la medida en que se fue generalizando la conciencia colectiva sobre las drogas en la sociedad mexicana, los argumentos se fueron sofisticando.

Ricardo Pérez M. (1994), señala que es posible identificar un enriquecimiento en los elementos que fueron conformando la conciencia social - principalmente urbana - sobre las drogas en el México de los cuarentas. La diversidad de dichos elementos, sin embargo, no fue obstáculo para que el rechazo social se fuera ampliando hasta consolidarse como parte del recurso moralizante y hegemónico al que recurrió el estado para establecer el orden sanitario que dictaba la modernización. Es decir, el rechazo a su consumo también se fue condicionado por una asociación que encadenaba al consumidor con un espacio social determinado. Esto es, el uso de algunas drogas era entendible, aunque no necesariamente tolerable, siempre y cuando no se salieran de ciertos espacios sociales preestablecidos. Si las drogas químicas aparecían entre enfermos, médicos o farmacéuticos, el rechazo no parecía llegar a tanto y hasta en alguna medida era justificable. El uso que se le daba a la morfina o cocaína como recurso médico atenuaba el dolor, fue elogiado por la prensa tanto especializada como cotidiana. Pero la idea de que esas sustancias se pudieran asociar con actitudes antisociales, fueron censuradas por la propia prensa con gran rigidez y cada vez con mayor frecuencia.

No fueron pocos los documentos y las referencias que los periódicos hicieron sobre prácticas no aceptadas de medicina alternativa, como la realizada por la hechicería, los curanderos y la herbolaria como recursos tan positivos como negativos de la vida cotidiana de los mexicanos. La contradictoria posición de la prensa fue quizá la muestra de los precarios conocimientos que enarbolaba la ciencia del momento, cuya soberbia no era capaz de reconocer una aportación ajena a sus parámetros pero que no perdía la capacidad de asombro frente a ciertas realidades. De esa manera los límites que la moral imperante y el estado establecían entre salud y estrato social, entre civilización y barbarie, entre conocimiento y superstición quedaban garantizados.

Las transformaciones que sufrió la conciencia colectiva sobre las drogas corrió a la par de la implantación de los principios liberales y la moralidad burguesa de esta época del siglo en México, navegando entre la navegación de la validez de todo conocimiento ajeno a la llamada ciencia y la fobia hacia todo aquello que rompía los moldes de la evolución civilizadora. Además, la presión ejercida desde el exterior con la nueva legislación internacional con materia de narcóticos y estupefacientes provocó que las drogas, curiosamente quedaran en un lugar intermedio y la actitud social ante ellas fue errática. Es decir la sociedad mexicana las elogió y las deturpó, las asoció con los avances de la ciencia, pero también con la delincuencia. Las identificó con algo valioso - el bien - y como algo denigrante - el mal -. Intentó establecer un control sobre su existencia pero a la vez no tuvo elementos para limitar su circulación, producción y consumo. En este sentido, México, como gran parte del resto del mundo, los saberes médicos que en un principio avalaron las bondades terapéuticas de estos productos, plantas o sustancias, construyeron con posterioridad los esquemas teóricos que les atribuían sus potencialidades negativas (Tenorio, 1991). Finalmente después de recibir las indicaciones que requería su incursión en el mundo moderno e internacional, la sociedad mexicana se fue alineando al dictado internacional de la persecución de las drogas.

Es precisamente en el ámbito internacional en donde un sin número de acuerdos y tratados se desarrollan para combatir ahora el llamado " uso indebido y tráfico ilícito de drogas ". Por ejemplo: la convención de Ginebra de 1936. Protocolo de Lake Succes de 1948, Protocolo de Paris de 1953., Convención única de estupefacientes en 1961. Convención de Viena 1971 y 1972. Todas ellas con un carácter eminentemente prohibicionista.

Es sin duda durante la década de los setentas, que se inició en el continente Americano un fenómeno que por su trascendencia dislocaría aspectos fundamentales de la vida nacional de numerosos países de la región, logrando incidir en las economías, las relaciones sociales, las instancias de control social, etc. de los mismos, por lo que, a principio desapercibidamente y luego de manera por demás evidente, se comenzaron a trazar estrategias para controlar sus incidencias. Así el fenómeno de las drogas en sus tres vertientes más importantes; producción, tráfico y consumo, dejó de ser un problema secundario y marginal para convertirse en la década de los ochentas en un problema fundamental para muchos gobiernos y organismos internacionales como lo es las Naciones Unidas (A.J. ALVAREZ GOMEZ. 1991).

En este sentido Marcos Kaplan (1990), señala que la drogadicción y el narcotráfico han tenido en las últimas dos décadas un ascenso veloz y un avance irresistible en un número creciente de países latinoamericanos. Ello ha estado condicionado por una constelación de fuerzas, factores y procesos de tipo económico, social cultural - ideológico, político, jurídico y militar, tanto internacionales como nacionales, así como por sus interacciones. La señala además como un fenómeno que se caracteriza por su complejidad y multidimensionalidad, por la variedad de sus implicaciones y proyecciones, por la dificultad de control y amulación.

De esta manera el narcotráfico se presenta a la vez como una economía criminal, como una narcosociedad y una narcocultura, y como una esfera política que influye y pesa cada

vez más sobre la sociedad política y sobre el estado, amenazando incluso con someter, absorber y eventualmente desplaza a la una y al otro.

En la década de los sesentas y setentas el uso generalizado de la droga, contribuye a una nueva reducción de la tolerancia social, a la hostilidad de escuelas, jueces y medios masivos de comunicación, y de corrientes dominantes de la opinión pública y de la política en contra de la drogadicción y el narcotráfico. Así como periódicos que se endurecían a favor de la regulación represiva.

Antes de continuar y sin la intención de centrar el presente trabajo de ámbitos de narcotráfico, y con la finalidad de ilustrar el comportamiento que tiene el consumo de drogas " ilícitas " e ilustrarnos porque impacta, permea y percute en los distintos ámbitos de la sociedad se muestran datos de la trayectoria del fenómeno identificando de inmediato porque el narcotraficante es presentado como único responsable de la drogadicción y de su explotación, estigmatizado, persiguiendo sancionando a todos los traficantes que operan con este tipo de sustancias, sin permitir el factor multicausal del propio fenómeno.

Algunos datos señalan que a principios de la década de los noventas 4 800 000 de personas en el mundo eran consumidoras de cocaína. Al margen de Estados Unidos, y 3 400 000 de barbitúricos, sedantes y tranquilizantes; 23 000 000 de anfetaminas; 1 76,000 de opio; 1 600 000 consumidores de hoja de coca. En este caso cabe hacer una precisión ya que posteriormente al régimen de absoluta represión se considero a la hoja de coca también como sustancia prohibida, sin considerar el aspecto histórico y cultural que esta planta encierra en la región. Por otro lado, se identificó a 750 000 usuarios de heroína; y más de 30 000 000 de marihuana. Mientras que tan solo en Estados Unidos en estas fechas el cálculo era de 25 000 000 de consumidores de drogas " ilícitas ", convirtiéndose en el mayor y más dinámico mercado de drogas ilícitas en el mundo, con fuerte impacto en los flujos internacionales de las propias drogas. De esta manera el valor

económico del comercio de estas en los Estados Unidos oscilaba entre los 110 000 y los 150 000 millones de dólares al año.

Durante la administración del presidente Norteamericano Ronald Reagan se estableció, como en ninguna otra administración, el combate frontal a las drogas bajo la denominación de " guerra contra las drogas ", estableciéndose este como objetivo urgente de seguridad nacional. Cabe señalar que la implementación de este objetivo es aplicado primordialmente a la cocaína y la amenaza primordial es decir, los países productores de la América Latina. De este modo se reconoce que las drogas son mercancías, y por lo tanto sujetas a las leyes de oferta y demanda del mercado. Por lo que a partir de esta observación se constituye un enemigo externo a los Estados Unidos, los países productores (Rosa del Olmo 1993).

Debido primordialmente a que Estados Unidos se convirtió en un país consumidor en principio, quedo, fuera de las altas ganancias que en narcotráfico generó, motivo por el cual emitió un discurso más complejo pero más coherente, en concordancia con el modelo geopolítico imperante, el cual incorpora los postulados de la doctrina de seguridad nacional al tema de las drogas, bajo el discurso jurídico - político transnacional que sirve para legitimar la internacionalización del control de las drogas, con esto se trata de atacar la oferta externa (op. cit. 1993).

Con esta finalidad, señala la propia Rosa del Olmo, fueron trazadas dos estrategias primordiales: La eliminación de las drogas antes de llegar a los Estados Unidos, la cual planteaba la reducción de la producción, la destrucción de las cosechas la captura de las drogas en los diferentes puntos del proceso de producción y refinamiento y la interdicción de las drogas antes de ingresar a los Estados Unidos. En la segunda estrategia se consideraba la eliminación de los traficantes, en donde se contempla el enjuiciamiento de los traficantes, la confiscación, y la destrucción de los negocios adicionales generados, producto del lavado del dinero. La consolidación de este nuevo discurso conlleva la

creación político delictivo latinoamericano; del narcotráfico. Así como todo lo que le circunscribe.

La estrategia Nacional de Control de Drogas iniciada por el presidente G. Bush en 1989, adjudico dentro del presupuesto signado a este rubro, el 73 por ciento del gasto a medidas operativas para hacer valer la prohibición legal de las drogas, es decir más gasto en prisiones, policías, persecuciones etc. y el 27 por ciento a la educación y tratamiento de adictos (José de la Torre, 1994). Las cifras de financiamiento se vuelven desorbitantes para la lucha interna y externa, por ejemplo; durante el periodo 1992 - 1994 se erogaron 16 billones de solares anuales para el combate a las drogas al interior de los Estados Unidos. En el caso de apoyo financiero a países productores la inversión anual ascendió a más de 350 millones de dólares.

En México la participación de la lucha con el narcotráfico también ha sido de gran mérito ante la comunidad internacional, pese a la polémica relación bilateral que enfrenta con el país vecino del norte, sobre todo en los últimos años. Pese a que en nuestro país el problema de la farmacodependencia no alcanza los niveles que en Estados Unidos la lucha es frontal en cumplimiento a los acuerdos internacionales establecidos ante las Naciones Unidas. En este sentido nuestro país ha emitido distintos programas para erradicar el tráfico y disminuir el consumo. Por ejemplo, en las décadas pasadas el programa establecido por la Procuraduría General de la República denominado ADEFAR, tuvo resultados reconocidos en el ámbito internacional por la movilización social en todos sus sectores que generó. Promoviendo incluso la participación interinstitucional de los sectores público y privado.

Indudablemente en este sentido los programas de erradicación fueron los de mayor apoyo y de impresionantes resultados, creando organismos especializados para este fin. De igual manera se promueve la participación de autoridades estatales, municipales y federales, para integrarse en tres principios fundamentales para erradicar el problema del

narcotráfico: Preservar la salud de los mexicanos, salvaguardar la soberanía nacional y seguridad de la nación y fortalecer la solidaridad con la comunidad internacional (PGR, 1994). Cabe señalar que en el periodo comprendido de 1988 a 1994, erradicación, los aseguramientos, decomisos etc. alcanzaron cifras que ningún país Latino Americano a podido alcanzar (tablas anexas).

Para el periodo comprendido entre 1995 - 2000, el gobierno de México propuso a través del Programa Nacional para el Control de Drogas una estrategia integral que enfrentara la polémica planteada por las adicciones y el narcotráfico desde su raíz combatiéndolo en la multiplicidad de sus dimensiones, estableciendo un compromiso social político para participar en estrecha relación y colaboración entre ellas y la comunidad. El resultado de estas acciones durante los últimos tres años, mantienen un alto índice respecto a los avances en materia de la erradicación y el aseguramiento como puede apreciarse en las gráficas anexas.

En México aun cuando en las dos últimas décadas el problema del consumo no fue tan alarmante como en Estados Unidos y algunos países de Europa, como se señaló anteriormente, se han notado claras evidencias de un incremento en el consumo de drogas " ilícitas "; entre los estudios que han arrojado aportaciones relevantes se encuentra la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) aplicada en los hogares de mexicanos en 1988 por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Psiquiatría. Este instrumento permitió conformar el panorama epidemiológico del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, a nivel regional y nacional, además de contar con información sobre la frecuencia de usos y distribución de la población objetivo, así como conocer los patrones de consumo y su vinculación con las variables demográficas, construyendo la identificación de factores de riesgo asociados al consumo de las drogas.

VOLUMENES ASEGURADOS DE DROGAS ESFUERZO NACIONAL

DEL 01 DE DICIEMBRE DE 1994 AL 31 DE AGOSTO DE 1996

D R O G A		VOLUMENES REPORTADOS							TOTAL
		PCB - PUF	FOR - INED	S. D. M.	S. M.	P.F.C. Y P.	P. F. F.	OTRAS	
COCAINA									
Clorhidrato	kg	12,548,5377	10,533,1559	4,884,9058	5,544,5711	1,776,3258	209,7100	0,6932	35,537,8955
Crack	kg	525,4527	3,0000	42,0000					570,4527
MARIJUANA									
Hojas	kg	709,406,2516	150,794,1960	417,445,0742	46,978,4731	76,093,3889	688,4430	1,359,9345	1,602,765,9611
Hapsis	kg	20,7943	13,465,1470	0,0100					13,485,9518
Semillas	kg	1,799,9643	290,2670	9,175,1100	22,4670	0,8000		0,1658	11,338,7946
Plantitas destruidas	ui	2,552,0000	82,666,0000	342,055,0000	258,0000				427,551,0000
Hectáreas arcañcadas	ha	865,2928	8,490,7970	24,765,7032	61,0004				34,162,7934
OBIACEOS									
Goma de opio	kg	179,1292	178,1380	52,7580		0,7450			410,7702
Morfina	kg	0,0020	3,0000						3,0020
Heroina	kg	273,3139	125,1910	2,1400		3,9116			402,5565
Semillas	kg	109,2592	4,9660	3,081,6760					3,195,8612
Plantitas destruidas	ui	548,0000	53,693,0000	281,576,0000	106,0000				335,923,0000
Hectáreas arcañcadas	ha	180,1350	5,264,0190	20,473,5744	17,5070				23,855,2354
OTRAS DROGAS									
Metanfetamina	kg	330,9703	99,0514	150,0000			0,4420		580,4637
Anfetamina	kg	11,1000							11,1000
Esteroide	kg	15,0000							15,0000
LSD	kg								
Psicotrópicos	ui	1,211,140	241,287		303	820		218	1,453,768
OTRAS SUSTANCIAS									
Efedrina	kg	4,475,5601	8,498,5310	26,0000		28,1600			13,026,2311
Pseudoefedrina	kg		2,0000						2,0000
Otras	kg	59,966,6000						1,088,4720	61,055,0720
Otras	lc	933,6800	15,0000						948,6800

01951: P.F. 005PM, P.F. 55, SSP-01, P.FJ-07

FUENTE: Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas (SEUCD).

VOLUMENES ASEGURADOS DE DROGAS
ESFUERZO NACIONAL

CORPORACION: ESFUERZO NACIONAL

D R O G A		VOLUMENES REPORTADOS				
		Ene/92-Ago/92	Ene/93-Ago/93	Ene/94-Ago/94	Ene/95-Ago/95	Ene/96-Ago/96
COCAINA						
Clorhidrato	kg	27,299.3690	23,736.4256	18,395.7878	12,396.0904	12,210.2383
Crack	kg	-	-	-	542.0142	25.8385
MARIJUANA						
Hojas	kg	208,379.3980	280,203.6851	311,363.2724	441,968.5044	568,874.2399
Hashis	kg	-	-	42,4000	13,477.0588	8,7600
Semillas	kg	2,477.9350	3,327.7910	2,787.7086	4,636.6985	3,401.2261
Plantios destruidos	ul	128,347	115,365	74,535	137,748	171,099
Hectareas erradicadas	ha	8,840.3403	9,538.3836	7,038.8083	11,733.4753	12,256.0782
OPIACEOS						
Coca de opio	kg	132.7200	108.5269	122.3798	186.2727	186.9259
Morfina	kg	0.4000	27.0000	-	3.0020	-
Heroina	kg	72.8000	35.5509	279.5161	147.9847	197.5894
Semillas	kg	879.9800	832.7983	1,127.7559	913.4354	932.3750
Plantios destruidos	ul	118,308	112,707	86,917	137,188	132,477
Hectareas erradicadas	ha	8,537.4655	9,410.4351	7,154.7442	10,804.6003	9,321.2080
OTRAS DROGAS						
Metanfetamina	kg	-	-	210.0146	439.0648	84.7576
Anfetamina	kg	-	-	23.4650	3.1000	7.0000
Extasis	kg	-	-	-	-	-
LSD	kg	-	-	-	-	-
Psicotrópicos	ul	63,203	18,886	27,829	527,399	874,845
OTRAS SUSTANCIAS						
Efedrina	kg	99.5000	2,741.7000	2,224.6675	4,826.2250	6,634.8960
Pseudoefedrina	kg	-	100.7350	-	-	2.2000
Otras	kg	100.0000	-	-	7.3000	59,950.2000
Otras	lt	501.0000	27.1345	35.8000	543.1520	405.5370

Nota: Los datos correspondientes a 1996 son preliminares.

fuente: Sistema Estadístico Unificado para el Control de Drogas (SEUCD).

DETENIDOS Y ASEGURAMIENTOS DE BIENES — ESFUERZO NACIONAL —

DEL 01 DE DICIEMBRE DE 1994 AL 31 DE AGOSTO DE 1996

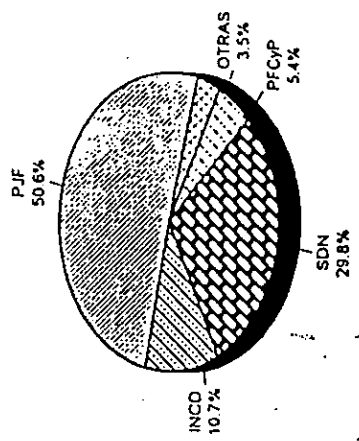
		VOLUMENES REPORTADOS										TOTAL
		FOR - NF	FOR - DCD	S. D. N.	S. M.	P. F. C. Y P.	P. P. F.	OTRAS	TOTAL			
DETENIDOS												
Nacionales	ul	11,104	1,744	2,315	263	599	10	115			17,652	
Extranjeros	ul	217	41	10	8	8					314	
VEHICULOS												
Terrestres	ul	3,742	336	547	29	384	11	14			5,123	
Maritimos	ul	24	30	13	87						154	
Aereos	ul	19	14	15	2						50	
ARMAS												
Cortas	ul	679	90	1,030	23	34	1	29			3,866	
Largas	ul	637	91	3,215	47	15	2	6			4,011	
OTROS BIENES												
Municiones	ul	45,870	10,290	113,190	6,217	599	206	501			196,673	
Dinamita	ul	10		1							11	
Laboratorios	ul	16	4	3							23	
Presas	ul	77	14	95	1						189	
Balanzas	ul	327	35	21		1		1			368	
Eq. de comunicacion	ul	99	12	135	3						249	
Gasolina	lc	40	1,800	300	10,381						12,521	
Turboina	lc	1,000	1,200	2,590							5,190	
Monedra nacional (miles)		811,28	32,45	329,47	123,69	14,98		0,45			1,334,72	
Dolares	ul	55,664,09	2,019,00	624,508,04	3,791,00	7,512,00		2,372,00			697,868,13	

OTROS - J. USFM, PFI, SC, SSP-DI, PCD-DI

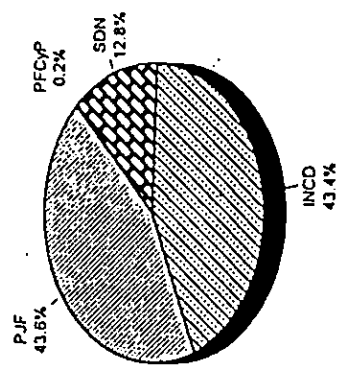
Adapt.: Sistema Estadística Uniforme para el Control de Drogas (SEUCD).

ASEGURAMIENTOS ESFUERZO NACIONAL 1º DE DICIEMBRE 1994 AL 31 DE AGOSTO 1996

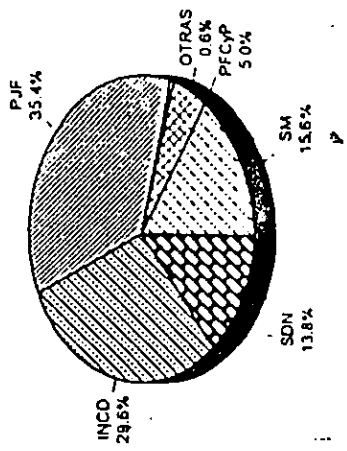
MARIGUANA



GOMA DE OPIO



COCAINA



HEROINA

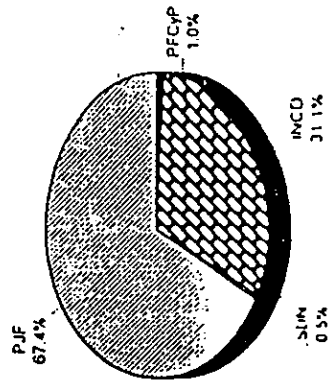
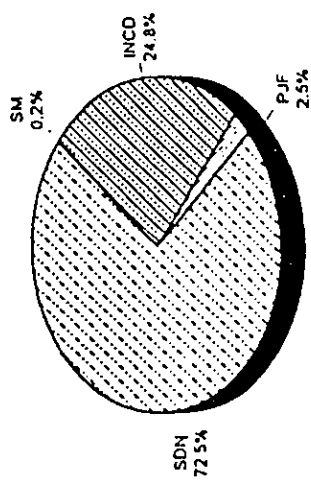


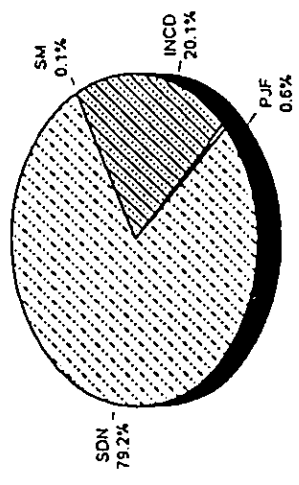
GRÁFICO 1.1.1. Distribución del consumo de drogas en el país (en millones de unidades)

ERRADICACION ESFUERZO NACIONAL
1º DE DICIEMBRE 1994 AL 31 DE AGOSTO 1996

MARIGUANA

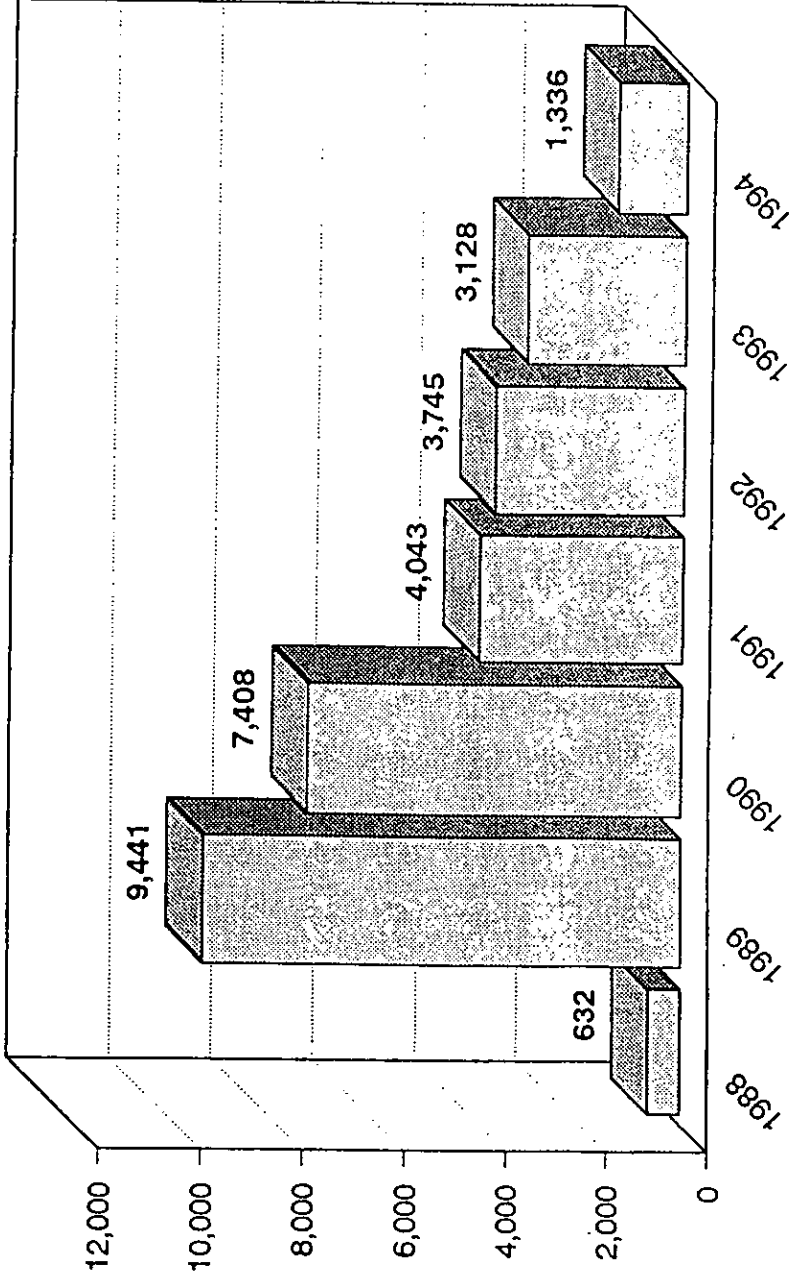


AMAPOLA



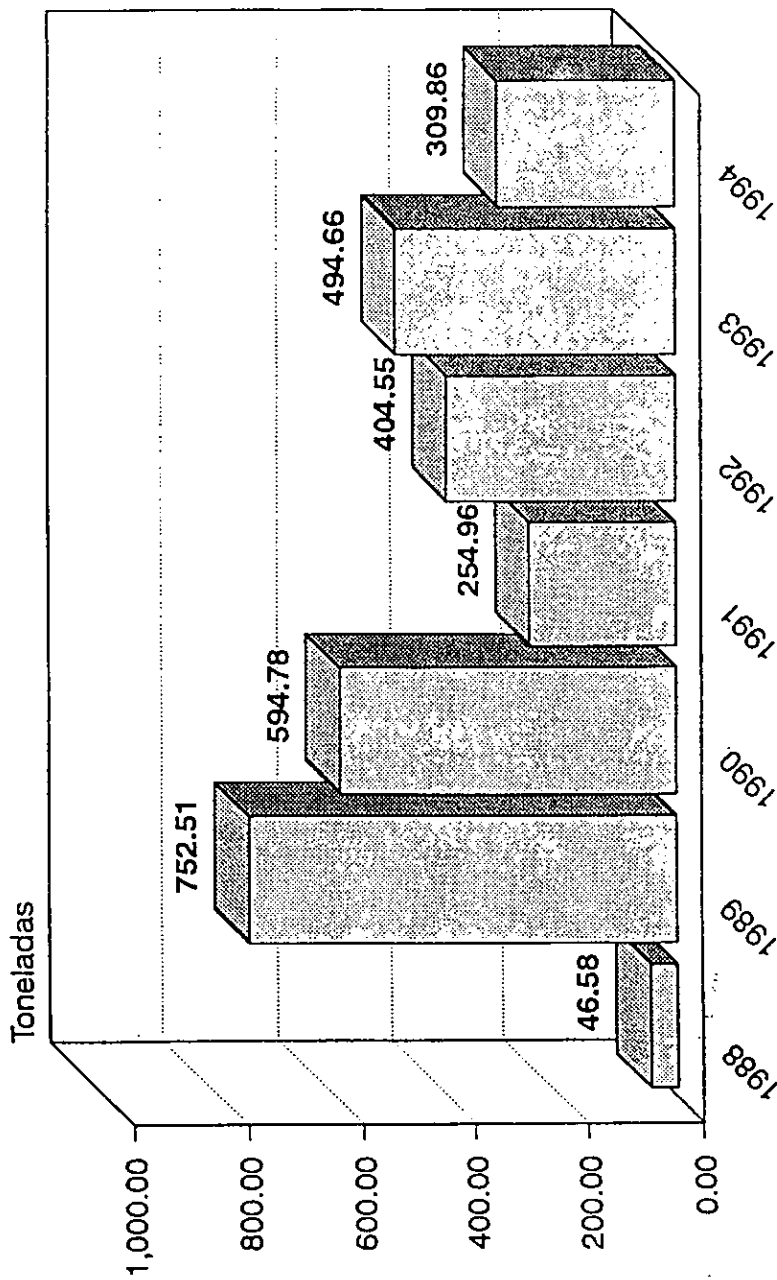
ASEGURAMIENTOS DE ARMAS 1988-1994

ESFUERZO DE MEXICO



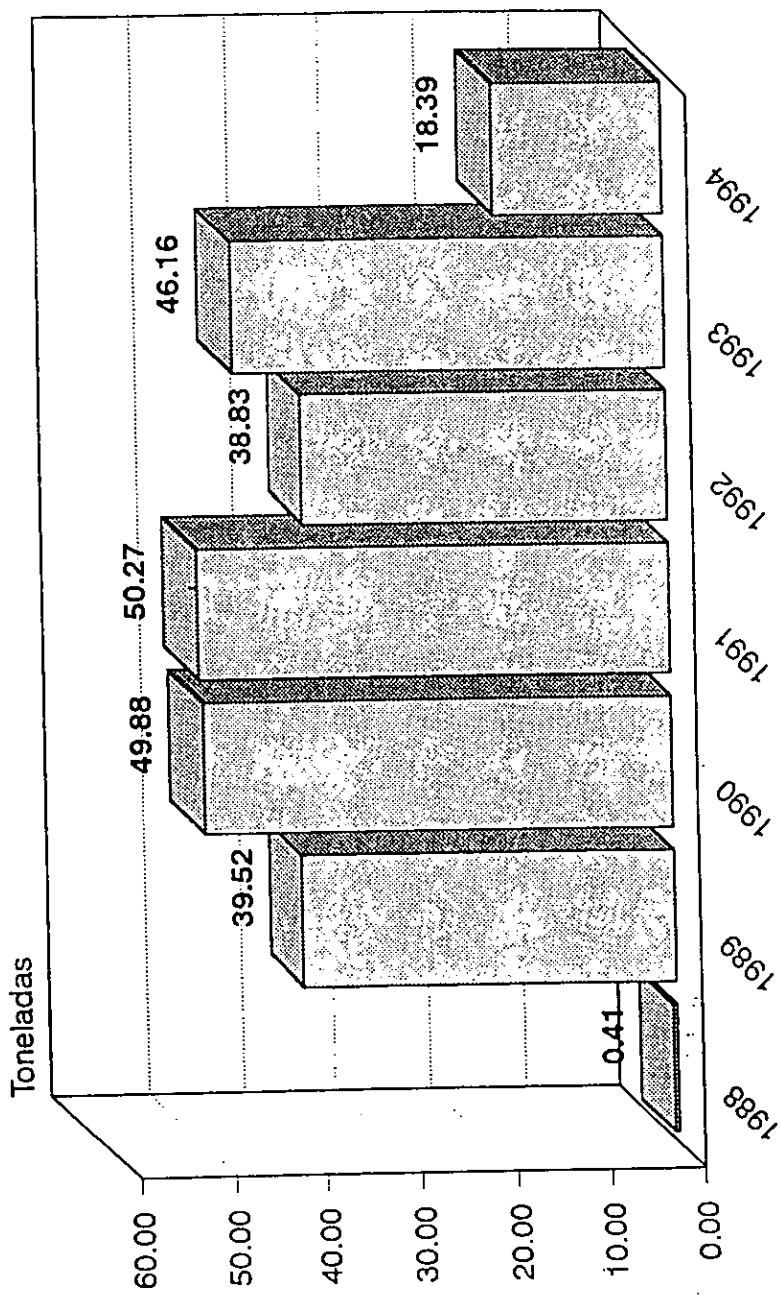
ASEGURAMIENTOS DE MARIGUANA DE 1988-1994

ESFUERZO DE MEXICO



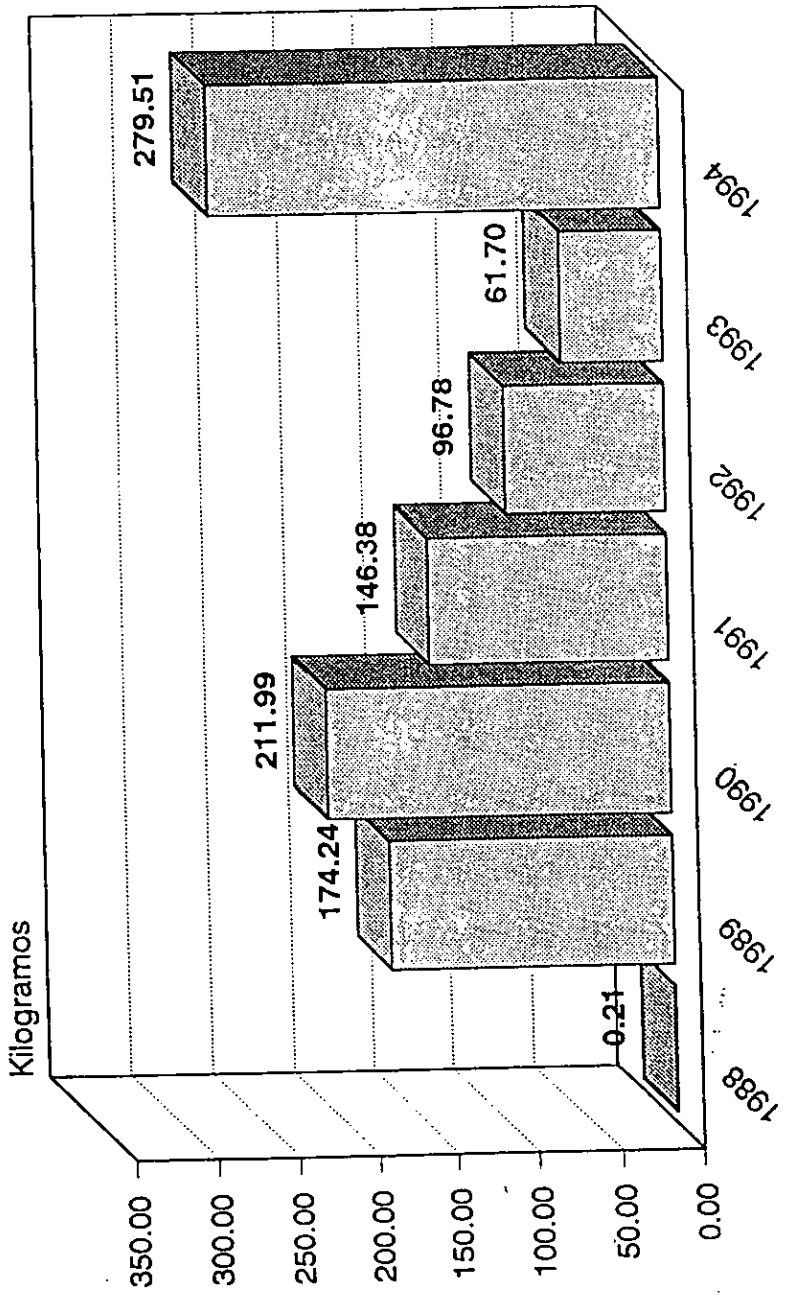
ASEGURAMIENTOS DE COCAINA 1988-1994

ESFUERZO DE MEXICO



ASEGURAMIENTOS DE HEROINA 1988-1994

ESFUERZO DE MEXICO



En 1993, el propio sector Salud realizó un segundo levantamiento bajo las mismas características metodológicas, del universo de trabajo y del procesamiento de la información, logrando con ello un esquema comparativo que permitió observar tendencias respecto al consumo de drogas en el país en la presente década.

Dentro de los principales resultados tenemos que la prevalencia nacional, en el rango de consumo de cualquier tipo de droga, alguna vez en la vida, fue de 3.9 por ciento, lo que corresponde a que 1, 638, 000 personas de las cuales 319,000 la usaron en el año previo a la encuesta o se iniciaron en ese periodo. Según este reporte la marihuana sigue siendo la droga ilícita de mayor uso con una prevalencia de 3.3 por ciento; la cocaína y los inhalables se ubican en el segundo lugar con el 0.5 por ciento; la droga menos empleada fue la heroína que conservo su nivel anterior de prevalencia 0.1 por ciento. Entre los años de 1988 y 1993, el consumo de marihuana tuvo un aumento poco significativo de 0.4 por ciento a nivel nacional, con una variación del 2.9 al 3.3 por ciento, que equivale a poco más de un millón cuatrocientos mil individuos que la han consumido al menos una vez en la vida. Este dato coincide con información proporcionada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (sisvea), procedente de los centros de tratamiento en el país que indica que la marihuana es la droga por la que acuden un mayor número de adictos a recibir atención, además de ser el enervante con el que generalmente se inician en el consumo.

Respecto al as diferencias regionales destacan: la región Sur que en 1988 mostró una prevalencia de 2.7 por ciento y en 1993 de 1.2 por ciento, reduciéndose el índice en 1.5 por ciento. En cambio, en la región Noroccidental y Centro disminuyeron del 7.03 al 5.5 por ciento y del 3.2 al 1.9 por ciento, respectivamente.

La tendencia del consumo de cocaína ha crecido en las fronteras mostrando la siguiente distribución: en 1988, se observó que esta sustancia había sido empleada por el 0.3 por ciento de la población encuestada, concentrándose el mayor consumo en la región Noroccidental con 1.75 por ciento. Centro Norte con 0.76 por ciento y la Ciudad de

México con 0.43 por ciento. En 1993, los resultados de la ENA indicaron un significativo descenso de 1.10 por ciento en la región Noroccidental, la Ciudad de México se mantuvo estable al registrar un descenso del 0.03 por ciento, no así la región Centro Norte en donde se tuvo un incremento de 0.34 por ciento, elevando su índice de prevalencia a 1.10 por ciento. Cabe señalar que el caso de la región Sur, los resultados mostraron un incremento significativo al pasar de 0.08 por ciento en 1988 a 0.50 por ciento en 1993.

La mayoría de las personas que continúan utilizando estas sustancias son varones, solteros o divorciados, empleados y residentes en las ciudades más importantes del país; mientras que quienes probaron o usaron de manera regular algún enervante y dejaron de hacerlo son hombres casados y padres de familia. Así por ejemplo, de cada diez personas que fumaron marihuana alguna vez en la vida sólo continuaron haciéndolo al momento de la encuesta y de cada diez personas que reportaron el uso de cocaína alguna vez en la vida, cinco la seguían consumiendo.

El uso de inhalables mostró un ligero descenso en todo el país en el periodo comprendido entre 1988 y 1993. Los resultados de la ENA 1988 indicaron que la región Noroccidental registró un índice de 1.4 por ciento, el cual descendió a 0.70 por ciento en 1993. La región Centro pasó del 1.03 al 0.40 por ciento y la Ciudad de México de 1.01 a 0.60 por ciento. Por su parte, la región Centro Sur tuvo un decremento de 0.55 a 0.1 por ciento y la región Sur de 0.80 a 0.1 por ciento. Cabe destacar que la región Noroccidental que en 1988 registró el menor número de consumidores, en 1993 presentó un incremento de 0.58 por ciento al pasar de 0.27 a 0.85 por ciento.

Según los resultados de la ENA en 1993, la prevalencia de uso de heroína se encuentra en el norte del país, la población que la consume oscila entre los 24 y 28 años de edad, cuenta con instrucción primaria y trabaja como empleado. En la región Noroccidental se encontró el 0.20 por ciento de la población usuaria, mientras que en la región Nororiental se mantuvo estable al incrementarse solo en 0.02 por ciento con respecto a 1988. Es

importante resaltar que en la región Centro, donde en 1988 se registró un porcentaje de 0.43, en 1993 no se registro ningún caso de consumo.

En lo que se refiere al uso indebido de medicamentos psicotrópicos, principalmente tranquilizantes, la ENA en 1993 indica que el 15.4 % de la población encuestadora los ha utilizado alguna vez en la vida y sólo el 1.8 % en el mes previo al estudio. Del total de personas que han recurrido a este tipo de medicamentos, el 83 % lo ha hecho por prescripción médica y por cada consumido varón existe casi dos mujeres que utilizan estas sustancias. Derivados anfetamínicos, como la metanfetamina conocida como " éxtasis ", son poco utilizadas y sólo se consumen por adultos jóvenes en ciudades importantes de la República. Otras sustancias alucinógenas tienen una presencia estadística prácticamente nula en el país.

En los datos aquí presentados podemos observar que de los mexicanos que han utilizado, alguna vez en su vida, cualquiera de las sustancias clasificadas como drogas, no todas continúan presentando esa conducta, lo que da una reducción importante en el volumen de consumidores de esas sustancias; por lo que el alcoholismo y el tabaquismo continúan siendo los problemas más graves de salud pública que nuestro país enfrenta en materia de adicciones.

La Encuesta sobre el Consumo de Drogas en la Frontera Norte de México se realizó en 1993 por la Secretaría de Salud, en cuatro de las principales ciudades de la zona: Matamoros, Monterrey, Ciudad Juárez y Tijuana. Los resultados indican que el consumo global de alguna droga, utilizada vez en la vida, fue de 5.3 por ciento por lo que corresponde a aproximadamente 200,000 consumidores, entre ellos el 84.2 por ciento fueron hombres y el resto de mujeres; sólo el 11.4 por ciento fueron adolescentes y el porcentaje restante corresponde al grupo de edad que se ubica entre los 19 y 65 años. Esto indica que hay 8 adultos que consumen alguna droga ilegal por cada adolescente.

Los resultados muestran una variabilidad entre ciudades: en Tijuana se registró el 10.1 por ciento, en Ciudad Juárez 8.9 por ciento, en Matamoros 5.8 por ciento y en Monterrey del 2.8 por ciento.

Las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez mostraron índices de consumo de marihuana con 8.4 y 8.3 por ciento, respectivamente. Aproximadamente el 40 por ciento de los adolescentes consumidores reportaron haber iniciado el consumo de marihuana de 14 años. En lo que respecta a la cocaína, en Tijuana se reportó un índice de 2.7 por ciento y en Ciudad Juárez de 1.8 por ciento, prevalencias menores al uno por ciento se presentaron en Matamoros (0.9 por ciento) y Monterrey (0.04 por ciento). La prevalencia del consumo de heroína en las ciudades fronterizas fue baja y solamente se ubicó en las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez con 0.6 y 0.8 por ciento respectivamente.

En cuanto a los inhalables, Ciudad Juárez fue la única en donde el consumo, alguna vez en la vida, fue mayor al uno por ciento.

Es importante señalar que mientras la ENA reportó una prevalencia de uso de drogas ilícitas para la zona Noroccidental del 6.7 por ciento, la Encuesta de la Frontera Norte registró que la ciudad de Tijuana concentró el 10.1 por ciento, resultado que la ubica como la ciudad con mayor consumo en la zona.

Otro instrumento que ha aportado datos significativos sobre el consumo de drogas es el proporcionado por la Encuesta Nacional sobre el uso de drogas en la comunidad escolar (ENUDCE) realizada en 1991 por la Secretaría de Educación Pública. Su principal objetivo fue dar a conocer los índices de consumo, las drogas de mayor uso, la percepción del riesgo entre los encuestados, la disponibilidad de las sustancias y la tolerancia social al uso (b. González R. 1995). Dicha encuesta prevé que dado que SEP tiene la responsabilidad de proveer el desarrollo armónico de los educandos, le resulto insuficiente conocer solo los índices de uso y abuso de sustancias adictivas entre los estudiantes del

sistema educativo nacional, por lo que requirió adicionalmente contar con un panorama completo de los procesos de deterioro del autoestima y de aquellos vinculados con la creación de ambientes individuales del desarrollo humano, marcos propicios para generar conductas antisociales. En este sentido, la encuesta trato de brindar información para desarrollar posibles propuestas de prevención que surgieran de la escuela, que incidan en la familia y movilice a la comunidad en la aplicación de esquemas de educación preventiva integral.

La muestra que se utilizó a lo largo de todo el país estuvo conformada de 2,330 grupos con 35 escolares en cada uno de los niveles de educación media y media superior en promedio. 165 grupos con 24 estudiantes normalistas por grupo y 480 escuelas de educación primaria en las cuales se seleccionaron mediante un diseño aleatorio simple a 6 maestros por escuela. Las edades de los escolares de educación media y media superior oscilaron entre menos de 13 y más de 18 años; entre los estudiantes normalistas fueron de menos de 17 y más de 22 años, respecto a los docentes se consideraron dos grupos de edad que fluctuaron de 18 a 34 años y de 35 a 65 años.

Para los fines del presente trabajo solo se hace mención de los datos que el autor consideró de mayor relevancia, como es el caso de que la propia ENUDCE se estimaron tres rangos de uso alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y los treinta días previos a la aplicación d la encuesta. Los resultados alcanzaron en el uso de drogas ilícitas para el caso de estudiantes de educación media y media superior los siguientes porcentajes: alguna vez 8.23 por ciento, últimos doce meses 4.25 por ciento, 4.35 por ciento y el 2.8 por ciento respectivamente.

Un dato importante a destacar es que la edad de inicio en sustancias adictivas es un indicador fundamental para incidir oportunamente con esquemas preventivos que inhiban factores de riesgo entre los jóvenes y determinar el grado escolar idóneo para proporcionarles información sobre la problemática específica que enfrentan. En este

sentido los estudiantes de secundaria y bachillerato mostraron que la edad de inicio es de 11 a 15 años, para el caso de los normalistas entre los 17 y los 18 años con la excepción de la heroína que no reportó consumo y cocaína cuya edad de inicio se registró después de los 19 años.

Sobre la adquisición de la cocaína, crack y heroína, los resultados refieren que el país o entidad federativa de adquisición fue en Estados Unidos, Baja California, Distrito Federal, Jalisco, Sinaloa y Sonora. Por frecuencia de respuestas se señaló que se obtuvo en casa o en la de alguien más. Fiestas, la calle, o un parque cercano al domicilio y obsequiada por un conocido. En este sentido la escuela ocupó el cuarto lugar entre las diez posibilidades enumeradas para la obtención.

En el país los estudiantes que informaron haber consumido alguna vez en la vida representaron el 8.3 por ciento de la muestra. De este total, la mayoría son varones; 61.5 por ciento y el 38.5 por ciento mujeres. Por nivel de estudio, el 66 por ciento correspondió a estudiantes de secundaria, mientras solo el 34 por ciento se encontraba en bachillerato.

En relación, a la tolerancia y percepción de riesgo se reportó que la respuesta de los estudiantes consideró que los amigos perciben muy mal cuando conocen que otro consume drogas ilícitas, situación que no fue observada para el uso del tabaco y el alcohol. Por lo que se observó que la tolerancia social para el uso de drogas ilícitas aún es baja.

Del análisis de consumo alguna vez de las drogas de mayor uso entre los estudiantes de las 16 delegaciones en el Distrito Federal se observó que la Delegación Cuauhtémoc tuvo el más alto índice de consumo con el 10.47 por ciento de hombres y 28.5 por ciento de mujeres en porcentaje según tipo de droga que para este caso fue marihuana. Lo mismo para la cocaína con el 8.45 por ciento y el 2.10 por ciento respectivamente. Para el caso de inhalables para hombres y el 2.71 por ciento para mujeres.

Los datos arrojados en esta encuesta de acuerdo a los programas nacionales para el control de drogas brindaron elementos esenciales para coordinar los esfuerzos de las distintas instituciones con la finalidad de disminuir el consumo de drogas ilícitas. Sin embargo, hay que reconocer que aún cuando para el gobierno de México, el control del consumo de drogas y el combate al tráfico de estupefacientes han sido una prioridad con el objeto de proteger la salud pública en la salvaguarda de la seguridad nacional y en la solidaridad internacional, y a pesar de que el Programa Nacional para el Control de Drogas ha tenido el carácter de especial e integrador, porque orienta la respuesta mexicana al problema canalizándolo por un lado hacia el intento de abatir el número de farmacodependientes y proporcionarles tratamiento y reinserción social, y por otra, el combate de la delincuencia organizada, derivada de este mismo fenómeno que atenta contra el estado de derecho, hay que reconocer que todo el esfuerzo que se ha mantenido no está dando frutos deseados; el consumo de drogas continúa y se extiende sin control alguno, lo mismo que los delitos asociados a su producción y distribución.

CAPITULO II

IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE LAS DROGAS.

La definición e identificación de cualquier caso a investigar en materia de salud, son puntos centrales de la aplicación del modelo epidemiológico para estudiar todo tipo de trastorno, y las adicciones no son la excepción. Sin embargo, se ha identificado que al no tratarse de un padecimiento infeccioso en el sentido estricto, son necesarias consideraciones especiales. Como punto de partida debe tomarse en cuenta que las adicciones pueden estudiarse como trastornos en sí mismos o como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud. En el primer caso interesa saber, por ejemplo, el nivel del problema que existe en un grupo social determinado; en el segundo caso, que papel desempeña el uso de sustancias en la manifestación de otros problemas como el cáncer, la cirrosis, los accidentes y hechos violentos, así como la delincuencia.

El amplio número de sustancias con potencial de abuso, con propiedades farmacológicas diferentes y cuyos efectos dependen de interacciones específicas con las características del individuo que las consume, así como el entorno donde tiene lugar, lo convierten en un problema complejo. En este sentido, el uso de sustancias resulta deberse a una condición incierta y su distinción del abuso no es clara, por tal motivo la mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, y legales, esta última con un peso relativamente mayor a las anteriores. Si recordamos la función sociocultural que tenía el uso de sustancias o drogas en las diferentes culturas en los siglos pasados, como se hizo mención en el capítulo anterior, era específica y el grupo social dictaba la norma o el control ha seguir en su uso. A diferencia de las últimas décadas, en donde el control y la función

social de las drogas adquirieron un significado particular, esto es, no se puede asegurar que el uso este en función de eventos mágicos, religiosos o en su caso terapéuticos, sino que recaerá en las situaciones particulares o necesidades que cada individuo presente. También la distinción entre el uso y abuso de las diferentes sustancias dependerá en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y el uso con fines de intoxicación (Medina Mora, 1994).

El consumo de sustancias con fines de intoxicación ha adquirido en la sociedad cierta flexibilidad de aceptación, en algunos casos se determinan niveles de esta aceptación como en el caso del alcohol, tabaco, café y algunos medicamentos lícitos. En donde el consumo moderado puede definirse como el que generalmente no causa problemas ni para el usuario ni para la sociedad. Sin embargo en el caso de las drogas ilegales es común argumentar que cualquier uso es abuso de la sustancia; también es el caso cada vez más mencionado de los disolventes inhalables. Normalmente el uso se evalúa por medio de la prevalencia, es decir del número de usuarios en términos del tamaño de la población, estimando la prevalencia total o número de personas que han hecho uso de drogas; la prevalencia lápsica o número de personas que la han usado en el último año; y prevalencia actual o número de personas que las han consumido durante el último mes, siempre utilizando como denominador el total de la población.

Algunos instrumentos de medición especifican que el abuso de drogas puede empezarse a considerar si el individuo a consumido la sustancia en más de cinco ocasiones, de esta manera se separa a los usuarios experimentales de los posibles habituados (Robins y cols., 1981).

La Asociación Psiquiátrica Americana (1988) en su manual diagnóstico y estadístico de tratamientos mentales, tercera versión revisada (DSM-III-R) considera el abuso de la sustancias psicoactivas como una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos de uso que no cumplen los criterios de dependencia de ese uso particular de

sustancia. Los modelos desadaptativos de uso los caracterizan por: El uso continuo de la sustancia psicoactiva, a pesar de que la persona sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia. Por otro lado, afirma que el uso recurrente de la sustancia en situaciones que resultan físicamente arriesgadas, por ejemplo, conducir intoxicado. El diagnóstico se efectúa sólo si algunos síntomas de la alteración persisten durante un mes como mínimo, o se aparecen repetidamente por un periodo prolongado.

En este sentido se observa que las definiciones del uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencia del consumo y se miden por medio de indicadores, como el caso de patrones de consumo, problemas sociales asociados y consumo percapita. Para María Elena Medina Mora, dentro del análisis que hace a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (op. cit. 1994) señala que la mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de estas sustancias por lo general pasan inadvertidas para el consumidor. Sin embargo, el consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, sea cual sea su grado de intoxicación; sin embargo el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en el que ocurre el consumo.

En este mismo sentido la propia autora indica que a pesar de que las características farmacológicas de las drogas son importantes, no son las únicas que determinan sus efectos. El estado emocional del individuo en el momento de consumo, las diferencias de susceptibilidad, factores como sexo, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia de consumo, las situaciones y circunstancias de consumo, y las expectativas del individuo cuando consumen las drogas, desempeñan un papel importante para que los efectos de las mismas se den.

El consumo frecuente puede tener consecuencias médicas, sociales, y tal vez el resultado de haber consumido drogas en situaciones en que se debía estar " sobrio " lo que ocasiona que se considere al usuario irresponsable o poco confiable. Estos problemas están relacionados con las expectativas culturales del grupo en torno al consumo y la intoxicación, en relación con quien puede consumir y quien no, y en que circunstancias esta permitido hacerlo. Resulta útil, por tanto, estudiar por una parte los problemas personales más relacionados con el consumo frecuente, y la susceptibilidad del individuo al daño, y por la otra, los problemas sociales más vinculados con la intoxicación episódica y las expectativas culturales. Aún más, se ha demostrado que la percepción de problemas personales de tipo psicológico/cognoscitivo, por ejemplo, dificultad de control, y por consiguiente su notificación, tienden a estar influidos por las actitudes más permisivas o restrictivas del grupo social en diferentes momentos históricos.

Desde el punto de vista del consumo de sustancias como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas, se define al abuso como el punto a partir del cual el uso de las sustancias constituye un riesgo significativo de ocurrencia del trastorno que produce.

Con el fin de evaluar el nivel de daño ocasionado por el consumo de diferentes drogas es necesario considerar la vía de administración, el tipo de tolerancia que ocasionan y la magnitud del síndrome de abstinencia que conlleva el consumo de cada una de ellas. En este sentido, el medio por el que se administran las sustancias desempeña un papel importante en sus efectos. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros más rápidamente, su potencial de adicción es más alto que cuando se utilizan por otras vías. Por ejemplo, el potencial adictivo de las drogas que se usan por inhalación o por inyección intravenosa es mayor que el de otras drogas con igual potencial de dependencia, pero que se toman por vía oral.

También se ha observado que el potencial de peligro que presentan ciertas drogas varía en forma considerable de acuerdo con las vías de administración que se emplee. La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Una persona que usa droga con efectos psicoactivos, por lo general quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. La exposición iteractiva ocasiona que la droga sea metabolizada con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. En estos casos, se dice que la persona tiene tolerancia metabólica a los efectos de la droga, por lo que deberá aumentar la dosis y la frecuencia con que se la administra, sin embargo los efectos seguirán disminuyendo.

Con el uso crónico, la mayor parte de las drogas psicoactivas producen tolerancia, siendo necesario aumentar la cantidad de la droga para experimentar sus efectos con la misma intensidad. Este fenómeno no ocurre con todas las drogas; para el caso del LSD y otros alucinógenos, el desarrollo de la tolerancia en el sistema nervioso central sigue un patrón diferente. Con estas sustancias se reduce el efecto sin importar que tan grande sea la dosis. Las dosis repetidas en pocos días pueden no alcanzar alguna intensidad, y no ocurrirá el efecto psicoactivo deseado, aún cuando se aumente la dosis. En consecuencia, el usuario debe abstenerse de la droga durante varios días para restaurar su sensibilidad, por lo que su patrón de uso típico es episódico. Este fenómeno ocurre con la mayor parte de los alucinógenos y hay una tolerancia cruzada entre el LSD, la mezcalina y la psilocibina, de tal manera que el cambio de una droga a otra no compensa la reducción global (Cox, 1983 cit. Medina Mora 1994).

Antiguamente se hacía una distinción importante entre dos formas de dependencia; se consideraba que unas drogas causaban sobre todo dependencia física, en tanto que otras se limitaban a provocar dependencia psicológica. Esta distinción se basaba en los diferentes efectos que producía el consumo de las diferentes clases de drogas. Una de las consecuencias de esta dicotomía era apoyar la concepción de que ciertas drogas eran de

naturaleza relativamente inocua, que la dependencia psicológica era controlable, y por lo tanto solamente deberían restringirse aquellas drogas que provocaban dependencia física.

Desde esta perspectiva, se definía la dependencia psicológica como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionados con los efectos de las drogas, manifestada por una conducta de búsqueda continua; la dependencia física como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a una droga, que cuando se le suspende provoca claros síndromes físicos de abstinencia que suelen provocar distensión y dolor. La Organización Mundial de la Salud define la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de drogas produce daños al individuo y la sociedad. Esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica.

La propia Organización Mundial de la Salud introdujo la categoría de consumo perjudicial para definir aquel que afecta la salud física. Por ejemplo, la hepatitis asociada a la administración intravenosa de drogas. O mental, la cual en este caso se refiere a episodios de trastornos represivos secundarios por el uso excesivo del consumidor; así mismo califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no cumple con el criterio de dependencia. Desde esta perspectiva forma el proceso de concepto de dependencia como un continuo, cuyo extremo derecho estaría ocupado por los dependientes; un grado antes estaría los usuarios con problemas o aquellos individuos con patrón de consumo perjudicial.

Antes de presentar alguna de las propuestas que la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones u organismos hacen referente a la clasificación de las drogas, resulta importante unificar algunos conceptos generales que se manejan en el proceso de uso y abuso de sustancias con fines de intoxicación, en relación con los sujetos que se intoxican. Es importante señalar que si bien estos conceptos se han citado anteriormente, a partir de este momento nos referiremos a una concepción específica.

Para iniciar podemos decir que en el sentido más amplio una droga es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas, que en condiciones normales son necesarias para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y, posiblemente también la estructura del organismo. También se le define como cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones, por lo tanto, el alcohol etílico, la nicotina del tabaco y las demás drogas de diferentes tipos constituyen esta clase de sustancias que indistintamente llamaremos drogas o fármaco. En este orden de ideas, podemos decir que una droga adictiva es una sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que produce un estado de dependencia física, psíquica o ambas. Así mismo una droga psicoactiva diríamos que es una sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.) de un organismo vivo (Arguelles G y col, 1994).

La adicción, farmacodependencia o drogadicción es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco o droga, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprímible por consumir un fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos físicos o psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de éste, también llamado síndrome de abstinencia.

¿Qué quiere decir cada una de estas partes de la definición? En primer término se establece que para que exista una adicción es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco o una sustancia química con efectos sobre el sistema nervioso central principalmente. Necesitamos por lo tanto conocer lo que es un fármaco, a lo que deducimos que la definición más acertada universalmente es que: droga o fármaco es toda sustancia que introducida a un organismo vivo puede modificar una o más funciones. Es decir, es una sustancia ajena al organismo que al entrar en él altera alguna de sus funciones. En segundo lugar, esta definición afirma que siempre se encuentra un estado psíquico especial producido por estas sustancias, y que, en el caso de algunas drogas puede además producir un estado físico especial con sus efectos farmacológicos.

Este estado especial se caracteriza siempre por el hecho de que la conducta normal del individuo se altera por el efecto de la sustancia ingerida. Además, esto es lo más característico tal vez de la conducta adictiva, el individuo no puede reprimir el impulso de tomar el fármaco. Nuevamente pueden existir aquí dos tipos de motivaciones para hacerlo, en todas las ocasiones la sustancia adictiva se toma para experimentar sus efectos sobre la mente de la persona. Además, ciertas sustancias tienen que usarse para evitar las molestias físicas que produce la supresión de ellas, y que en algunos casos puede desembocar en la muerte.

Estos conceptos hacen necesarios conocer otros respecto a las adicciones: el primero de ellos es el de dependencia física la cual se define como un estado de desadaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suprime bruscamente la droga. Todos estos cambios fisiológicos producidos por la suspensión de las sustancias, se conocen en conjunto como síndrome de abstinencia, mismo que diferirá de acuerdo al tipo de droga.

El segundo tipo de dependencia producido por algunas drogas es la dependencia psíquica o habituación, la cual la identificamos por el uso compulsivo de fármacos sin desarrollo de dependencia física, pero que genera también un cambio en el comportamiento del individuo.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia a que nos hemos referido pueden acompañarse de otro fenómeno denominado tolerancia, el cual resulta ser la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. Cabe señalar que en este sentido se han realizado investigaciones por Cox (1983), en donde el usuario muestra un patrón distinto a ciertas sustancias de acuerdo a su metabolismo y a la propia droga, como en el caso del

LSD, la mezcalina y la psilocibina. En donde los efectos se presentaban con un periodo de abstinencia necesaria.

Por ultimo es necesario tener un concepto más con relación a las conductas adictivas, se trata de " el abuso ". Esté es definido como el consumo de una droga excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual. Entonces diremos que para que se pueda hablar de abuso de una droga, es necesario que esta sea ilícita o bien, que no sea utilizada como parte de un tratamiento médico y siempre en exceso.

El Doctor Héctor Lara Tapia (1995), establece que debe distinguirse una clara diferencia entre la habituación a las drogas y la dependencia física; En el primer caso señala, que se aplica a personas que tienen un fuerte impulso, necesidad o compulsión para continuar tomando la droga sobre la cual son emocionalmente dependientes, pero no desarrollan síntomas de abstinencia característicos de la adicción. El segundo caso, señala que la dependencia física resulta de las alteraciones fisiológicas que hacen necesaria la administración continua de las drogas para prevenir la aparición de un síndrome de abstinencia o de privación. También señala que pese a esas diferencias la Organización Mundial de la Salud ha sugerido que el término de dependencia a drogas se emplee para todas las formas clínicas, el cual las caracteriza como dependencia a los tóxicos como; narcóticos, fármacos, psicodislépticos, estimulantes y barbitúricos, disolventes industriales y psicofármacos, así como, analgésicos.

En una interesante forma de abordar el problema de las drogas, dirigido a padres de familia Robert Schwebel (1991), señala dentro de las consideraciones acerca del uso, el mal uso y el abuso de drogas, nueve categorías para evaluar el uso de drogas: Farmacología de la droga, legalidad, frecuencia y tiempo de uso de la droga; cambios en las pautas de su uso; métodos de administración; contexto; personalidad, edad y salud del usuario; razones de uso; efectos de su uso. Con su análisis el autor establece que es importante tener en cuenta que al hablar de uso de drogas, se debe observar en que

medida el uso interfiere en las normas del comportamiento socialmente aceptadas. Además de tomar en cuenta la conceptualización del daño físico, mental, emocional y social que genera el uso de drogas con fines distintos de los medicinales

Antes de describir algunos de los efectos que producen las drogas más comunes en los sujetos que las consumen y de exponer el cuadro clínico que lo caracteriza, resulta importante para el desarrollo del presente trabajo, ubicar la clasificación general que han realizado los organismos internacionales y la Organización Mundial de la Salud sobre las drogas.

En principio podemos señalar que existe un gran número de drogas o fármacos que pueden dar origen a un estado de farmacodependencia. Por ello, resulta importante clasificarlas. De esta forma, señalan algunos autores y especialistas, que podría ser más fácil conocer sus efectos y más sencillo identificar el tipo de droga de que se trata.

La clasificación que en México realiza el Consejo Nacional Contra las Adicciones en materia de drogas, señala que los fármacos de abuso se ubican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona, este efecto puede ser de dos tipos; acelerar o retardar la actividad mental. Las drogas que aceleran la actividad mental y que, por lo tanto, producen estados de excitación, reciben el nombre de estimulantes. Los fármacos que retardan dicha actividad se llaman depresores.

Hay tres tipos de estimulantes que pueden producir farmacodependencia. El primero de ellos es el de las Anfetaminas. El segundo es la Cocaína. Las drogas del tercer grupo producen una excitación mental que se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se perciben objetos que no existen en la realidad; este grupo comprende a los Alucinógenos (marihuana, LSD, mezcalina y la psilocibina entre otros).

Los depresores comprenden, en primer lugar, al Alcohol. Otros son los Barbitúricos y los tranquilizantes. En este grupo se ubica la Morfina y sus derivados (heroína y la codeína).

Otro grupo especial de Depresores esta formado por los inhalables (derivados industriales), cuyo abuso constituye uno de los más graves problemas de farmacodependencia en México.

a) CLASIFICACION DE LAS DROGAS EN RELACION A LA FARMACODEPENDENCIA.

DEPRESORES

1. Analgésicos
 - Narcóticos
 - No narcóticos
2. Hipnóticos Sedantes
3. Alcohol
4. Inhalables

ESTIMULANTES

1. Aminas-Simpaticomiméticas

DISTORSIONANTES O PSICOTIZANTES

1. Alucinógenos-Psicoticomiméticos

2. Antiparkinsonianos

3 Antihistamínicos

4 Anticolinérgicos-Parasimpaticolíticos

I. DEPRESORES.

A) Analgésicos Narcóticos

1. Opio
- 1.1 Morfina
- 1.2 Codeína
2. Heroína
3. Hidromorfina

B) Hipnóticos Sedantes

1. Miperidina
2. Metadona
3. Pentazocina

4. Barbitúricos
- 4.1 Acción corta o intermedia

- 4.1.1 Pentobarbital
- 4.1.2 Secobarbital
- 4.1.3 Amobarbital

- 4.2 Acción Prolongada
 - 4.2.1 Fenobarbital

- 5 No barbitúricos
 - 5.1 Hidrato de Cloral
 - 5.2 Glutetínida
 - 5.3 Metacualona

 - 5.4 Ansiolíticos
 - 5.4.1 Meprobamatos

 - 5.4.2 Benzodiacepinas
 - 5.4.2.1 Diazepam
 - 5.4.2.2 Lorazepam
 - 5.4.2.3 Flurazepam
 - 5.4.2.4 Clordiacepóxido
 - 5.4.2.5 Nitrazepam
 - 5.4.2.6 Oxazepam

II ESTIMULANTES

A) Aminas simpaticométicas

1. Cocaína
2. Anfetaminas
 - 2.1 Dextro anfetamina
 - 2.2 Metil anfetamina
3. Cafeína
4. Nicotina
5. Fenmetrazina (preludín)
6. Metil fenidato (ritalin)
7. Drogas anorécticas

III DISTORSIONANTES O PSICOTIZANTES

A) Alucinógenos psicoticomiméticos

1. Mescalina
2. psilocibina
3. Acido lisérgico (l.s.d.)
4. Fenilciclidina (p.c.p.)
5. Marihuana
6. Hachís

Esta clasificación que propone el Consejo Nacional Contra las Adicciones busca tener como base un denominador común, que es el efecto que producen estas drogas descritas

sobre el sistema nervioso central, que en última instancia es lo que determina los cambios sobre la actividad mental, el estado emocional y la conducta; también se considera el principio activo y en algunos casos se incluye el nombre comercial, como se pudo observar. Aún así, como toda clasificación el esquema que propone es perfectible, sobre todo si consideramos que el avance de la farmacopea continua desarrollando nuevas sustancias que también se pueden relacionar al fenómeno de la farmacodependencia.

En términos generales, en este inciso podemos definir solamente que los estimulantes son drogas que aceleran el sistema nervioso central, en este sentido suelen reducir el apetito y permiten a la persona que los ingiere sentirse menos cansada, más alerta y con más energía. Algunas personas reportan sentirse más felices cuando las toman. Otras, se sienten ansiosas y agitadas. Se sienten más fuertes e ingeniosos, en la medida en que sus cuerpos son impulsados por encima de la capacidad normal. Los efectos posteriores a una demanda de este tipo de droga sobre el cuerpo son una sensación de cansancio y depresión.

Los consumidores crónicos de estimulantes como la cocaína, experimentan marcadamente síntomas de abstinencia, como ansiedad y depresión intensas, incluso después de haber cedido la depresión inicial, puede persistir durante un lapso considerable, conocido como "melancolía de la coca". En casos extremos este tipo de consumidores de altas dosis pueden volverse paranoicos o tener alucinaciones y sufrir de lo que se ha denominado "psicosis de cocaína" que es un estado parecido a la esquizofrenia.

En el caso de los depresores a veces llamados "derribadores", muchos sujetos reportan sentir la sensación de aflojar el cuerpo y la mente, una manera de serenarse, distenderse y dormir. Algunos también reportan efectos de lentitud de reacción, a veces problemas de pronunciación. Lo que es claro para los médicos es que estas drogas deprimen el sistema nervioso central y disminuyen la frecuencia cardíaca y respiratoria. Es indudable que los

depresores conducen tanto a la tolerancia como a la abstinencia por lo que se habla de una dependencia física y psicológica.

Algunas personas creen que todas las drogas ilegales son narcóticas. Sin embargo, sólo ciertos tipos de drogas, las derivadas del opio o sus copias sintéticas son en realidad narcótica (narco significa en griego dormir), estas drogas alivian el dolor y adormecen o sedan a las personas, crean sensaciones de euforia. Entre ellas se encuentra la codeína, la morfina, el demerol, la heroína y el percodan. Los narcóticos producen dependencia física, psicológica y su nivel de abstinencia puede ser peligroso.

Los alucinógenos generan visiones, voces ó sensaciones imaginarias. Los sujetos que las ingieren reportan que modifican la percepción del tiempo y la distancia. En particular este tipo de sustancias puede generar ansiedad extrema y terror por las alteraciones que genera en el estado de la conciencia y subconsciencia de los sujetos. Entre las más conocidas se encuentra el cactus del peyote, la mezcalina y la psilocibina, la primera derivada del mismo peyote o de hongos alucinógenos. También se encuentra el L.S.D., Acido lisérgico, sustancia que produce de acuerdo a los reportes de los sujetos que la han ingerido sensaciones placenteras y pérdida de la realidad. Algunos psiquiatras suelen denominarlas como psicosis de corta duración a los efectos que produce la sustancia.

Desde el tiempo de los Aztecas se han venido usando en América los capullos del cactus mexicano llamado peyotl, en donde la mezcalina es su activo más activo, esta fue aislada y sintetizada como 3,4,5- trimetoxifeniletilamina ,por A. Hoffman en 1938, al igual que el LSD-25, ácido lisérgico dietilamina. La psilocibina es una sustancia extraída de otra planta mexicana; el hongo Psilocybe Mexicana. Otras drogas pertenecientes al mismo grupo general, pero menos usadas son el Ololiuqui, el Teonanacatl (hongo que crece sobre excremento de vaca).

De acuerdo con P. Laurie (1969), los efectos de los hongos y de algunos otros alucinógenos disuelven el caparazón que nos separa del mundo sensorialmente

experimentado y de nuestro propio inconsciente. El efecto en un hombre civilizado consiste en que con frecuencia descubre que su mundo interior es tan vasto y extraño como el que le rodea.

Los inhalables son productos químicos que producen intoxicación cuando se les inhala o aspira. La aspiración produce sensación de embriaguez en principio y posteriormente, genera emociones que varían de la pasividad a la agresividad. Los inhalables, comprenden la goma de pegar, la gasolina, el óxido nítrico, nitrato de butilo, colorantes, thinner y otros disolventes industriales. Los inhalables pueden producir dolor de estómago y desmayos, el uso prolongado puede dañar el hígado, los riñones y el sistema nervioso. Investigaciones demuestran que el uso prolongado también genera daños cerebrales severos y problemas cardíacos. Existen reportes de niños que al inhalar se asfixian con los gases consumidos.

b) METODO DE IDENTIFICACION DE LAS DROGAS Y CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS .

Si bien en la sección anterior se ubicó la clasificación general que ha presentado tanto la Organización Mundial de la Salud, así como el Consejo Nacional Contra las Adicciones en materia de drogas, en esta parte se presentarán algunas características que se han identificado tanto en los usuarios, como en las propias drogas ilícitas. Incluyendo algunas de las manifestaciones como se presentan al ser usadas.

En este sentido, como se señaló anteriormente, es importante ubicar que al proponer una clasificación de las drogas en relación con la farmacodependencia, ésta nos permite identificar la serie de manifestaciones que desarrolla el sujeto al ingerirlas, sin olvidar el contexto general en que se presenta el consumo. Es decir, en general cada droga puede generar en el organismo del individuo, una serie de manifestaciones que por la constitución química de la sustancia, puede ser parecida. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, por un lado, la historia particular de cada individuo determinará los efectos reales que éstas generen tanto en el ámbito físico (tipo de alimentación, condiciones del propio organismo, algún tipo de afección física etc.), psicológico (personalidad, habilidades interpersonales, hábitos, etc.), sociales (tipo de relaciones sociales que se mantengan con el grupo de adhesión, tipo de liderazgo, presión del grupo etc.), educativas y culturales. Y por el otro, como lo señala Vera Ocampo E. (1988), desde un punto de vista Psicoanalítico se debe reflexionar sobre el postulado de que la " droga hace al farmacodependiente o al toxicómano ", cuestionando si no es el "farmacodependiente o toxicómano el que hace a la droga ", analizando como el objeto de placer se convierte en un objeto de necesidad, – situación que en el discurso biologista de la medicina hegemónica no percibe – además de cómo mientras que para el farmacodependiente la droga es la causa de bienestar, para el médico, y la sociedad en general, esa misma droga se convierte en la causa de malestar.

Para continuar con el desarrollo de este apartado, se presentará por un lado la identificación de la droga, y por el otro, se expondrá el cuadro clínico propio que caracteriza al usuario, sobre todo de las principales sustancias que se utilizan en México según cifras arrojadas en las encuestas nacionales de adicciones. Dicha identificación estará basada en la clasificación que presenta el propio Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Para el caso de los depresores, iniciare haciendo alusión a los analgésicos narcóticos, los cuales se les denomina de esta manera por ser sustancias que al actuar directamente sobre el sistema nervioso central suprimen el dolor. Hay dos tipos de ellos unas conocidas con el nombre de antipiréticos analgésicos, las cuales no solo reducen el dolor sino que al mismo tiempo intervienen para activar el descenso de la temperatura; y otras, denominadas analgésicos narcóticos o hipnoanalgésicas, las cuales además de aliviar el dolor son inductoras de sueño.

Las drogas analgésicas narcóticas pueden clasificarse de acuerdo a su origen, es decir algunas son derivados de alcaloides naturales del opio, otros alcaloides semisintéticos y alcaloides sintéticos. Desde el punto de vista químico también se les puede ubicar como alcaloides fenantrénicos, por ser estimulantes del músculo liso (morfina, codeína, etc.). También se puede identificar a los alcaloides benzinoquinólicos, como depresores del músculo liso (papaverina, narcotina, etc.).

En el hombre esta sustancia provoca efectos fundamentales como la analgesia y la hipnosis (sueño), sobre todo si se suministra en dosis pequeñas. Así mismo, alivia el dolor, miedo, ansiedad, fatiga, hambre, etc., creando una sensación de bienestar y euforia. También deprime la tensión y concentración del individuo, le produce sedación y apatía.

Con dosis más elevadas el estado de euforia pasa rápidamente a un sueño profundo con respiración deprimida y miosis. Al despertar, la depresión es evidente y puede

desencadenarse un estado de coma capaz de llevar a un paro respiratorio. Otros signos y síntomas que se presentan en la intoxicación aguda además de la miosis, náuseas, vómito, resequedad bucal, sudoración, hipotermia, temblor, flacidez muscular, pulso irregular, espasmos en tracto gastrointestinal y biliar, convulsiones, inconsciencia y, como se señaló anteriormente.

Para el caso de los hipnóticos sedantes, estos se agrupan según algunas sustancias depresoras que afectan el sistema nervioso central, cuyos efectos se reflejan en las funciones cerebrales. Suelen usarse para producir sedación ligera sueño, hipnosis y anestesia.

Se ha observado que los diversos números de este grupo difieren entre sí por la actividad por unidad de peso, las vías a través de las cuales pueden ser administrados, la rapidez de acción y la duración de sus efectos, las molestias que inciden a su uso, y los riesgos de dependencia. Los compuestos de este grupo que más se usan en la terapéutica son los barbitúricos; fenobarbital, amobarbital y el barbital. Mientras que en los no barbitúricos los más usados son: la glutetimida, el hidrato de coral, el etanol, y el carbamal.

Para el caso de los barbitúricos se les puede clasificar de acuerdo con la rapidez y la persistencia de su acción en: duración prolongada (fenobarbital, mefobarbital, barbital). De duración intermedia (amobarbital, probarbital, amobarbital, vinalbarbital, y pentobarbital). De duración corta (seco barbital, ciclobarbital, etc.). Y de duración ultra corta (hexobarbital, teopental, tiamital y tialbarbital, etc.).

Los barbitúricos actúan como depresores del sistema nervioso central. Con dosis crecientes es posible producir sedaciones ligeras y profundas, pérdida del conocimiento, sueño, anestesia quirúrgica y depresión respiratoria. Empero, el grado de depresión depende del barbitúrico, de la dosis, de la vía de administración y de la excitabilidad del sistema nervioso central. Se ha descubierto que mediante dosis pequeñas es posible

disminuir la intranquilidad, la atención emocional y la ansiedad sin mermar significativamente la percepción sensorial y el estado de alerta. Además de sus propiedades sedantes los barbitúricos intervienen en la disminución del componente psicógeno de las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, biliares y respiratorias y reducen la ansiedad originada por los síntomas somáticos. Por sus propiedades anestésicas, todos los barbitúricos en dosis adecuadas inhiben las convulsiones que sobrevienen las intoxicaciones por estimulantes del sistema nervioso central, el tétanos y el estado epilépticos. Sin embargo, sólo el fenobarbital es útil en el control de la epilepsia.

El uso crónico de barbitúricos produce tolerancia y dependencia, tanto física como psíquica. Además los barbitúricos de acción corta o intermedia, son los más frecuentemente objeto de abuso, debido al rápido inicio e intensidad de sus efectos. La suspensión brusca de su suministro después de un empleo prolongado origina la aparición del síndrome de abstinencia.

Para el caso de los no barbitúricos algunos signos y síntomas de intoxicación aguda suelen ser la desorientación, somnolencia, letarkea, inestabilidad, miosis, flacidez muscular, ausencia del reflejo corneal, incremento o descenso de la temperatura, anoxia, cianosis, caída de la presión sanguínea y shock.

Otro de los depresores más conocidos es el etanol, en sus diversas presentaciones, el cual actúa en forma depresiva sobre el sistema nervioso central particularmente sobre la corteza cerebral y sus funciones inhibitoras. El enmascaramiento del titubeo, la circunspección y la autocrítica podría hacer creer que el alcohol, en pequeñas cantidades desarrolla inicialmente una acción estimulante; no es así, por lo general actúa como hipnótico.

Los ansiolíticos son designados al grupo de medicamentos utilizables en el control de los estados de ansiedad ligados a situaciones ambientales de tensión. Estas sustancias provocan depresión del sistema nervioso central y afectan la actividad psíquica. También es empleado en el manejo de sujetos alcohólicos especialmente durante el periodo de abstinencia.

La clasificación de estos ansiolíticos, según su estructura química se puede ubicar en: derivados del alcohol propílico (meprobamato, fenaglicodol, etinamato). Derivados de la benzodiazepina (clordiazepoxido, diazepam, oxaxepam). Las sustancias químicas heterogéneas (benactizina, cloromezanona, mefenazolona y metacualona). Y los derivados del propanediol.

Como se comento anteriormente los ansiolíticos depresores del sistema nervioso central y su acción sobre éste resulta semejante a la que producen los barbitúricos. En dosis pequeñas disminuyen la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad sin mermar ostensiblemente la percepción sensorial y el estado de alerta. Los efectos tranquilizantes que ejercen son más notorios en pacientes neuróticos, y discretos o nulos en individuos psicóticos. Además el margen de seguridad entre las dosis ansiolítica y la que crea un estado de somnolencia en coordinación motora es más amplia que en el caso de los barbitúricos.

Algunos miembros del grupo de los ansiolíticos también son depresores espinales ya que inhiben los reflejos flexores multisinápticos, en tanto que otros no sólo tienen propiedades anticonvulsivas y antagonizantes, sino que suelen controlar las manifestaciones clínicas de algunas formas de epilepsia.

Dentro de los signos y síntomas de intoxicación aguda podemos encontrar la somnolencia, nistagmus (movimiento rápido involuntario del globo ocular), diplopía (visión doble), visión borrosa, pupilas puntiformes, debilidad, lasitud, tinitus (zumbido de oídos),

alucinaciones, disminución de los reflejos, etc. Además estas sustancias se potencian con el alcohol y otros anestésicos.

Por último otro de los depresores de mayor uso son los inhalables, los cuales son solventes industriales y otras sustancias que se emplean en la industria o en el hogar, cuya composición química es por lo general variada, entre los que se incluyen pegamentos, aerosoles, tintas para zapatos, limpiadores de metales, líquidos quita manchas, disolventes para lacas, barnices y pinturas, gasolinas para encendedor y otros componentes.

Estos compuestos contienen diversas sustancias nocivas tales como: tolueno, xileno, benceno, alcohol metílico, hexano y tetracloruro de carbono entre otros. Los inhalables ocupan un lugar destacado en la farmacodependencia juvenil e infantil por su bajo costo y menores restricciones de acceso. Sus efectos son inmediatos, la administración es sencilla y sin dolor y es posible alcanzar el estado de intoxicación las veces que se desee a lo largo del día y la molestia posterior al uso es mínima.

Los disolventes generalmente son clasificados como: solventes activos, los cuales tienen como función disolver las sustancias y para ello se requiere en primer lugar determinar la viscosidad, luego el contenido de los sólidos de la solución (acetona, acetato de etilo, acetato de butilo, etc.). Cosolventes y solventes latentes, los cuales sirven para realzar la capacidad de las resinas, aunque al combinarse con los solventes activos actúan poderosamente (metanol, n-butanol, etc.). Diluyentes, su importancia radica esencialmente en que intervienen directamente lo referente a los costos, pero no desarrollan, en la mayoría de los casos ningún efecto solvente por sí mismo (heptano, benceno, tolueno, xileno, etc.).

Todos estos productos causan depresión del sistema nervioso central y la exposición repetida a ellos deprime la médula ósea. Se ha encontrado que la intoxicación con inhalantes genera hemorragias petequiales, sangre no coagulada o congestión de todos los

organismos. Dentro de los signos y síntomas de intoxicación se encuentran vértigo, debilidad, euforia, cefalea, náuseas, vómito, opresión torácica e inestabilidad de la marcha. En exposiciones largas suelen generar temblores, irregularidad en el latido ventricular, inconsciencia, convulsiones, visión borrosa y coma. En algún delirio y violencia extrema.

Por otra parte con relación a las drogas denominadas estimulantes podemos encontrar las aminas simpaticomiméticas, este término se emplea para calificar a las sustancias cuyos efectos resultan muy similares a los que se producen con la estimulación de las fibras adrenérgicas posganglionares. Estructuralmente estas sustancias están formadas por un anillo benzénico, que constituye la porción aromática de la molécula, y una cadena alifática, la etilamina. Esta estructura permite numerosas sustituciones en el anillo aromático, en los carbonos alfa y beta de la cadena lateral y en el nitrógeno terminal, lo que da origen a una gran variedad de compuestos con actividad simpaticomimética.

Dentro del grupo de estimulantes uno de los efectos más importantes es el provocado por el de las anfetaminas, el cual produce alteraciones en el sistema nervioso central, el sistema cardiovascular y el músculo liso. Los efectos más notorios se generan con dosis arriba de treinta miligramos, el cual produce aumento del estado de alerta y de la iniciativa, disminución de la sensación de fatiga, falta de sueño, mejoría de la confianza, habilidad para concentrarse, euforia, aumento en la capacidad mental para resolver problemas, aumento en la capacidad física.

Este tipo de fármacos produce también aumentos de la actividad espontánea, estimulación del centro respiratorio, merma en el apetito y pérdida del peso corporal. Por otra parte, las anfetaminas incrementan la presión sistólica y diastólica, generan constricción de los vasos sanguíneos, relajación de los músculos lisos de los bronquios, del estómago, el intestino, la vejiga, el uréter, contracción de los esfínteres y de la cápsula espléndida.

Las anfetaminas se pueden utilizar en el tratamiento de la narcolepsia, la disfunción cerebral mínima en los niños, como el caso de niños hiperactivos, la obesidad endógena, los síndromes depresivos endógenos y de la terapia psicofarmacológica antidepressiva.

Dentro de los signos y síntomas de intoxicación por el uso de anfetaminas podemos ubicar una alta excitabilidad, escalofrío, irritabilidad, anorexia, náuseas, reflejos hiperactivos, libido incrementado, arritmias cardíacas, dolor anginoso, colapso circulatorio, midriasis, alucinaciones, delirios, convulsiones, coma y falla respiratoria.

Otro estimulante altamente conocido es la cocaína, el cual puede ser considerado como un anestésico local tipo éter. Esta estimula la corteza cerebral y crea un sentimiento de bienestar; cesa la fatiga y aumenta la capacidad de trabajo. Dentro de los signos y síntomas de intoxicación podemos encontrar una alta excitabilidad, euforia y alucinaciones dependiendo de la cantidad ingerida. También encontramos midriasis, incremento de los reflejos, espasmos musculares, pulso rápido al principio y lento posteriormente, respiración irregular, convulsiones de origen cerebral, hipertensión, fallas circulatorias, coma y colapso respiratorio. La cocaína produce también un grado considerable de tolerancia lo que puede llevar a una sobredosis y a una intoxicación aguda que puede desembocar en la muerte.

*En la actualidad existe una serie de derivados de la cocaína que por ser sustancias no purificadas representan un riesgo alto como posibles causantes de adicción, debido a su acción más intensa, por lo que los efectos que se presentan son de mayor rapidez y provocan repetir dosis con mayor frecuencia. Entre otros se encuentra el *as*, conocido como base libre y cristal. Este tipo de sustancias al igual que la cocaína genera síndromes de tolerancia, dependencia y abstinencia.*

Aún cuando la cafeína es una sustancia normalmente aceptada, resulta ser un estimulante al sistema nervioso. Esta la podemos encontrar tanto en el café, el té, chocolate, etc. Su

ingerencia en cantidades elevadas suele provocar: insomnio, irritación estomacal, temblores, alteración cardiovascular, inquietud y excitabilidad.

Por último dentro de la clasificación de las drogas con relación a la farmacodependencia encontramos los distorsionante o psicotizantes o mejor conocido como alucinógenos psicoticomiméticos las cuales son sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a la psicosis, con desorganización de la personalidad. Los alucinógenos se pueden clasificar en cinco grupos integrados por sustancias de diversa intensidad química: a) derivados del ácido lisérgico, b) indolalquilaminas, c) feniletilaminas, d) ésteres piperidilbenzilato, e) cannabinoides.

Excepto los ésteres benzilato y su grupo relativo de compuestos (los fenilcicloexilos, que son productos de una química orgánica sintética) todas las drogas representativas de estas clases han sido aislados de sustancias naturales. Además, la mayoría de los alucinógenos identificados hasta la fecha son alcaloides, esto es, que tienen propiedades alcalinas.

Tomando como base el LSD y la mezcalina, las drogas alucinógenas o psicoticomiméticas son muy parecidas entre sí. Desarrollan acciones psíquicas, motoras o autonómicas después de administrarse y de un periodo latente de media hora. Esto es, se presenta una fase de excitación psíquica acompañada de alteraciones del sistema nervioso autónomo, entre ellas; midriasis, taquicardia y salivación, alucinaciones visuales ricas en contenido y con la sensación de movimiento, en estado placentero y eufórico que, al desaparecer, puede desencadenar un cuadro de ansiedad y angustia. Posteriormente a las alucinaciones aparece un trastorno de la personalidad conocido con el nombre de despersonalización, en el que el sujeto pese a que esta consciente, se siente ajeno a sí mismo. Estas sustancias poseen una acción simpaticomimética singular cuya semejanza química con la coradrenalina es importante. Es decir, actúan sobre el sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico. Por lo que producen midriasis, taquicardia,

hiperglucemia y piloerección, visión borrosa y distorsión, agudeza auditiva, disociación mental, distorsión en la noción del tiempo, alucinaciones y delirios.

Hasta aquí, podemos visualizar como en la actualidad el ser humano esta inmerso en un mundo de drogas, al margen de la clasificación lícita o ilícita que cada sociedad ha establecido para las sustancias que producen alteraciones en el organismo al entrar en contacto con ellas. Como se señaló anteriormente, las diferentes sociedades y culturas también han determinado el carácter de legal o ilegal, de lícita o ilícita, incluso los propios trastornos que socialmente genera el uso de las drogas en la salud pública, además de las dificultades para poder dar atención a los usuarios de dichas sustancias.

Es importante señalar que la funcionalidad que las drogas han mostrado en el devenir histórico, económico y social de cada grupo humano, además de, su cosmovisión mágica - religiosa, puede permitir tener en la actualidad un pleno conocimiento de los efectos que en el hombre las sustancias han provocado en cada época determinada. Por lo que es importante tener presente, en todo momento, que la medicina hegemónica ha determinado una concepción particular del fenómeno de la farmacodependencia, misma que puede variar o ser diametralmente opuesta, si ubicamos el mismo fenómeno con otra óptica, como por ejemplo, el caso de sociedades en donde el uso de drogas se acepta y culturalmente se práctica.

El tener conocimiento de los efectos que puede generar cada droga en el individuo nos proporcionan elementos de análisis para establecer e implantar programas de atención a la salud pública; como la prevención, la rehabilitación y tal vez la reinserción social. Pero no podemos olvidarnos con ello, de que para la medicina, como para el médico, la farmacodependencia es un problema de drogas, en donde visto con esta óptica, el fenómeno merece la categoría de enfermedad. Sin quererlo el propio discurso se ve atrapado en un mundo de signos que rebasa a la semiología médica. Es decir, lo que el médico no logra captar cuando reduce la toxicomanía o farmacodependencia a sus fundamentos biológicos, es precisamente que de lo que está enfermo el

farmacodependiente es de "biologizar" el vínculo que lo une con su objeto: " el objeto de placer se ha convertido en objeto de necesidad" (Vera 1988).

CAPITULO III

MODELOS DE INTERVENCION EN FARMACODEPENDIENTES

a) MODELOS DE ATENCION APLICADOS

En el capítulo anterior señalé que para poder investigar objetivamente un fenómeno, cualquiera que este sea, se requiere de poder identificarlo y definirlo propiamente. En este sentido, a lo largo del capítulo pudimos apreciar que en particular el fenómeno de la farmacodependencia por ser multicausal presenta cierta problemática para definir su etiología. Sin embargo, sé hizo notar que existe una serie de elementos que permiten observar el fenómeno e identificar factores, variables o determinantes que lo propician, permitiendo con ello la posibilidad de su atención. Es aquí precisamente, en donde el presente capítulo pretende abordar algunos de los modelos de intervención que se han desarrollado para combatir al propio fenómeno de la farmacodependencia, sin pretender profundizar en los marcos teóricos que los sustentan, ni desarrollar un análisis comparativo de ellos, ya que la intención del presente trabajo es enunciar cuales son los modelos de intervención con que se cuenta actualmente, haciendo con ello un preámbulo para presentar el modelo de intervención que se propone en el presente trabajo.

Pese a la aclaración de que en este capítulo no se pretende hacer una revisión exhaustiva de los marcos teóricos que sustentan los distintos modelos de intervención creo que es preciso por lo menos identificar la conceptualización con que las distintas disciplinas abordan el problema de la farmacodependencia, ya sea referente al sujeto que consume o al objeto que es consumido, o bien la relación entre ambas. Esto permite identificar como es concebido el fenómeno y como es abordado para su resolución sobre todo cuando se considera que actualmente este fenómeno es un problema de Salud Pública.

En el campo de la literatura sobre los tratamientos para la dependencia de la farmacodependencia y del alcoholismo, existen diferentes aproximaciones basadas en las diversas teorías, de tal manera que no hay un modelo único que garantice el éxito en los resultados. Por eso en psicología no existe la entidad que pudiésemos llamar el "tratamiento" para estos problemas, a diferencia de lo que sucede en casos de ámbito abordados por la medicina hegemónica.

El Dr. Agustín Vélez (1992), ha señalado que al respecto de la literatura psiquiátrica y psicológica, sobre todo en los últimos años, se encuentran descripciones clínicas del toxicómano, que nos enteran de las deficiencias psicológicas que hacen proclive a un sujeto a la adicción. Factores tales como la inmadurez psicológica, la poca tolerancia a la frustración y rasgos neuróticos del carácter, son mencionados con más frecuencia, como determinantes del consumo de drogas con fines de intoxicación.

Así mismo, el autor señala que en los últimos años, recientes estudios del medio familiar del sujeto farmacodependiente han permitido conocer las circunstancias que le rodean y que en un momento dado le condicionan para consumir sustancias psicotrópicas. Así el hecho de que los líderes formales de la familia, los padres, hermanos mayores, tíos etc. consuman drogas permitidas como el alcohol con fines de intoxicación; que los límites de autoridad moral se pierdan por inconsistencia de las figuras materna o paterna, y otros acontecimientos de la vida familiar, propician que las fallas psicológicas del individuo se manifiesten en una conducta de búsqueda de drogas, a fin de disminuir la angustia que genera la inseguridad.

Es bien conocido que el fenómeno de la farmacodependencia se concentra sobre todo en las áreas urbanas de rápido crecimiento, en las que además, se presentan situaciones sociales de marginalidad como el desempleo, la carencia de espacio vital, de áreas deportivas y recreativas, y otros factores que condicionan y determinan la existencia de diversas enfermedades pero que no siempre se pueden identificar en casos de farmacodependencia, es decir; mientras que en algunos casos podemos identificar estos

factores de riesgo sin lugar a dudas, como factores de riesgos que propician la farmacodependencia hay casos en los cuales no podríamos asegurar lo mismo. Por lo que no resulta tan sencillo generalizar en toda su extensión a los factores de riesgo.

Las diversas sociedades han intentado dar respuesta a la problemática de la farmacodependencia, sobre todo cuando la considera como un problema de salud pública, estableciendo diversas estrategias, modelos de intervención y rehabilitación para generar el declive al uso de sustancias con fines de intoxicación.

Si pasáramos revista cronológica y panorámica a los modelos y estrategias para enfrentar el tráfico y el consumo de drogas nos encontramos que inicialmente se fundaron en el modelo ético-jurídico, concepción fraccionada donde el consumo y el tráfico de drogas son equiparados y considerados como conductas censurables que deben ser castigadas con severidad. El consumidor es tomado como un delincuente y se hace sujeto de acciones represivas, debe ser castigado con cárcel y aislado de la sociedad, a la cual lo estigmatiza como drogadicto.

El modelo médico sanitario, visión también parcelada, aunque su enfoque es más preventivo y humanístico. Se concibe al consumidor como "enfermo" sin discriminar el patrón de consumo; pretendiendo por lo tanto que todo consumidor dependiente de las drogas debe ser sujeto sometido a tratamiento estrictamente médico.

En este modelo la información preventiva se concreta a priorizar los riesgos individuales del consumo de drogas en el organismo y privilegiar lo que hoy conocemos como Educación contra las drogas, como esquema pedagógico. Su importancia radica en que no hace distinción entre drogas lícitas e ilícitas y brinda la alternativa del tratamiento. Su limitación la observamos al no tomar en cuenta al tráfico ni al traficante de drogas, como partes actuantes de este fenómeno global.

Desde el modelo Psicosocial la concepción del consumidor de drogas no cambia, es un enfermo; esta aproximación constituye un avance valioso, pues reconoce la complejidad del ser humano y su interrelación con su entorno más cercano, pero sigue siendo un enfoque parcial e individualizado y su alcance social se queda tan solo en el ambiente familiar.

El modelo sociocultural toma en consideración los factores sociales y culturales que son capaces de influir en las conductas de los individuos e inducirlos al consumo de drogas, pero ignora los aspectos económicos y políticos que influyen en esta problemática.

En un interesante trabajo desarrollado en Venezuela, los autores; Afanador Pedro, Torre Alba Ma. Del Rosario y Pilar Quintero. (1991), señalaran que debido a que el tráfico y el consumo de drogas como fenómeno global de la sociedad contemporánea, es complejo y complicado en su dinámica, deben ser considerado desde una perspectiva Geopolítica y Estructural, y al tráfico y al consumo de drogas como unidad dual indivisible abordarlo desde una perspectiva inter y multisectorial, así como, interinstitucional e interdisciplinario. Así mismo, establecen que dicho tráfico y consumo de drogas resultante de la interacción de factores económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos – situación que establece la globalidad del propio fenómeno – requiere de acciones para controlarlo que aglutine a los modelos socioeconómico, sociopolítico, ético-jurídico, médico-sanitario y psicosocial. Por tal motivo señalan al propio modelo Geopolítico – Estructural, como una alternativa a la problemática de la farmacodependencia. En este modelo conceptualizan el uso y consumo de drogas como resultado de un complejo proceso mediante el cual los individuos actúan a través de la modificación transitoria de su percepción de lo real, con la finalidad de compensar carencias o satisfacer necesidades y expectativas creadas en el plano personal, familiar o colectivo. Consideran al consumidor de drogas como un denunciante evasivo que expresa en forma individual una crisis de la sociedad. Esta forma de denuncia, nada original, no representa una respuesta válida en la búsqueda de alternativas ante un entorno familiar o colectivo conflictuado y una sociedad cuyas contradicciones propician una cultura de las drogas.

Para ellos, la farmacodependencia como fenómeno (económico, político, cultural, de salud), es un indicador más de las insuficiencias, deficiencias y limitaciones de las estructuras sociales de los países en América Latina. Dicha farmacodependencia, como fenómeno social urbano, la conciben ligada a aspectos estructurales en nuestra sociedad, en los cuales el tráfico y consumo de drogas son instancias del mismo fenómeno.

De todo lo anterior los autores desprenden que para el logro de una adecuada y efectiva rehabilitación y reinserción social de los farmacodependientes, se deben generar centros de tratamiento y rehabilitación que deberán atender aspectos emocionales, educacionales y laborales. Se desprende además que dicho tratamiento, rehabilitación y reinserción social debe ser considerado como un todo, es decir un proceso médico, psicológico y social, cuyo objeto fundamental será inducir al consumidor de drogas a la transición hacia un estado en el cual no consuma drogas perfilándose a la búsqueda de formas de vida sanas y satisfactorias.

Se tiene en cuenta que la sola desintoxicación no basta, y que un tratamiento sin rehabilitación, que es principalmente reinserción social, tiene una efectividad limitada y esta condenada al fracaso en la mayoría de los casos. Pues las condiciones sociales y la actitud de la mayoría de la población respecto del problema, permanece invariable en contra de estos sujetos. En otras palabras, existe un cambio de estructura de pensamiento que permita a la ciudadanía actuar favorablemente en este proceso.

El tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social del programa establecido en Venezuela, constituye un conjunto de medidas encaminadas a lograr para el consumidor de drogas, una existencia libre de drogas y restablecerlos en la sociedad. El tratamiento esta orientado a tratar las consecuencias, fisiológicas, psicológicas y sociales que plantea el consumo de drogas.

En el proceso de planificación del tratamiento se tiene presente, tanto en la rehabilitación como en la reinserción social, el respeto a la condición humana de la persona y sus derechos, por lo que no es educativo el empleo de términos estigmatizantes y peyorativos para referirse al consumidor o al dependiente de las drogas (drogadicto, drogómano, toxicómano etc.).

Los autores también señalan que es necesario afirmar sobre la complejidad de un tratamiento único para todos los afectados por el problema, por interferir tanto el modo como la intensidad del consumo, y principalmente la propia historia personal de cada sujeto. Además indican que algunos modelos de atención y rehabilitación se interesan y se obstinan en mantener el estigma sobre el consumidor y el mito del tratamiento y la rehabilitación, al intentar generalizar sobre el beneficio para todos los farmacodependientes con su modelo "mágico".

Para el caso del programa del modelo geopolítico-estructura, los objetivos principales del tratamiento y la rehabilitación son: a) lograr un estado de abstinencia, b) reducir, controlar y supervisar el uso de drogas por la persona consumidora con el objeto de facilitar su rehabilitación, c) lograr una reducción general de uso y abuso de drogas y de las actividades ilícitas concomitantes, d) tomar medidas de tratamiento para los consumidores. Dentro de estas medidas se pretende intervenir en situaciones de crisis, así como desintoxicación o eliminación gradual de la droga. Además de otorgar tratamiento psicológico, sea conductual o psicoanalítico que puedan dar apoyo a personas que pretendan dejar el consumo de drogas. Siempre acompañado por el tratamiento médico farmacológico necesario en para los casos de extrema crisis de abstinencia.

También se implantan programas para mejorar la formación académica y desarrollar las aptitudes. Además de proporcionar enfoques sociales de apoyo, como el caso de programas familiares, centros de transición institucional, residencias protegidas, centros de acogida y enfoques profesionales de apoyo para el caso de colocación laboral y trabajo comunitario. Así mismo se considera dentro de este proyecto las comunidades terapéuticas

modificadas, siendo esta forma de tratamiento la más conocida e implantada en Venezuela, en donde la persona sea la principal responsable de su recuperación. Los miembros de la comunidad terapéutica ayudan y apoyan a la persona para su recuperación. Requieren de personal profesional especializado y de la participación de exfarmacodependientes, que actúan como modelo y brindan pruebas de que se puede superar el consumo de drogas. La filosofía correctora y rehabilitadora de estas instituciones se basa en que a través de la confrontación con la realidad, la presión social, el ejemplo, el compartir, la solidaridad humana, la autoayuda, la cultura terapéutica, premios y castigos, reconocimientos y privilegios se puede superar el consumo de drogas.

Por último los autores señalan que los programas de tratamiento rehabilitación y reinserción social, no pueden estar desvinculados de otros programas de seguridad y bienestar social; ni de una concepción estructural del fenómeno del tráfico y consumo de drogas. También señalan que los programas tienen que ir más allá del farmacodependiente y su familia. Deben incorporar activamente a la comunidad y a la sociedad en su caso. El logro de los objetivos y efectividad dependerán de la entera acción y de la cooperación también de las instituciones del Estado. Además de que el personal idóneo para asumir las tareas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social tiene que ser modelo de sensibilidad social, honestidad y de proyecto de vida, en contraposición con el proyecto de autodestrucción, que mantiene el farmacodependiente.

En los reportes presentados por el CONADIC respecto a modelos de tratamiento a pacientes farmacodependientes en forma particular o instituciones privadas señalan que los niveles de éxito por lo regular oscilan entre el 40 y el 70 por ciento. Sin embargo las dificultades metodológicas tanto para su evaluación como para la réplica del procedimiento terapéutico, limitan su aplicabilidad. Esto permitió al Dr. Arturo Ortiz C (1992), señalar que existen criterios que tienen que ser considerados para el diseño y la puesta en marcha de un plan de tratamiento para adicciones, entre ellos se encuentran los siguientes: 1) Establecer que no hay una modalidad de tratamiento único al que pueda adjudicarse una alta eficiencia o un elevado nivel de éxito en los casos de dependencia a

sustancias químicas. 2) También señala que una combinación de modalidades ofrece más probabilidades de éxito terapéutico. 3) Las modalidades de tratamiento señalan que debe ser confeccionadas para las necesidades particulares del individuo, tomando en cuenta sus problemas específicos, su historia de desarrollo, así como de uso a las sustancias, además de los resultados en los intentos de tratamiento previo. También hay que considerar los recursos humanos disponibles para la aplicación del tratamiento, así como los recursos materiales y económicos con que cuenta la institución y el paciente para el tratamiento. 4) Además señala que actualmente existen diversos profesionales que emplean varios enfoques en tratamientos. Estos, proveen tratamientos, numerosos grupos de no profesionales, exadictos, voluntarios, etc. Dentro de estos el autor señala que el psicólogo tiene un papel central en la evaluación de la personalidad del paciente y junto con un diagnóstico médico, tiene que determinar las medidas de manejo psicológico. Medidas que se deberán tomar en caso de complicaciones físicas y psíquicas, como la desintoxicación y en su caso la canalización a otras instituciones. 5) Indica que un requisito para cualquier plan de tratamiento psicológico es la desintoxicación del paciente. 6) Considerar que en la presencia de psicopatología o problemas de la personalidad asociados al consumo o sustancias, requiere de la atención de un psicólogo con formación como terapeuta en especial cuando hay patología de tipo antisocial y esquizofrenias. 7) Para sujetos desempleados o marginales, con problemas legales, se requiere también la rehabilitación vocacional y social. El autor señala que la meta es reintegrarlos a la familia, la comunidad o el ambiente laboral.

Gemma Baulenas (1994), señaló que en España los programas asistenciales tenían como objetivo fundamental lograr el cambio de la persona que se definía dependiente del consumo de drogas, para lograr la superación de esta adicción, hasta lograr una recuperación global de la misma, manteniendo así un estado de abstinencia absoluta, abandonando el consumo de cualquier sustancia adictiva.

Señala la propia autora, que el proceso para un programa de desintoxicación debe considerar entre otros, el reconocimiento por parte del afectado de una situación de

adicción, así como la voluntad en iniciar un tratamiento y en la consecución del objetivo final, la abstinencia. Aceptación del seguimiento de las diversas etapas pautadas y de las condiciones de las exigencias propias de cada una de las fases. Inicio de tratamiento mediante una valoración global de cada situación completa. Diseño del programa de tratamiento que se inicia con la desintoxicación, sea hospitalaria o ambulatoria, seguido de un proceso de deshabitación para progresivamente llegar a una reinserción familiar, laboral y social libre ya de la adicción de las drogas.

Para el caso de la sociedad española. Baulenas (op. Cit. 1994), hace mención que no es fácil discriminar y diferenciar los diversos modelos asistenciales, puesto que la discusión de modelos de intervención, con las bases teóricas subyacentes que propician unos y otros modelos de desarrollo del trabajo asistencial, no han sido prioritarios en el momento de decidir la creación de unos u otros centros.

Señala además que tanto la urgencia para dar respuesta a la demanda existente, como la percepción de la necesidad de crear recursos para atender el problema. Situación que en si mismo ha dificultado la reflexión y elección de los modelos terapéuticos que podían responder a esta problemática, para poner el acento en hacer, más que en el cómo hacer. Se puede observar cómo la justificación de la intervención está más centrada en las características que deriva del síntoma – la adicción a drogas – que de la posición que el profesional adopta como instrumento y método para hacer frente al problema. De esta manera, se ha construido un modelo de intervención que asume características como:

- a) Parten de la concepción del fenómeno a las drogas como un hecho multifactorial, influido con un conjunto complejo de elementos interactuantes. Es por ello, por lo que dicho fenómeno no puede ser asumido por una sola disciplina profesional, puesto que solo podría intervenir en una parte del problema y no en su globalidad.*
- B) Esto justifica una intervención específica en centros para y por toxicómanos, donde puede crearse una organización multidisciplinaria que puedan abordar las distintas partes que conforman la globalidad.*
- C). Puesto que el proceso de recuperación es un proceso de larga evolución en el tiempo y requiere la utilización de diferentes recursos específicos, resulta necesaria*

la coordinación entre los diferentes profesionales y los distintos niveles de intervención para lograr una coherencia en el proceso de recuperación.

En este sentido los tres constructos que definen las características del modelo de intervención en España son: tratamiento global, interdisciplinario y coordinación de ambos.

Por otro lado, G. Rodríguez Cabrero en 1988, (cit. Iñaki Markez, 1994), señala como modelos teóricos: El modelo psicosocial, en donde el enfoque parte de una concepción de la drogodependencia en que la dialéctica individuo – sociedad constituye el eje definitorio de la problemática social real en que tienen lugar los procesos de consumo y recuperación y donde los procesos de integración social forman el objetivo primordial de todo proceso recuperador. Tal enfoque define el problema de la farmacodependencia desde una explicación sociológica, en la que el individuo es un elemento activo más junto a la sustancia droga y el entorno social. Del encuentro entre los tres elementos individuo – sustancia – contexto social en un momento dado y en unas condiciones favorables se produce la instauración del proceso adictivo.

Por ello, la sociedad es el lugar donde se origina el problema y en dónde se puede encontrar la solución. En consecuencia rechaza medidas medicalistas como formas de intervención y plantea, medidas de normalización, esto es, cambios personales y cambios sociales que permitan la integración. Situación en la que la participación del psicólogo, a través de su práctica, resulta primordial.

También se da importancia a la familia en el proceso terapéutico para afianzar el compromiso familiar en la recuperación y lograr una convivencia familiar no conflictual, entendiendo el espacio familiar como el primer lugar de resocialización.

El objetivo final de todo el proceso de recuperación es la construcción de un nuevo estilo de vida y la relación personal. El individuo tiene en todo el proceso del tratamiento un lugar activo y central.

El modelo psicodinámico parte de la psicología dinámica como un instrumento al servicio de la reconstrucción y maduración de la persona drogodependiente (farmacodependiente). La concepción respecto a la instauración de una adicción a las drogas se entiende desde la perspectiva del drogodependiente como un sujeto cuya identidad se ha roto por causa de la perversión del fetiche de la droga. La represión profunda que la droga origina en la estructura de identidad del individuo es un problema que afecta a los niveles profundos de la comunicación e identidad.

El objetivo del proceso de recuperación consiste en la "realización simbólica" del individuo, de forma que lo que se pretende es arreglar, modificar la pura realidad, pero no reemplazándola por una realidad más suave y más soportable, sino más limitada y más legislada. El enfoque está centrado en el individuo y mediante la relación terapéutica se pretende sustituir la regresión (negación de la realidad) por la madurez (afirmación tolerable de la realidad). Son sus compromisos asumidos libremente los que le permiten ir avanzando en su proceso de recuperación.

La realidad social, negada por el individuo, se recrea mediante la palabra, el lenguaje, y aparece progresivamente como un principio de realidad tolerable. Este es el principio básico de la recuperación y de la integración social.

El modelo relacional se concibe desde una visión sistemática – relacional, en donde la farmacodependencia se explica como una desajuste emocional en el sistema humano y particularmente en el grupo familiar en cuanto subsistema humano, vinculado al mundo social y cultural.

Se define a la familia como un sistema interactivo básico en la sociedad con reglas definidas de homeostasis. A lo largo del ciclo vital que vive cualquier familia se produce cambios y crisis, que si no son superadas puede dar lugar a organizaciones disfuncionales, causa primaria de desajustes en los procesos de crecimiento y autonomización de sus miembros. El enfoque relacional considera prioritario el aspecto de la disfuncionalidad del modelo familiar con respecto a la especificidad del sistema drogodependiente.

Todo ello conduce a que la intervención prescinda el hábito o adicción a las drogas, y se centre en las características del sistema, en la estructura de la familia y en sus redes internas de orden, jerarquía y reciprocidad

El trabajo terapéutico se centra en un trabajo con las familias y con todos sus miembros para hallar un modo de restablecer un orden funcional que permita la superación de estadios críticos, sin necesidad de un sintoma que aminore o paralice su crecimiento interno y sus ajustes adaptativos con el entorno social.

Una vez determinado los modelos teóricos que se pretenda aplicar, se desarrollan los programas de tratamiento así como los recursos disponibles de tal forma que se configura una organización de red asistencial mediante centros de tratamiento ambulatorio u hospitalario.

Los programas de tratamiento de dichos centros se inician con la demanda de la persona que se define como un problema de adicción a las drogas y desea entrar en un programa de tratamiento. Valorada y confrontada esta primera demanda sé, establece una serie de programas sucesivos como son: programas de preparación al tratamiento y diagnóstico. Su objetivo es valorar las distintas circunstancias que presenta el demandante y su motivación para iniciar un tratamiento. También se trata de informar y preparar a la persona demandante del proceso que va a iniciar y de situar sus expectativas. Paralelamente a este trabajo de relación psicoterapéutico, se inicia una exploración diagnóstica en varias direcciones: se exploran los hábitos adictivos respecto a la

substancia que motiva la demanda; hábitos en el consumo de otras sustancias; formas de conducta (personal y social) previas a la instauración de la farmacodependencia. Complicaciones asociadas a la etapa adictiva, son de orden físico, familiar, social y legal.

Otro programa que es considerado es el de desintoxicación, en donde, una vez realizado el diagnóstico y asumido un compromiso de tratamiento se inicia la desintoxicación con o sin medicación. En esta fase no intervienen familiares ni amistades, se realiza una pauta farmacológica decreciente con una duración de quince días. Cuando la desintoxicación se hace a nivel ambulatorio, la familia tiene responsabilidad en el tratamiento. El centro manifiesta en este periodo una relación estrecha tanto con la familia como con el farmacodependiente, con el fin de ayudar y controlar el proceso.

Por último, el modelo propone un programa de deshabitación, en esta fase se considera que conseguida la desintoxicación se plantea programas cuyo objetivo principal es conseguir el mantenimiento de la abstinencia.

El Dr. Cabrero comenta que estos subprogramas variarán de acuerdo a las características de cada sujeto y los resultados extraídos del diagnóstico realizado, se puede determinar el tipo de recurso que mejor ayudara a la consecución de dicho programa.

Para la Doctora Elena Trejo Flores (1992) con el fin de ubicar los modelos de intervención en nuestro país, señala a manera de bosquejo que la farmacodependencia en México en la forma en la que la conocemos hoy en día, es decir, como problemática social, se ubica en los inicios de la década de los sesentas, época en la que se manifestaron diversas maneras y estilos de vida, modas, lenguaje y con ello también el consumo de drogas denominadas ilícitas.

Puntualiza que el uso de sustancias tóxicas se convierte en un problema de salud pública al final de la década de los setentas, ya que se afectó a los sectores de la población adolescente con una clara tendencia al incremento en el uso. Señala como respuesta a

esta situación, que en este periodo se diseñan los primeros modelos de tratamiento para la farmacodependencia. Argumenta que se contaba básicamente con dos modalidades de tratamiento en nuestro país a nivel institucional. Por una parte el instaurado por los centros de integración juvenil bajo un esquema de atención profesional que incluye la asistencia de un equipo constituido por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Por otro lado, el modelo de grupos de autoayuda configurado sobre todo, con base a la experiencia de Alcohólicos Anónimos (AA), que se sustenta en principios de ayuda mutua entre varios adictos y que buscan aumentar la autoestima del paciente a través de hacerlo útil par otros y de fortalecer la resistencia ante el impulso a consumir, mediante la disuasión moral y la presión del grupo.

En la década de los ochentas, ante el aumento del consumo de drogas, la autora establece que se desarrollan nuevos esquemas de tratamiento, alguno de ellos se basan en las experiencias de modelos empleados en el extranjero, lo cual dio lugar al surgimiento de nuevas agrupaciones tanto para la prevención como para la atención. Considera que el tratamiento ofrece una alternativa para la reducción o en algunos casos la eliminación del nivel del consumo de sustancias tóxicas. Esto significa que no en todos los casos el tratamiento de la adicción tiene como meta la eliminación del consumo, sino que puede fijarse el objetivo de llegar a un grado de uso que no interfiera con las actividades cotidianas del sujeto, como su trabajo, su vida familiar, vida social, etc.

También señala la Dra. Trejo que entre los retos que enfrentan los diferentes esquemas de tratamiento contra la farmacodependencia se encuentran: Mejorar la calidad de la prestación del servicio. Identificar las modalidades de tratamiento que den mejor resultado con un tipo específico de adicción. Aumentar la tasa de recuperación. Lograr que los efectos de tratamiento sean de largo plazo. Identificar las variables que funcionen y sean relevantes para afectar el cambio de la conducta del individuo.

La propia autora señala que la experiencia obtenida en los diferentes enfoques de tratamiento indica que una de las claves para el éxito en la rehabilitación de un

farmacodependiente se basa en ofrecerle alternativas atractivas que le persuada de abandonar el uso de sustancias. Se hace un énfasis cada vez mayor en esto, ya que no se trata de retirar al usuario del entorno social, ni de fabricarle una familia, sino que a través de ofrecimiento de esas alternativas, él mismo pueda ir construyendo su futuro de acuerdo con sus aptitudes y condición socioeconómica. Esto contrasta con otros esquemas en donde el adicto es separado de su medio y llevado a otro donde se aísla de su situación de vida real, en cuyo caso se da a la familia un mensaje falso de que el usuario es el único que tiene problema.

También se han desarrollado otros modelos de tratamiento, entre los que se pueden señalar los que han diseñado los sistemas abiertos de atención. En ellos, la atención se brinda a partir de que el paciente acepta de manera voluntaria participar en un programa de tratamiento. Funciona sólo en horas hábiles y el paciente prácticamente vive en su medio natural. Se otorga psicoterapia individual, familiar y grupal, la que puede reforzarse mediante la participación de grupos de autoayuda. En los casos que se requiera de una valoración hospitalaria se emplean mecanismos de referencia.

También existen las comunidades terapéuticas; en este enfoque el paciente es aislado de su familia durante un periodo de tiempo variable que por lo general puede ser hasta de seis meses. Con un reducido personal terapéutico y el apoyo de exadictos, se proporciona el soporte emocional a los residentes para que aprendan a vivir independientemente y con un sentido de responsabilidad y organización, ya que hay una participación activa en el rol de las labores internas de la comunidad.

También se encuentra el tratamiento residencial el cual se basa en un tratamiento psicoterapéutico, eventualmente apoyado también con los doce pasos de Doble AA. Su meta es lograr la conciencia del problema, desarrollar habilidades para enfrentarlo y adquirir una responsabilidad. El paciente en una primera etapa permanece aislado de su medio y posteriormente continúa en el tratamiento en forma ambulatoria en ese momento es cuando la familia participa en una forma más directa.

Intervención basada en internamiento hospitalario. Permite ofrecerle al paciente tratamientos farmacológicos que requieren de la vigilancia de un equipo de salud. Por lo general se recurre a este enfoque a los pacientes psicóticos, por la facilidad de manejo. Dependiendo de la severidad del caso podrán ser manejados posteriormente ya sea en una comunidad terapéutica o en un sistema abierto de atención.

Otro modelo de tratamiento que ha surgido de la necesidad expresa del farmacodependiente es el denominado "hospital de día", este se ha diseñado para proporcionar al paciente un sostén de atención durante el día, al término regresa a su domicilio. Participa junto con el equipo de salud en actividades de terapia ocupacional, dinámicas grupales que le van llevando a tomar conciencia de su futuro y de las responsabilidades que tiene como persona. Esto se hace bajo la tutela de sus terapeutas, dado que emocionalmente no se encuentra preparado aún par asumir esas responsabilidades.

Otro modelo de intervención, dentro de los programas de tratamiento para farmacodependientes es el denominado "Casas de medio camino", esta alternativa consiste en proporcionar hogares de transición a los adictos. En ellos viven cuando vuelven a hacer una vida social, buscar trabajo o reanudar la educación. En estos hogares los residentes asumen la responsabilidad de sus propias vidas; preparan sus alimentos, se encargan de la limpieza y se hacen cargo de administrar su propio dinero. Pueden ser visitados por su familia o, en su caso de que ésta haya sido agresiva, se puede buscar que el paciente se independice de ella. Los habitantes de estas casas, laboran con el personal reducido y exactos que proporciona el apoyo par que los pacientes hagan frente a la tensión que se deriva de aprender a vivir de forma independiente.

Arturo Ortiz C. (op. Cit. 1992) hace énfasis en que actualmente las modalidades de tratamiento existentes para las adicciones incluyen: Métodos psicosociales en los cuales consideran la psicoterapia individual, familiar, de pareja, terapias basadas en la

modificación de la conducta ante una contingencia, condicionamiento aversivo, técnica de relajamiento, entre otras.

También considera a las socioterapias, éstas incluyen varias modalidades de terapéuticas y otros programas basados en el internamiento del paciente en un medio ambiente propicio para su tratamiento.

Otro tratamiento consiste en los grupos de auto ayuda, entre éstos se incluyen Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, etc.

También señala diversos programas terapéuticos, ocupacionales, así como otros guiados por la inspiración derivada de experiencias personales. Muchos de estos son apoyados por instituciones de tipo gubernamental, organizaciones religiosas, grupos comunitarios y voluntarios.

El autor señala que la experiencia con farmacodependientes ha permitido mostrar que la psicoterapia a mostrado ser un instrumento efectivo para los usuarios de sustancias adictivas, aunque habitualmente en los casos de adicción requiere de ser combinada con farmacoterapia. Las terapias de tipo breve han sido empleadas con éxito en estos casos, de la misma manera que las cognitivo-conductuales y las que se orientan a la expresión de las emociones.

Hay evidencia, así mismo, de que las terapias de orientación psicodinámica son de gran utilidad. Estas últimas tienen la ventaja de que se sustentan en un marco conceptual que permite la comprensión más profunda de la personalidad de los pacientes. Las psicoterapias grupales también han sido empleadas en los casos de adicción a sustancias.

En un análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema de las adicciones Guillermina Natera R: (1994), realiza una interesante propuesta de intervención al problema de la farmacodependencia, en ella hace notar que el "enfrentar"

concepto que se refiere a la gama de respuestas que los miembros de la familia reportan utilizar a consecuencia de estar en contacto cercano o de ser afectados por la forma excesiva de beber o de usar drogas por un elemento de la familia. El término significa una búsqueda para comprender los problemas de la adicción al alcohol y las drogas en la familia, y para encontrar los medios requeridos para que las entidades de atención primaria de salud tengan la capacidad de detectarlos y responder a ellos.

El concepto de enfrentar abarca acciones y también reacciones de tipo cognoscitivo y emocional. Este enfoque supone que al enfrentar el problema, los miembros de la familia están respondiendo a una tensión no producida por ellos mismos. Sin embargo, reconoce que algunas formas de enfrentar no sólo pueden no ser adaptativas, ni conductuales al bienestar del individuo que enfrenta, sino que incluso pueden desempeñar un papel contraproducente al mantener el uso excesivo de drogas.

El concepto de enfrentar constituye una variable de nivel individual; en primer lugar, su evaluación es en individuos y, además, las conclusiones se derivarán de las formas como esos miembros individuales de las familias enfrenten el problema.

La propia autora señala algunas de las dimensiones principales de las formas de enfrentar usadas por las esposas y los hijos de los consumidores problema; emocional (discutir, rogar, etc.). Tolerante (encubrir, consumir drogas con el usuario, etc.). Controladora (buscar la bebida o droga del usuario, tratar de interferir con su abastecimiento, etc.). Evitadora (aislarse, no hablar, etc.). Inactiva (mostrar indecisión, preocupación constantes sin acción). Confrontativa (explicar los propios sentimientos, formular las propias expectativas) Apoyadora del usuario (mostrar disposición a hablar del tema con el usuario, alentar acciones positivas). Independiente (conservar o desarrollar nuevas relaciones, intereses, etc.).

Se hace evidente con las anteriores formas de enfrentar el problema, la relación con conceptos de emoción y de estrés, mismos que son abordados por la misma autora

considerando los postulados de Lazarus (1900) y Seyle(1936). Sobre todo al identificar que "enfrentar" es un proceso adaptativo para momentos específicos de la vida del individuo. Este proceso depende de las características de personalidad, las demandas del papel que desempeña, la valoración cognoscitiva, las preferencias y las prácticas culturales de cada sujeto. Para Marsella y Dash-Schewer, la función de las conductas de enfrentar no es la simple adaptación sino la búsqueda del crecimiento, el dominio y la diferenciación del ser humano, desafortunadamente el trabajo de la Dra. Guillermina Natera, no ha presentado aun reportes que permita evaluar la estrategia de intervención de "enfrentar".

Por otro lado, también en el viejo continente Miguel Angel Materazzi (1987) estableció un enfoque comunitario para la farmacodependencia. El autor parte de la reflexión de que ilusionarse e ilusionar a los demás consiste en presuponer en el conocimiento algo como si fuese bien conocido y tolerado como tal. Parte de esta concepción para abordar al paciente farmacodependiente y se fundamenta en un esquema conceptual referencial operativo del hombre concreto en crisis que en este caso en especial es el propio farmacodependiente. Estos sujetos señala el propio autor presentan una gran inestabilidad emocional y padecen de reacciones afectivas disarmonicas dadas por la intensidad y calidad de las situaciones que vivencian en relación con su incapacidad para soportar las frustraciones. Son personas con marcadas inhibiciones por lo que se enfrentan en desventaja frente a dichas frustraciones, pues no pueden externalizar su agresión ante el fracaso configurándose una estructura compleja que se caracteriza por fatiga e inquietud, abulia, astenia y desinterés por la solución a algún problema, o por el desinterés a la búsqueda de una vía de canalización a su problemática. El autor señala que estos sujetos encuentran en la droga "alivio" a las tensiones, "vuela" con su imaginación, exalta su hedonismo y neutraliza sus miedos. Luego de un lapso pierde el impulso vital para desplegar su proyecto existencial y sus refugios son las drogas.

Materazzi aborda el problema de la drogodependencia (farmacodependencia) estableciendo la importancia de considerar al ser humano en la sociedad en un ámbito

"de concreción" considerándolo " abstracto " como parte del todo para tratar de entenderlo y de definirlo por sí mismo. Entiende lo concreto como síntesis de lo múltiple o la unidad de lo diverso. Esto para ubicar al ser humano en sociedad como ente abstracto y no concreto sumergido en un contexto histórico social determinado en donde esta sujeto, las practique o no, a múltiples actividades que obran sobre de él; por lo cual, no se puede intentar comprenderlo solamente a través de una sola implicancia. En otras palabras el autor considera al farmacodependiente como un ser social el cual tendrá que aprender a resocializarse sin el uso de drogas. Para tal efecto propone un programa comunitario derivado de la conceptualización de la psicología y la psiquiatría concreta, a la que concibe como un enfoque científico para comprender las conductas patológicas. Dicho enfoque lo entiende como un cuerpo de hipótesis e intentos de conceptualización del fenómeno. Estas hipótesis son: A) policausalidad genética (factores genéticos, vivencias infantiles, vivencias de adolescente, factor desencadenante). B) expresión fenoménica. C) movilidad de las estructuras. D) lo fenotípico y genotípico. Para el autor es necesario comprender las conductas patológicas y tratar de aproximarse con una actitud crítica a los conceptos de salud enfermedad, mediante el intento del conocimiento del hombre concreto. Con todos estos elementos identifica al grupo comunitario, definiéndolo como un conjunto de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio articuladas por su mutua representación interna que proponen implícita o explícitamente una tarea, la que constituye su finalidad. El tratamiento y la rehabilitación del paciente farmacodependiente consisten en la convivencia armónica, coherente, equilibrada y productiva en la comunidad en la cual debe vivir durante un tiempo determinado para intentar su asistencia en el periodo agudo, y su posterior resocialización tratando de esclarecer su inserción en el proceso de cambio.

La tarea del grupo de socialización del participante al que se le abastece de una estructura basamental adecuada a un ser " en situación " para intentar lograr una adaptación activa a su entorno, en donde se modifica él y lo modifica, en constante realimentación; de esta manera actúa como agente de cambio sin someterse a las influencias del medio que intenta cosificarlo.

En el desarrollo del programa se hace hincapié en la rehabilitación activa estableciendo cierto grado de permisibilidad y el diálogo como esencia del aprendizaje y práctica de la libertad. Trata de mostrar al paciente que tiene al opresor introyectado como un oprimido que se forma en el amor a la muerte, por lo que debe encontrar en su lucha el camino al amor a la vida. Para reconstruirse es importante que vaya más allá del estado de "cosa", esto último precisamente por que ha sido cosificado en la relación de opresión en que se encuentra destruido. Es decir no puede enfrentarse a la lucha como objeto para luego mutarse en hombre. Esta exigencia es básica; poder transitar desde este estado de autodestrucción al estado de hombre en el que se reconstruye y que no se efectúe posteriormente. La lucha por esta reconstrucción comienza en el autoreconocimiento del hombre "abstracto destruido".

La propuesta de comunidad terapéutica intenta guiar al paciente a un medio terapéutico, donde todos los recursos del servicio (equipo y pacientes) se co-implican para llevar adelante el tratamiento y la rehabilitación.

Para tal efecto se reconoce que existen rasgos comunes en los distintos enfoques de tratamiento comunitario: a) plena libertad de comunicación en todas las direcciones y los distintos niveles. B) lo acaecido en la comunidad está sujeto a una lectura en términos de dinámica grupal y especialmente interpersonal. C) concepto de horizontalidad conduciendo a la subdivisión en el poder de la decisión, misma que posibilita el que sea captado y valorado la oportunidad de reaprendizaje social, ya sea espontánea o estructurada por el servicio al propio grupo. Así como la posibilidad de reuniones con todos los miembros de la comunidad para solventar las situaciones de temor y angustia que se estructuran en la abstinencia.

Los principales instrumentos de la técnica operativa en la comunidad son: 1) la asamblea comunitaria y los grupos de actividad de libre expresión en diferentes actividades, como dibujo pintura, cerámica, lectura debatida, etc. 2) comisiones generadas en el interior del

propio grupo como el caso de; deportes actividades recreativas, etc. 3) De fundamental importancia son los enfoques terapéuticos: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo familiar y psicoterapia grupal programada y gabinete de psicodiagnóstico. Así como grupo de madres y el grupo de liberación de farmacodependientes. Por último se considera la participación de un especialista en toxicología.

Al ingresar un paciente se le propone un contrato en donde figura como base la no ingestión de anfetaminas, marihuana, o inyectarse alguna sustancia no permitida, en síntesis corte abrupto con todo tipo de droga. Para quien transgrede las cláusulas se opta por su exclusión de la comunidad, previo consenso de la misma.

Al describir el autor la técnica operativa señala que la asamblea comunitaria es una reunión regular en donde están presentes todos los integrantes y tiende a romper el esquema terapeuta paciente o terapeuta grupo, ya que si bien se utiliza la comprensión psicodinámica, se ve la tarea como el sentido del grupo y la mutua representación interna hecha en relación con la tarea constituye al grupo como tal. La tarea es la marcha del grupo comunitario hacia su objetivo; es un hacerse y un hacer dialéctico hacia una finalidad; es una praxis y una trayectoria.

El desarrollo de la Asamblea comprendería los siguientes momentos A) presentación de nuevos integrantes no solo formal, sino también los comentarios sobre la confrontación de la autoimagen del paciente con la que se tiene la comunidad. B) discusión de temas libres. C) discusión de permisos de salida, altas o derivaciones de otros servicios. D) los observadores propician información sobre los señalamientos de cada paciente. E) los grupos de actividad (lectura diaria, grupos de liberación, adictos en vía de rehabilitación que tienen como objeto primordial la abstinencia de por vida para poder ser y asumirse como asistente social, en grupos de recreación y otros).

En la dinámica del equipo terapéutico se señalan reuniones de control de todo el equipo terapéutico de manera periódica, señalándose la formación y capacitación constante de

auxiliares y voluntarios para la ejecución de planes de prevención primaria en distintas instituciones y organismos. Para Materazzi quedan en este sentido tres períodos claramente definidos con este tipo de procedimiento terapéutico hacia el farmacodependiente; la desintoxicación, integración y resocialización.

Para Laurie Peter (1994) la cura de los toxicómanos o farmacodependientes implica dos problemas fundamentales, uno físico y otro psicológico y social. Establece que el primero solo surge con las drogas que realmente producen toxicomanías o adicción, como las sustancias derivadas de los opiáceos y los barbitúricos o en todo caso de la cocaína, que dan lugar a alteraciones y a dependencias somáticas.

Señala que a pesar de que una de las "curas" o tratamiento de las toxicomanías es la de cortar de tajo el suministro de drogas, y dejar que el drogadicto o farmacodependiente luche con el síndrome de abstinencia, se ha considerado brutal en el ámbito médico. Aún y cuando este método es rápido según el autor y tiene la ventaja de que el farmacodependiente se encuentra débil y molesto par poder escapar antes de haber superado casi totalmente su dependencia física. Los sistemas de privación gradual de la droga, según el propio autor varían de acuerdo con la institución y el médico que los administre y se subdividen según se emplee incluyendo otro tipo de drogas sustitutas.

En el ambiente médico señala Peter Laurie se ha generado gran controversia en torno a las "curas" o tratamientos con otras drogas o drogas sustitutas, es decir drogas que pueden sustituir a otras drogas sin producir una nueva toxicomanía como el caso de la heroína para sustituir la morfina, o el caso de la metadona. Cualquiera que sea el tratamiento para reducir la crisis abstinencial se establece que no hay necesidad de que el farmacodependiente sienta más molestias de las necesarias.

Al analizar el modelo médico respecto al tratamiento de este tipo de situaciones señala que cualquier toxicómano que realmente quiera o que pueda ser privado de la droga bajo vigilancia extrema durante diez días conseguirá recuperar su estado metabólico normal.

Devolverle las condiciones físicas razonables puede suponer tres meses de descanso, ejercicio, actividades recreativas dirigidas y buena comida. Sin embargo, señala que aquí el modelo médico ha llegado a su límite porque no ha empezado a atacar siquiera el verdadero problema de la dependencia de las drogas, ya que considera que el que una persona llegue a depender de las drogas es el resultado final de años o meses de presiones perjudiciales, tal vez carente de confianza en sí mismo y sin creer en su propia identidad, sin gozar de satisfacciones comunes y si en cambio de satisfacciones de placer que le provocan las propias drogas.

No obstante Peter Laurie en su trabajo presenta una contradicción ya que señala que uno de los métodos o modelos de tratamiento que han sido subestimados es precisamente el tratamiento coercitivo al que le augura gran éxito por lo resultados demostrados con toxicómanos que acudieron al Centro Americano Synannon que trata la toxicómana desde 1958 con el empleo de los doce pasos de alcohólicos anónimos.

En dicho centro si un toxicómano desea incorporarse tiene que sufrir primero la crisis de abstinencia como prueba de buena fe. Se le pide luego que viva en comunidad durante un mínimo de dos años. Se otorgan seminarios en los que los miembros se reúnen en grupos de ocho o diez durante hora y media tres veces por semana. Allí se someten los unos a los otros a la crítica más feroz e implacable, a la burla y al ridículo. Se sigue un sistema de rotación, de manera que todos los individuos acaban por enfrentarse. Dado que uno de los problemas más característico del toxicómano es su incapacidad por soportar el menosprecio, este descubrimiento diario de que es posible ser criticado y, sin embargo, vivir en términos amistosos con el agresor se convierte en una lección saludable. Simultáneamente a esta experiencia catártica, se ofrece a los miembros un marco social positivo que comprende profundamente sus problemas. Trabajan y reciben una cantidad para gastos menudos y además se les ofrece la posibilidad de ascender hasta formar parte del consejo administrativo. A las personas que no parecen sacar beneficio alguno de la comunidad terapéutica se les permite elegir entre ser expulsadas o someterse a un proceso llevado por sus compañeros.

Para Eduardo Vega Ocampo (1988) la definición de toxicomanía y de farmacodependencia hablan de un individuo que ya consumió un producto, o dicho de otro modo, que ya tiene el producto en su organismo. Las referencias al estado físico o psíquico resultan de este consumo del producto. La dependencia psíquica es dependencia de la droga durante su consumo y no después. En este sentido en la definición de toxicomanía se perfila una sanción moral; en la farmacodependencia, en cambio observamos neutralidad. Ninguna de las dos definiciones toma en cuenta la situación del sujeto antes de la utilización del producto, en ambas los límites de la categoría periódica son imprecisas. En la definición de la toxicomanía están presentes los términos necesidad y deseo, términos que aparecen en la definición de farmacodependencia a favor del de pulsión.

La definición de hábito plantea el problema del sujeto y su deseo; en este caso podría hablarse más comodamente de una relación sujeto más droga, mientras que la definición de toxicomanía deja traslucir la relación droga más sujeto.

Para Vera Ocampo el abuso de medicamentos implica en su definición una concepción de desviación de lo objetivo, hay un consumidor que hace uso del medicamento que las normas médicas consideran inaceptable. A partir de esta presunción aparece el individuo como actor. De modo que lo que impacta hoy todavía al médico – según el propio autor – que lee a Hipócrates, no es el descubrimiento de ésta o aquella etiología, sino la instauración de un método o discurso sobre esta enfermedad, discurso que permite constituir en hechos elementos que sin él se mantendrían como contingentes, no esenciales. En este sentido el discurso médico da lugar a ciertos hechos de este fenómeno impone cierta mirada del campo al que constituye. Así lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en determinado campo del saber sobre el fenómeno de las drogas. Sin duda la observación es un don, pero un don que adquiere al precio de la rigurosa observancia de las leyes que rigen el discurso.

Con esto el autor señala que lo que nos muestra el relato freudiano es que la " coca" es una droga que tiene una larga prehistoria antes de encontrar su lugar en la historia de la ciencia. En ese pasado científico " la coca" ya estaba inscrita en un discurso donde quienes la consumían no eran considerados toxicómanos sino protegidos por los dioses. Ante esta observación se precisa que lo sustancial del objeto y de sus facultades farmacodinámicas es lo que prioriza y privilegia el discurso médico, en detrimento de la otra vertiente del problema de la toxicomanía que es el acto de drogarse, en tanto hace referencia a las motivaciones personales e históricas del sujeto que se droga. Aquí el hecho de que haya droga, es más importante que el sujeto que se droga. Con ello, se perfila necesariamente un discurso y una forma para abordar el problema. Problema que será como lo hemos descrito aquí, con posiciones tanto biologistsas considerando ámbitos culturales, políticos, económicos.

No podría concluir el presente capítulo sin tomar en cuenta una posición generada en los últimos tiempos en materia de prevención o tratamiento a la farmacodependencia, como solución, como lo señala Manú Dornbierer (1992), todos los investigadores que han tratado el tema de las drogas, llegan a la conclusión de que la solución al problema será tarde o temprano la legalización de las drogas. Ya que autores de la talla de la antropóloga Margaret Mead, o del Premio Nobel de Economía; Milton Friedman, además de diversos historiadores de talla internacional, señalan a la legislación como una salida al fenómeno. Sobre todo, ante la estrategia y respuesta generada por el gobierno de Estados Unidos de Norteamérica, en su programa " guerra contra las drogas ", en donde prevalece fundamentalmente el carácter prohibicionista, basado en el uso del castigo y la penalización como solución a la propia situación.

Parafraseando al Dr. Friedman se señala que de no haber existido como estrategia un carácter prohibicionista al fenómeno de las drogas en la actualidad, por una lado no hubieran aparecido en circulación drogas letales como el caso del "crack". Además no se hubiera invadido al mercado con otras sustancias para sustituir a la cocaína. Por otro lado el autor hizo notar al gobierno de Estados Unidos; que no estaba equivocado en el fin

que perseguía, señalando que su error era no reconocer que en las mismas medidas que implantaba en la lucha contra las drogas, generaba y fortalecía otras luchas que estaban presentes pero ocultas. Señalo además que la estrategia prohibicionista, solo ocasiono que el precio de los estupefacientes y psicotrópicos elevarán su precio, y las sustancias presentadas fueran adulteradas con menor calidad, situación que ha provocado la muerte de millones de usuarios en la sobredosis de sustancias adulteradas. Sin olvidar que esta prohibición, también a generado mayor organización en las bandas criminales.

En la actualidad los farmacodependientes roban para pagar el costo de su adicción ilegal, los comerciantes al menudeo se combaten entre si por el control de las calles, los mercaderes al mayoreo forman grupos de protección, corrompen las policias, compran politicos, los exportadores compran aviones, arsenales y en algunos casos a paises. En pocas palabras para el Dr. Friedman la estrategia prohibicionista implementada por Estados Unidos, solo ha generado que la industria de la droga sea la base fundamental de la pequeña criminalidad a nivel mundial y de algunas formas más importantes de delincuencia. El propio autor señala que en paises como Holanda el gobierno ha rebasado el modelo restrictivo, aplicando un modelo social, psicológico y médico. Obteniendo beneficios en diversos sentidos, como el caso de bajos indices de mortalidad por abuso de drogas o sobredosis, propiciar problemas de SIDA, y sobre todo una alta criminalidad generada por este tipo de fenómeno. El propio autor señala enfáticamente que " legalizar el comercio de la droga presenta un riesgo ". "La prohibición, es mucho peor que un riesgo, es un fracaso demostrado, es un peligro".

Cabe señalar que la opinión del que suscribe el presente trabajo es que si bien la legalización a traído beneficios a paises desarrollados, con condiciones económico sociales muy por arriba de otros en vías de desarrollo, para otros paises como en América Latina e inclusive en la propia Europa, no ha traído los mismos resultados por lo que es importante plantear otra solución antes que la de deslegalizar la droga, como el caso de la prevención y el tratamiento a las adicciones, ya que las condiciones en si, de cada país, son totalmente diferentes.

En una interesante revisión, Dornbierer (op.cit), señala que en Estados Unidos los tratamientos para la atención a farmacodependientes que proporciona el gobierno se centran en cinco categorías las cuales son: A) programas de desintoxicación. Aplicados a pacientes internos que deseen limitarse a cortar su adicción física. B) Unidades de dependencia química con programas para internos. C) Clínicas de consulta externa que ofrecen consejo y apoyo a todos los que desean dejar las drogas mientras sigan desenvolviéndose en su comunidad. D) Programas con drogas alternativas, como el caso de metadona que tratan a los adictos a la heroína y administrándoles bajo prescripción médica supervisada. E) Comunidades residenciales terapéuticas. Señala que los adictos que acuden a tratamiento viven en diversos grupos de la sociedad, de preferencia con familias sólidas para brindar mayor apoyo al que se esta rehabilitando.

Después de describir en el presente trabajo diferentes proyectos o modelos terapéuticos que se otorgan a los sujetos que tienen problema de toxicomanía o farmacodependencia, podemos señalar que en la práctica institucional con concepciones de atención médico, psicológico, social y cultural sobre el propio fenómeno, se presentan algunos elementos comunes como son: El contrato, en donde las instituciones imponen un contrato a quienes requieren atención. Dicho documento puede ser escrito u oral, éste se refiere a las reglas básicas que deberá mantener el paciente. En dichas reglas prevalece; " nada de droga dentro y fuera de la institución " y " nada de violencia ". También se constituye una condición previa para toda cura la privación. En relación con este contrato tipo, destacamos el hecho que introduce el problema paradójico de la abstinencia. Paradójico en la medida en que se impone al paciente que se cura o al menos que deje de presentar su sintoma, como condición previa para iniciar al tratamiento. En este sentido abstinencia significa "conservar a distancia". Es interesante señalar que en todos los casos la abstinencia no se trata de perder al objeto (droga) sino de mantenerlo a distancia.

También se observa que existen los medios o modelos terapéuticos puestos en práctica para cada caso. Y estos dependerán tanto de la concepción global que se tenga del fenómeno de la farmacodependencia. Así como del sujeto que se droga.

También se distinguen las técnicas terapéuticas, las cuales se reagrupan en algunas actividades, como: técnicas corporales de relajación, masajes, yoga, actividades deportivas, etc. Así mismo se desarrollan actividades creadoras y se integran grupos de conversación. Además de psicoterapia individual, de grupo y familiar en donde el papel del psicólogo es de extrema importancia. Por ser este el profesional con mayor posibilidad de desarrollar una praxis que permita integrar al sujeto consigo mismo y con su realidad. Sin olvidar que será el psicólogo el que puede contribuir con el toxicómano para que éste, intente la transmutación del objeto de placer en objeto de necesidad, ya que cuando lo señala Vera Ocampo (op.cit.1988), un sujeto habla de su relación con la droga no deja de decirnos, al tiempo que no deja de drogarse, que para él, el objeto de placer se ha convertido en objeto de necesidad. Más aún, lo que trata de hacernos entender con su "no puedo obrar de otro modo", es que la condición para que pueda satisfacerse, la condición necesaria para su placer, es que el sujeto de placer ocupe su lugar entre los objetos de su necesidad.

También se señala que a partir de ese desplazamiento hacia el registro de la necesidad como condición previa al placer, pero también como aquello que lo impide, comienza a tejerse la lógica propia del toxicómano. Es la lógica de lo necesario, de lo obligado, donde incluso la transgresión a la ley parecería borrarse para el sujeto debido a ese "no puedo obrar de otro modo". Así es como el objeto droga, al convertirse en fuente exclusivo del placer para el toxicómano, aparece como lo que no puede fallar sin confrontar el sujeto con lo absoluto de la carencia.

En el capítulo anterior sobre identificación y clasificación de las drogas se comentó la idea de que había que considerar a la toxicómana no solamente en relación con el consumo de drogas sino con un tipo peculiar de vínculo que se establece entre el consumidor y la droga.

Así, todo intento de profundizar sobre la problemática de la farmacodependencia lleva en sí la necesidad de interrogarse sobre la calidad particular del vínculo que une a un sujeto con el objeto de la droga. En la clínica, este vínculo del toxicómano con la droga aparece bajo un doble signo de la necesidad y la exclusividad (Ocampo op. Cit.).

Necesidad, porque lo que el toxicómano nos dice de la droga es que ese producto se le ha vuelto necesario, hasta el punto de que no podría faltarle en un plano vital.

La exclusividad en el sentido de que la droga para el farmacodependiente, al no superarse hacia otra cosa, inválida de entrada toda posibilidad para los demás objetos de constituirse, en tanto objetos de placer, en un más allá de esta dualidad toxicomaniaca de necesidad y exclusividad. Esto podría formularse diciendo que la droga se ha convertido para él en "objeto exclusivo de su placer necesario".

También en algunos casos se presenta como posibilidad de reinserción social la terapia ocupacional o talleres artesanales o laborales.

Con todos los elementos que se presentan en los diferentes modelos terapéuticos podemos señalar que existen o se distinguen por lo menos cuatro momentos o tiempos para la atención del paciente farmacodependiente los cuales son; el aislamiento, la desposesión, la renovación y la sustitución.

CAPITULO IV.

DISEÑO DE INTERVENCION PROPUESTO PARA SUJETOS FARMACODEPENDIENTES DETENIDOS

a) ANTECEDENTES

El presente capítulo tiene como finalidad proponer una estrategia específica que de respuesta al espacio que existe entre los usuarios de drogas indebidas, cuando son detenidos por alguna instancia o corporación judicial, y remitidos a la autoridad correspondiente - Ministerio Público Federal - con los cargos de portador, consumidor y distribuidor de sustancias psicoactivas ó mejor conocido como delitos contra la salud en alguna de sus modalidades, y la posibilidad de brindarles alternativas a dichos usuarios, que les permita incorporarse a un determinado programa de tratamiento de desintoxicación, rehabilitación, o en su caso, reinserción social.

Cabe señalar que en la actualidad los individuos que son detenidos por elementos de corporaciones judiciales o de policía preventiva, regularmente no gozan de la posibilidad de ser remitidos a instituciones que les permita elegir algún tratamiento a su adicción a las drogas ó alguna otra posibilidad de disminuir o alejarse del uso de drogas ilícitas. Por el contrario, los hechos indican que son extorsionados la mayoría de las ocasiones por los propios cuerpos policíacos, o en su caso por autoridades judiciales de mayor nivel. En un sin número de ocasiones, individuos son detenidos sin delito que perseguir, incluso algunas personas han reportado que son conducidas a instancias judiciales por estar cerca de sujetos que se drogaban, sin que ello significara también el uso de drogas por parte de

éstas. Otras tantas ocasiones, se ha encontrado que por portar algún tipo de droga con fines exclusivamente terapéuticos, también han sido detenidos y remitidos ante el Ministerio Público. Lamentablemente posterior a la detención, muchos sujetos suelen iniciar o concretizar su decisión al uso indebido de drogas. Son varios los criminólogos que han hecho notar que posterior a una detención, la mayoría de los sujetos se sienten estigmatizados social o familiarmente, por lo que su cambio de conducta se determina a partir de ese hecho (Zaffaroni, Barata, del Olmo etc.)

Hoy en día ha quedado claro que la producción, distribución, el comercio y el consumo de drogas ilícitas, no pueden ser atendidos para su estudio o resolución por separado. En este sentido, el problema del narcotráfico debe ser abordado integralmente, ya que cada una de las partes que lo componen está íntimamente relacionado entre sí. Motivo por el cual el fenómeno de la farmacodependencia, como problemática social, ha encontrado grandes obstáculos para su atención. Para contrarrestar a esta situación, ha sido necesario afrontar el problema de forma interinstitucional e interdisciplinaria, logrando con ello, tener mayor posibilidad de atender a dicha problemática.

El presente programa de atención a farmacodependientes en detención, en instalaciones de la Procuraduría General de la República, tiene como propósito dar respuesta específica de atención oportuna especializada, sea médica, psicológica o de otra índole asistencial, a sujetos detenidos con el cargo de delitos contra la salud, en la modalidad de portación y consumo. Al margen de la historia particular de la adicción y del tipo de droga por la que hayan sido detenidos.

Dicho nivel de atención permitirá que los farmacodependientes al ser identificados como tales dentro de las instalaciones de la institución, sean remitidos a las distintas instituciones, organismos o grupos de autoayuda que aborden esta problemática, para que reciban el tipo de tratamiento que requieran, dependiendo de la fase de consumo

(experimental, habitual, o crónico) en el que se encuentren. Sin dejar a un lado las distintas etapas de evaluación y seguimiento que amerita cada caso. También pretende el programa disminuir el nivel de extorsión y corruptela de que son víctimas los propios farmacodependientes, como se explicará con mayor detalle más adelante.

Es indudable que el tener prácticamente una población cautiva, la posibilidad de entrevistar directamente a los sujetos con este tipo de adicciones y aplicarles instrumentos de evaluación, generará valiosa información que puede aportar elementos sustanciales de investigación, de control, de prevención a la farmacodependencia, de prevención al delito, y de factores que permitan evaluar las condiciones del fenómeno en las distintas regiones del país.

b) MARCO JURIDICO

La atención a los delitos contra la salud requiere de una legislación penal acorde a la complejidad de este fenómeno, lo cual obligó a actualizar las normas y tipos penales de los ordenamientos en esta materia, procurando una mayor efectividad en lo referente a la atención y tratamiento de los delitos asociados con el narcotráfico.

El derecho a la protección de la salud es una garantía social consagrada en el artículo 4 Constitucional que abarca un sin número de facetas y proyecciones; entre ellas, destacan los programas contra las adicciones y este caso, específicamente el Programa contra la Farmacodependencia, el cual encuentra su fundamento legal y su marco programático en la Ley General de Salud teniendo como finalidades fundamentales, entre otras cosas, la prevención, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos asociados u originados por la farmacodependencia (conadic, 1992).

Nuestra legislación actualmente considera al farmacodependiente como un enfermo, y no como un infractor o delincuente, por lo que es de extraordinaria importancia su adecuado manejo, ya que la acción de los órganos policíacos, deberá orientarse precisamente a ubicar sobre todo al menor adicto, dentro del núcleo familiar, cuando sea identificable o bajo el tutelaje que previene el Estado para los menores desamparados o incapacitados, a fin de buscarle solución su problema más que hostigarlos con castigos que aumenten el sustrato emocional que los incita a la dependencia de drogas. También se ha observado que el que se inicia en el hábito del consumo de drogas, frecuentemente se encuentra involucrado en conductas antisociales como puede ser el homicidio, el robo, la violación, etc. Motivo por el cual es doblemente importante el manejo adecuado de los órganos policíacos en la detección de este problema.

En términos generales el problema contra la farmacodependencia encuentra su marco jurídico en las siguientes disposiciones aplicables, mismas que se describen a continuación por si el lector desea compenetrarse más en el tema:

1. - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. - Plan Nacional de Desarrollo 1989 - 1994 y 1996 - 2000
3. - Programa Nacional para el Control de Drogas 1989 - 1994
4. - Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
5. - Ley General de Salud
6. - Ley de Planeación
7. - Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero Federal.
8. - Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la

Publicidad.

9. - *Reglamento de la Ley general de Salud en materia de control sanitario de actividades, Establecimientos, productos y servicios.*
10. - *Reglamento para la Organización y funcionamiento del Consejo Nacional Contra las Adicciones publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de febrero de 1988.*
11. - *Norma Técnica número 198 para la prestación de servicios de atención médica a farmacodependiente, publicada el 21 de Agosto de 1987 en el Diario Oficial de la Federación.*
12. - *Reglamento para el control de sustancias psicotrópicas por inhalación publicado En febrero de 1981 en el Diario Oficial de la Federación.*
13. - *Bases de colaboración B/017/91 que celebran la Secretaria de Salud y la Procuraduría General de la República, para la atención y tratamiento que deben darse a los sujetos adictos habituales a estupefacientes o sustancias psicotrópicas, publicado en diciembre de 1991.*
14. - *Reglamento para el funcionamiento del Centro de Planeación para el Control de Drogas, publicado en junio de 1992.*

El derecho a la protección de la salud, como se señaló anteriormente, tiene como marco jurídico la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Planes Nacionales de Desarrollo, en cada sexenio, y la Ley General de Salud. El Programa contra la Farmacodependencia, que es resultado de los trabajos del Consejo Nacional contra la Farmacodependencia creado por Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 1985, formó parte del Programa de Mediano Plazo del Sector Salud y

se derivo directamente de los artículos 191, 192 y 193 de la Ley General de Salud, de lo cual se describe a continuación los principales enunciados:

ARTICULO 191. - La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I.- La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;*
- II.- La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales;*
- III.- La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.*

ARTICULO 192. - La Secretaría de Salud elaborará un programa nacional contra la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.

ARTICULO 193. - Los profesionales de la salud, al prescribir medicamentos que contengan sustancias que pueden producir dependencia, se atenderán a lo previsto en los Capítulos V y VI del Título Decimosegundo de esta ley, en lo relativo a prescripción de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

La Secretaría de Salud tiene entre sus funciones, de acuerdo con las disposiciones de la Ley General de Salud (1984) y el Reglamento sobre Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1976), el control de la producción, distribución, y venta lícita de drogas narcóticas y psicotrópicos que tienen utilidad terapéutica.

Debido a que la oferta de esas sustancias obedece a factores que rebasan las fronteras de los países, los tratados internacionales revisten particular importancia. México es signatario y cumple las disposiciones de los tres tratados más significativos en este campo: la " Convención Unica de Estupefacientes ", de 1971, el " Protocolo de Modificación de la Convención Unica de Estupefacientes " de 1972, e informa regularmente a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de la ONU.

La organización Mundial de la Salud, de conformidad con los convenios y tratados internacionales, clasifica a los estupefacientes en 4 grupos, y a los psicotrópicos en otros 4, de acuerdo a la relación que guardan entre su aplicación terapéutica potencial y los peligros que entraña su uso (como se vio en el capítulo anterior).

La Ley General de Salud, con base en los convenios internacionales que México ha suscrito, agrupa a los estupefacientes en una lista (artículos 234 y 237) y distingue entre aquellos cuya producción, comercialización y uso están estrictamente regulados (meperidina y pentazocina) de aquellos que están totalmente prohibidos (opio, heroína, cannabis y coca en cualquiera de sus formas, derivados y preparaciones).

Los psicotrópicos son clasificados en cinco grupos dentro del artículo 245, en relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias.

En el primer grupo, incluye los que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública (como LSD, psilocibina, peyote).

En el segundo grupo, incluye los que tiene algún valor terapéutico, pero constituyen problema grave par la salud pública (como metacualona y benciclida).

El tercer grupo se refiere a los que tienen valor terapéutico, pero constituyen problema para la salud pública (como amobarbital y glutetimida).

El cuarto grupo consiste en los que tienen amplios usos terapéuticos y son problema menor para la salud pública (como meprobamato y benzodiacepina).

Por último, el quinto grupo engloba a los que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria (sustancias inhalables con efectos psicotrópicos como adelgazadores, aditivos y aerosoles).

Toda acción de producción, distribución o consumo, relacionada con las sustancias del primer grupo está prohibida. Los psicotrópicos del segundo grupo se equiparan a los estupefacientes en utilidad terapéutica respecto a las disposiciones que los regulan (artículo 258). Los medicamentos de los grupos tercero y cuarto son controlados por medio de restricciones en la prescripción y distribución, que varían en rigor, de acuerdo con el peligro que representan para la salud pública. El quinto grupo requiere otra clase de restricciones que están contenidas en el Reglamento para el Control de Sustancias

Psicotrópicas por inhalación, de 1981, que contiene disposiciones relacionadas con su producción, distribución y venta a menores, seguridad laboral, prevención de su abuso y atención médica y social a sus víctimas.

Por otro lado, en los términos señalados en la Ley de Planeación, el gobierno de la República ante la complejidad del problema de las drogas, elaboró el Programa Nacional para el Control de las Drogas 1989 - 1994. Este documento resumió la respuesta nacional ante el problema de las drogas, canalizada en dos vertientes: por una parte la prevención del uso indebido y el tratamiento de los adictos y, por la otra la prevención y combate a la delincuencia asociada, que atentan contra el estado de derecho, el bienestar y la seguridad de los mexicanos. En él se comprometieron distintos sectores del gobierno federal, se promovió la participación de autoridades estatales y se concertó la voluntad de la sociedad, teniendo como base tres principios fundamentales, salvaguardar la soberanía y seguridad de la nación, fortalecer la solidaridad con la comunidad internacional y principalmente preservar la salud de los mexicanos.

En este sentido, el Programa Nacional para el Control de Drogas tuvo como objetivo general abatir los niveles de farmacodependencia, producción, procesamiento, tráfico y comercialización ilícita de psicótrópicos y estupefacientes actuando con un enfoque integral, promoviendo la disminución de la demanda y reducción de la oferta de sustancias, mediante acciones preventivas, disuasivas, jurídico - penales, de participación comunitaria e internacional. Para dar seguimiento a dicho Programa fue creado el Centro de Planeación para el Control de Drogas (cendro), desincorporado en 1996.

La legislación penal tanto sustantiva como adjetiva, fue objeto de algunas modificaciones tendientes a atender el carácter global del problema del narcotráfico; se reformó el Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la

República en materia de Fuero Federal desde el 3 de enero de 1989, en sus artículos relativos a la siembra de marihuana por parte de personas que se encuentren en una situación de atraso cultural, aislamiento social y extrema necesidad económica, atenuando la pena por este concepto y agravando las penas en aquellos casos en que concurren circunstancias de carácter eminentemente lucrativo y doloso para el desarrollo de estas actividades.

En este mismo orden, el 30 de diciembre de 1991 se publicó en el Diario Oficial de la Federación otra reforma al mismo ordenamiento legal para sancionar con pena alternativa, es decir, privación de libertad o bien multa, a aquellos casos en que personas que demostraran tener el carácter de adictos, fueran sorprendidas con droga para satisfacer sus necesidades durante un término máximo de 3 días.

En septiembre de 1993 se reformó la Constitución Política en materia penal, sentando las bases para la posterior reforma, en enero de 1994 del Código Penal, así como del Código Federal de Procedimientos Penales en materia de delitos contra la salud. Estas reformas tienen como finalidad dar respuesta a la complejidad del fenómeno, habiéndose reformado los siguientes rubros:

- *Partiendo de la premisa de que el farmacodependiente es un enfermo que requiere atención y tratamiento y que no es un delincuente, se eliminó por completo la punibilidad para aquellas personas que, siendo adictos, sean sorprendidos en posesión de droga para su consumo, es decir, se busca dar un trato más humanitario a aquellos individuos que, siendo víctimas del problema de las adicciones, requieren atención preferencial para su rehabilitación en lugar de recluirlas en prisión, en donde difícilmente lograrán su reincorporación social y de salud.*
- *Se atenuaron las penas para los campesinos que por sus condiciones socioeconómicas hayan incurrido en el delito de siembra de estupefacientes, como un reconocimiento de*

que el trabajador del campo no es proclive al delito, sino que es la necesidad e incluso la ignorancia de la ley, la que lo orilla a delinquir.

- *Ahora el juez, al imponer las penas, tomará como factores la cantidad y especie de narcóticos asegurados, lo que antes no sucedía, llegándose a la incongruencia de castigar por igual al que traficaba con un kilogramo de marihuana como a quien lo hacía con una tonelada de cocaína.*

Indiscutiblemente existen además de las disposiciones jurídicas antes señaladas en materia de drogas, en sus distintas modalidades, otras disposiciones también jurídicas en el ámbito del lavado de dinero, la protección a la agricultura, etc. De lo cual, en este trabajo, solo nos hemos remitido a las disposiciones que tienen lugar directamente con sujetos reportados como farmacodependientes, y no con el narcotráfico. Aun cuando ambos fenómenos estén íntimamente relacionados.

c) PARTICIPACION INTERINSTITUCIONAL

Debido a que la farmacodependencia se ha convertido en un problema de salud pública, diversas instituciones de los sectores público, social y privado, se han dedicado a llevar a cabo múltiples tareas para combatir la adicción.

Para garantizar la coordinación y la participación de los sectores del gobierno mexicano que participan en el control de las drogas, durante los primeros años de la década de los noventas, se formó el grupo de coordinación ejecutiva, integrado por subsecretarios o equivalentes de las Secretarías de Gobernación, Relaciones Exteriores, Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Hacienda y Crédito Público, Desarrollo Social, Agricultura y recursos Hidráulicos, Comunicaciones y transportes, Educación, Secretaría

de Salud y la Procuraduría General de Justicia del D. F. Así como, la Procuraduría General de la República.

La forma en que participó cada uno de los organismos que conforman dicha coordinación ejecutiva, se centro en tres ámbitos generales: Prevención y rehabilitación, Atención Jurídico Penal y Cooperación Internacional.

En particular para los fines del presente análisis se abordará a los sectores que participan en el ámbito de prevención y rehabilitación. En este sentido el sector educativo en México, seguido de las recomendaciones y acuerdos generados en la XVII Asamblea General Extraordinaria de la Organización de las Naciones Unidas, establece líneas de acción tendientes a reducir la demanda a través de estrategias y actividades preventivas. Este propio sector se ubica en principio como privilegiado y eficaz para realizar dichas actividades. Para fundamentar sus actividades, el sector educativo realizó estudios para cuantificar y dimensionar el problema de las drogas entre las diferentes poblaciones estudiantiles.

Al respecto en 1991 se diseñó un esquema de mediciones epidemiológicas mediante el empleo de encuestas para la determinación de la prevalencia, distribución y factores de riesgo asociados, a fin de profundizar en el estudio del problema y de sus tendencias, así como, de las variables que influyen en el incremento del uso de drogas y también de su posible erradicación.

Al respecto en ese mismo año, se diseñó la encuesta nacional sobre uso de drogas entre la comunidad escolar (ENUDICE), con cobertura nacional. Los resultados de la encuesta fue distribuida entre las instituciones públicas y privadas interesadas en la materia. También se realizaron actividades encaminadas a la educación preventiva integral. Se creó el centro de información y documentación sobre educación preventiva, de igual forma, con la óptica del esquema de educación preventiva integral, se sustentó el programa de educación preventiva contra las adicciones (PEPCA). El cual para su desarrollo se organizó en tres componentes: Plataforma de comunicación social dirigido a sensibilizar

a la comunidad. Establecimiento de un centro de información y documentación sobre educación preventiva y movilización comunitaria. Todos estos componentes hicieron evidente la conveniencia de que la educación preventiva parta de la escuela para proyectarse a la familia y a la comunidad, para reforzar esta actividad se diseñó la revista " EDUCACION PARA LA VIDA ".

Dentro del sector salud se hizo necesaria la revisión y actualización de los programas nacionales elaborados en 1986 y 1987, con el propósito de actualizar en su momento el diagnóstico en el consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas ilícitas, además de revisar la legislación en el campo de las adicciones y evaluar las acciones realizadas.

Los trabajos que el sector salud puso en marcha para atender el programa de farmacodependencia se centraron en cuatro ámbitos; Primero. consolidar la vigilancia epidemiológica de las adicciones, para tomar medidas correctivas oportunas con base en datos confiables. Segundo.- Promover la investigación científica que permita mejorar un conocimiento de la naturaleza de la farmacodependencia. Tercero.- Fortalecer las acciones de prevención, particularmente las educativas y movilizar a la sociedad promoviendo su corresponsabilidad en la atención a la farmacodependencia. Cuarto.- Responder a las necesidades de tratamiento y rehabilitación de la población adicta.

Las acciones preventivas se han desarrollado en distintos ámbitos, buscando brindar alternativas a la juventud e involucrar en el quehacer preventivo a la familia y a la comunidad escolar. Hasta 1991, instituciones que formaron los consejos estatales contra las adicciones y los comités municipales del programa de atención a la farmacodependencia (ADEFAR), inicialmente desarrollado por la Procuraduría General de la República y posteriormente por la propia Secretaría de Salud. Encaminaron acciones entre las que destacan una movilidad de 39,569 actividades deportivas, recreativas y

culturales. Se dieron 555,145 pláticas informativas y se organizaron 4,589 cursos de capacitación dirigidos a profesionales de la salud, maestros y voluntarios.

Cabe señalar que durante el primer semestre de 1991 se efectuaron 86,106 reuniones de orientación con 777,287 padres de familia. Todas estas actividades se llevaron a cabo a través de la infraestructura formada por 28 consejos estatales contra las adicciones (uno por cada Estado Federativo), 1,258 comités municipales ADEFAR, y 31,000 unidades ADEFAR entre escuelas y zonas de riesgo.

Con la participación de empresarios de medios de comunicación, comerciantes, industriales y clubes de servicios, se lograron de Enero de 1989 a Diciembre de 1992, la transmisión de 32,538 comentarios por radio, respecto al tema de las drogas, 9,725 mensajes por televisión y 12,568 anuncios de prensa; se pintaron 3,309 mensajes en bardas, se distribuyeron 205,139 carteles alusivos al tema, 1,450,428 folletos y 714,754 volantes y boletines con el mismo tópico alusivo a drogas. En ese mismo periodo se incorporaron a través de la infraestructura del Sector Salud, 26,094 personas con problemas de farmacodependencia a tratamiento y rehabilitación. Superado hacia 1995 en el cual, el registro de casos atendidos ascendió a más de 50,000. (Rev. del Poder Ejecutivo Federal; 1994).

Por otro lado, el ISSSTE, creó en éste periodo cuatro módulos en el Distrito Federal para la atención a derechohabientes y población abierta con problemas de drogas. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), trabajó en el programa del Desarrollo Integral del Adolescente (DIA), en el cual promovieron diversas actividades en zonas de alto riesgo.

Así mismo, la Comisión Nacional del Deporte realizó a través del Programa Nacional Juvenil para la Prevención de Adicciones (prevea), actividades culturales, cursos de capacitación, conferencias, foros, concursos en prevención a las adicciones.

En materia de control de medicamentos y sustancias psicotrópicas por inhalación, se reforzaron las acciones para vigilar el cumplimiento de los reglamentos emitidos por la Dirección General para el Control de Insumos de la SSA. (CONADIC, 1994). Así mismo, se dio difusión a los mecanismos de control establecidos por los servicios estatales de salud, contemplando la participación de las Asociaciones de Farmacéuticos y de los Colegiados de Médicos. Además de microfilmear las firmas de los médicos registrados en cada estado, a efecto de reducir la posibilidad de falsificación de recetas en drogas controladas.

Para el caso de sustancias inhalables, se promovió la aplicación de mecanismos de control a nivel municipal para limitar las ventas de sustancias a quienes por su actividad laboral requirieran. Para tal efecto se instaló el Comité Técnico del Fideicomiso para la investigación de inhalables (FISI), apoyado por la industria química.

Durante los cuatro primeros años de la década de los noventa se consolidó el Sistema Nacional de Tratamiento y Rehabilitación de Adictos (SINTRA), que opera en Distrito Federal. De igual forma se aplicó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), y se realizó la segunda encuesta nacional de adicciones, aplicada en 1993 - 1994 y publicada en 1995 por la propia Secretaría de Salud.

La participación de la Secretaría de Gobernación a través de la Subsecretaría de Protección Civil y Prevención y Readaptación Social se ha destacado en el proyecto de

tratamiento de prevención a las adicciones en los distintos centros de readaptación social del país.

Resultaría extenso, enumerar aquí, todas y cada una de las actividades que los distintos organismos e instituciones tanto públicas y privadas han realizado en el combate frontal hacia la farmacodependencia, o en todo caso en la lucha por el declive al consumo de drogas en México, sin embargo con el objeto de identificar la infraestructura general con que cuenta nuestro país en el combate a las drogas, a continuación se describirán las instituciones y organismos que participan en el Comité Nacional de Farmacodependencia.

SECRETARIA DE SALUD

- Consejo de Salubridad General de la Presidencia de la República*
- Coordinación General de Hospitales en el Distrito Federal*
- Coordinación General de Institutos Nacionales de Salud*
- Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social*
- Dirección General de Asuntos Jurídicos*
- Dirección General de Control de Insumos para la Salud*
- Dirección General de Coordinación Estatal*
- Dirección General de Fomento de la Salud*
- Dirección General de Salud Ambiental*
- Dirección General de Servicios de Salud Pública en el D.F.*
- Dirección General de Comunicación Social*
- Dirección General de Estadística Informática y Evaluación*
- Instituto Mexicano de Psiquiatría*

- -
- Instituto Nacional de Salud Pública*
 - Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez*
 - Centro Comunitario de Salud Mental*
 - Consejo Nacional contra las Adicciones*
 - Centros de Integración Juvenil A.C.*

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

- Dirección General de Educación Media*
- Dirección General de Educación Primaria*
- Dirección General de Educación Extraescolar*
- Secretaría Nacional de Fomento Educativo*
- Comisión Nacional del Deporte*
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes*

SECRETARIA DE GOBERNACION

- Dirección de Protección Civil, Prevención y Readaptación Social*
- Dirección General de Rádio, Televisión y Cinematografía*

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

- Dirección General de Servicios Periciales*
- Unidad Dictaminadora*
- Supervisión General de Servicios a la Comunidad y Prevención del Delito*

-*Dirección de Atención a Detenidos y Adictos*

-*Instituto Nacional de Ciencias Penales*

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL

-*Supervisión General de Servicios de Procuración de Justicia*

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

-*Secretaría General de Gobierno*

-*Secretaría General de Desarrollo Social*

-*Dirección General de Servicios de Salud*

-*Consejo Tutelar para Menores Infractores del Distrito Federal*

-*Coordinación General Jurídica*

-*Programa ADEFAR*

-*Coordinación de Centros Toxicológicos del Programa Jóvenes por la Salud*

SECRETARIA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

-*Dirección General de Medicina y Seguridad en el Trabajo*

SECRETARIA DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL

-*Dirección General de Política de Comercio Interior*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

- Subdirección General Médica
- Jefatura de Atención Médica
- Jefatura de Servicios de Salud Pública
- Jefatura de Salud en el Trabajo
- Coordinación Normativa en Adicciones

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

- Subdirección General Médica
- Departamento de Programas de Salud Mental

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

- Instituto Nacional de Salud Mental
- Programa de Prevención de la Farmacodependencia
- Programa de Desarrollo Integral del Adolescente (DIA)

PETROLEOS MEXICANOS

- Gerencia de Servicios Médicos
- Fideicomiso para la Investigación sobre Inhalables (FISI),
- Instituto Mexicano del Petróleo

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

-*Dirección General de Sanidad Militar*

SECRETARIA DE MARINA

-*Dirección de Sanidad Naval*

INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMIDOR

-*Dirección de Difusión*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

-*Dirección General de Servicios Médicos*

-*Facultad de Medicina*

-*Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental*

-*Centro Acapulco de la Facultad de Psicología*

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

-*Escuela Superior de Medicina*

-*Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV)*

ORGANISMOS INTERNACIONALES

-*Organización Mundial de la Salud*

ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES

Asociación Nacional de Padres de Familia

Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo

-Comité de Educación

-Comité de Legislación

Fundación "Ama la Vida". Centro Contra las Adicciones Iztacalco

Clinica Psiquiátrica San Rafael

Grupo Retorno, A.C.

Drogadictos Anónimos, A.C.

Junior League

Grupo Génesis, Jarero Internacional

Como se puede apreciar en México existe una infraestructura, tanto pública como privada, que nos puede dar cuenta por la forma en que participan, de la preocupación social que existe actualmente ante el fenómeno de las drogas. Además de permitirnos analizar que de existir una red de comunicación interinstitucional adecuada, la problemática aparentemente estaría cubierta desde distintas esferas de atención. Es decir, se cubriría la persecución delictiva en ámbitos de siembra, producción, distribución, comercialización, etc. Así como, la prevención y el tratamiento particular a cada caso, según la historia y experiencia de consumo del usuario.

La realidad nos muestra resultados totalmente contrarios y en ocasiones desalentadores respecto a la problemática de las drogas, en donde se involucran todo tipo de delitos en donde incluso participan los propios funcionarios de alto, mediano y rango operativo, con altos niveles de corrupción. Los propios expertos han señalado que el crimen organizado ha rebasado en muchos momentos a la estructura judicial y jurídica de algunos estados y

regiones. En casos extremos la propia ciudadanía participa en actividades involucradas con el narcotráfico, además de proteger y resguardar a los narcotraficantes. Se habla de una cultura de las drogas, en donde niños y adolescentes aspiran a ser como determinado personaje de la zona, como es el caso del norte del país, en donde en toda la zona fronteriza con Estados Unidos se ha generado una serie de manifestaciones a favor de estos sujetos, como el caso de corridos, conocimientos por su labor benefactora a las distintas comunidades y las acciones caritativas que suelen prestar a la propia población.

Sin lugar a dudas son distintos los factores que han fortalecido cada una de las acciones del " narco " en la vida cotidiana de la población situación que no se pretende desarrollar en el presente trabajo, pero que resulta obligado enunciarlo por la clara evidencia social que hace notar lo vulnerables que han resultado las instituciones y organismos, tanto públicos como privados, ante el fenómeno de la farmacodependencia y el narcotráfico, pese a su amplia infraestructura.

Sin embargo, en esa lucha constante por erradicar el multicitado fenómeno de las drogas, al darse la persecución delictiva en cualquiera de sus modalidades, existe la detención de sujetos que aparentemente han participado o están involucrados en tal situación. Es aquí, en donde el presente proyecto pretende participar con una propuesta de atención a sujetos que exclusivamente hayan sido detenidos por la instancia judicial y remitidos ante el Ministerio Público, por usar, portar drogas para su exclusivo consumo o en todo caso estar cerca de sujetos que presentan alguna de las anteriores modalidades. En este sentido, es importante aclarar que el modelo de intervención estará basado en dos momentos; el primero hará hincapié en reestructurar los procedimientos jurídicos que son aplicados a sujetos detenidos por portación de drogas ilícitas, así como de crear la intercomunicación en las diversas áreas que participan en el desarrollo de los propios procedimientos penales aplicados a estos casos, además de crear los mecanismos y estrategias en la evaluación, diagnóstico, derivación (interna o externa) y seguimiento de los sujetos detenidos al interior de la propia institución de procuración de justicia. El

segundo se refiere exclusivamente al seguimiento que se realizará a cada sujeto, al ser derivado a alguna de las diversas instituciones u organismos de atención o rehabilitación a farmacodependientes, respetando su particular método de intervención.

d) PROPUESTA DEL DISEÑO DE INTERVENCION.

UNIVERSO

El presente proyecto pretende ser aplicado a sujetos que son detenidos por distintas corporaciones judiciales o policíacas, que presenten exclusivamente los cargos de delitos contra la salud, en la modalidad de portadores para su consumo o consumidores de drogas ilícitas. Quedaron fuera de este proyecto, los sujetos que se les compruebe algún otro ilícito tipificado por el Código de Procedimientos Penales, de igual forma es importante señalar que se les dará prioridad a los casos que sean considerados como de consumo experimental, ocasional, o que estén dentro de las tres etapas de la adicción, de acuerdo a la clasificación clínica en esta materia.

OBJETIVO GENERAL

El presente proyecto tiene como propósito crear las condiciones institucionales propicias que permitan dar respuesta, en un marco de legalidad, a la atención de sujetos detenidos identificados como farmacodependientes, cuyo único cargo sea el de la portación o consumo de drogas ilícitas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Crear los niveles de comunicación interdepartamental que permitan identificar, evaluar, diagnosticar y en su caso derivar a instituciones u organismos que atiendan, proporcionen tratamiento o rehabilitación a farmacodependientes.*
- *Establecer mecanismos de retroinformación que permita dar seguimiento a los farmacodependientes derivados a tratamiento en las distintas instituciones especializadas.*
- *Fortalecer la motivación generada en farmacodependientes para recibir tratamiento especializado.*
- *Generar y fortalecer los niveles de participación familiar o de amigos en la rehabilitación de farmacodependiente.*
- *Fomentar los ámbitos de investigación en la materia, derivada de los instrumentos de evaluación y diagnóstico aplicados a los farmacodependientes en caución.*
- *Identificación de zonas de riesgo y aplicación de estrategias de prevención particulares a cada área, así como estrategias de prevención delictiva.*

PERSONAL PROFESIONAL

Para el establecimiento adecuado del proyecto se hace necesaria al interior de la propia institución de procuración de justicia la participación multidisciplinaria de áreas como: Derecho, Medicina, Trabajo Social, Psicología, Química o Biología. En el entendido de participar en común, ante la lucha frontal en contra de las adicciones.

METODO

Para el establecimiento del presente modelo de intervención a farmacodependientes detenidos en instituciones de procuración de justicia, se hace necesario considerar cuatro fases, las cuales a continuación se describen:

Primera fase.- En esta etapa, es presentado el sujeto con cargos de delitos contra la salud, en su modalidad de portación y consumo de drogas ilícitas, ante el Ministerio Público por las diversas corporaciones de policía. Apegado a derecho el propio Ministerio público, remitirá al presunto detenido a realizar una serie de valoraciones, psicológica, estudio social y el correspondiente estudio médico y químico de sangre y saliva, que determine el tipo de droga de uso, así como el tiempo probable de consumo. Cada una de estas acciones serán desarrolladas por las diversas áreas con que cuenta la propia institución como son, Dirección General de Servicios Periciales, la Supervisión General de Servicios a la Comunidad y Prevención del Delito, la Dirección de Averiguaciones Previas etc.

Segunda fase.- Si el sujeto es diagnosticado como farmacodependiente, el Ministerio Público determinará su libertad bajo caución para que sea remitido o derivado a alguna de las instituciones especializadas en la materia y recibir el tratamiento correspondiente, según el tipo de droga y el grado de adicción que presente. De esta forma en tanto el sujeto no sea dado de alta por la institución a cargo, el Ministerio Público no expedirá la orden de libertad. Motivo por el cual, tanto los familiares o los amigos del adicto, deberán presentarse a las instalaciones señaladas las veces que les sea requerido, para cumplir con el seguimiento que corresponda a cada caso, en conjunto con el propio farmacodependiente.

Tercera fase.- Se pretende establecer contacto directo con familiares o amigos cercanos que el detenido solicite, para realizar cartas compromiso que especifiquen el tipo y forma de compromiso que asumirán para dar atención, respaldo, y de ser preciso información que la institución solicite referente al comportamiento que el presunto detenido manifieste antes, durante y después del tratamiento otorgado por alguna institución especializada.

Cuarta fase.- Recibida la certificación correspondiente de que el farmacodependiente es dado de alta por la institución que le atiende, se procederá a notificar al Ministerio Público para que expida su libertad, En el entendido de que deberá seguirse presentando

durante el lapso en que la propia área de atención de la Procuraduría juzgue necesario, esto último en apego al seguimiento que se brindará a cada caso.

PROCEDIMIENTO

Con el propósito de ubicar la serie de actividades a desarrollar en la recepción, atención, canalización alta y liberación de los sujetos adictos detenidos en las instalaciones de la Procuraduría General de la República, a continuación se describen cada uno de ellas, así como las áreas involucradas.

AREAS INVOLUCRADAS Y ACCIONES

- I. SUJETO ADICTO. El sujeto detenido en el supuesto del Artículo 133 del Código de Procedimientos Penales, será remitido ante el Ministerio Público Federal (A.M.P.F.).*
- II. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO FEDERAL (A.M.P.F.). El A.M.P.F. recibe al presunto sujeto adicto, con expediente correspondiente cita y explica a los familiares de los trámites que se deberán de realizar a partir de ese momento, para conseguir la liberación del detenido.*
- III. A.M.P.F.- El A.M.P.F. abre acta especial e integra al expediente inicial, remitiendo al sujeto ante la unidad dictaminadora.*
- IV. UNIDAD DICTAMINADORA. SERVICIOS PERICIALES.- Recibe al sujeto adicto y expediente y procede a realizar evaluación y diagnóstico, presentando dictamen del tipo y tiempo aproximado de adicción.*
- V. SERVICIOS PERICIALES.- Informa probable síndrome de abstinencia y en su caso remite al A.M.P.F. con informe correspondiente.*
- VI. A.M.P.F. - Remite al sujeto adicto al Centro de Atención toxicóloga ante el probable cuadro de síndrome de abstinencia, e informa a los familiares o amigos del procedimiento a seguir.*
- VII. SERVICIOS PERICIALES.- Recibe al sujeto adicto y ejecuta estudio bio-médico. Posteriormente controla síndrome y remite al A.M.P.F.*

- VIII. *A.M.P.F.- Integra cédula de registro y seguimiento, remite a la Supervisión de Servicios a la Comunidad y prevención del Delito (S.G.S.C.P.D.).*
- IX. *UNIDAD DICTAMINADORA SERVICIOS A LA COMUNIDAD Y PREVENCIÓN DEL DELITO. Recibe al sujeto adicto y expediente, registra, aplica, estudio psico-social, orienta a familiares, amigos así como al sujeto. Motiva en tomar un tratamiento.*
Establece cartas compromiso para acudir a citas de atención y citas de seguimiento en la Procuraduría, tanto al sujeto como a familiares y amigos.
Se notifica al adicto las incluyentes de libertad bajo caución, haciendo notar que en caso de deserción al tratamiento se procederá a la detención correspondiente.
La S.G.S.C y P.D. determina y canaliza al sujeto adicto a la institución y/o organismo público o privado según el grado de adicción detectada para su tratamiento. Con oficio de presentación y folio de seguimiento.
Desarrolla estadísticas con los datos proporcionados.
- X. *SUJETO ADICTO.- Establece acuerdo y firma carta compromiso para acudir a citas de atención y a la Procuraduría, a Servicios a la Comunidad para mantener seguimiento.*
- XI. *FAMILIARES O AMIGOS DEL SUJETO.- Establecen acuerdo y firman carta compromiso para acudir a las citas de atención a la Procuraduría a Servicios a la Comunidad.*
- XII. *INSTITUCIONES U ORGANISMO PÚBLICO O PRIVADO.- Recibe al sujeto adicto, valora, atiende propicia tratamiento e informa oficialmente a la S.G.S.C y P.D. del avance mostrado en forma periódica.*
En caso de deserción notifica telefónicamente y oficialmente.
Otorga certificado de alta, al sujeto con copia a la S.G.S.C. y P.D.
- XIII. *S.G.S.C.P.D. – Proporciona sesión de apoyo a familiares y amigos en las citas programadas.*
Proporciona orientación psicológica de apoyo en coordinación con la Institución que atiende al sujeto adicto.
Recibe informes de altas, bajas y deserciones e informa al A.M.P.F.

XIV. A.M.P.F.- Recibe informe y procede: orden de detención o liberación según el caso.

CONCLUSIONES

En lo particular creo que resulta complejo tratar de concluir con un tema que mantiene una dinámica desbordante, como es el caso del fenómeno de la farmacodependencia. En donde no puede observarse desde una sola óptica, ya que se corre el riesgo, como ha ocurrido en muchos momentos, de perder de vista todos aquellos factores que están relacionados de una manera u otra con el propio fenómeno. Situación en la cual creo, no solo se deben involucrar a los sujetos que se drogan como elemento de análisis o estudio con las drogas mismas. Sino que además, deben ser consideradas las relaciones que se establecen; ya sea subjetivada (objeto-sujeto-objeto de la adicción), o simplemente como la resultante de una acción simple de consumir alguna droga (biologisista), como se expuso en su momento. Donde una u otra idea, responde necesariamente a una forma particular de observar e interpretar al fenómeno en si, al sujeto que se droga y a la droga misma. Esta última definida plenamente también en el desarrollo del capítulo dos de este trabajo.

Resulta fundamental considerar, tanto la importancia que han tenido las "drogas" ó las "sustancias" que el ser humano a utilizado en los diversos momentos de su propia historia, como la utilización asignada a cada una de ellas. Curiosamente podemos decir que un elemento tan estigmatizado en la historia contemporánea ha acompañado al hombre en casi toda su existencia. Lo que es más, las han utilizado con diversos propósitos, todos ellos relacionados con elementos de importancia y trascendencia, como el caso de utilizarla con fines religiosos, o como elementos mágicos. Además de los ritos de iniciación en ordenes del conocimiento, como los establecidos por los egipcios, los griegos, los celtas y los fenicios, o los mayas, los seris y los huicholes en América, entre otros.

Indiscutiblemente estos antecedentes nos obligan a pensar en qué momento las "sustancias" o "drogas", pasan de un ordenamiento "sagrado" a uno "vulgar", ó el preguntarnos cuales son las condicionantes que intervienen para opinar hoy en día, que son éstas las culpables de que el ser humano; hombres, mujeres y niños, sufran uno de los males más destructores de la época contemporánea, donde no sólo lo humilla sino que lo hace prisionero de sus propios sufrimientos.

Dar respuesta a ello no resulta fácil, seguramente el presente trabajo no sería suficiente para analizarlo plenamente. Sin embargo, podemos concluir que el fenómeno como tal, inicia a finales del siglo anterior y se acentúa en las últimas décadas del presente, principalmente en las sociedades urbanas de mayor desarrollo. También podemos señalar que un dato importante por destacar, es que en sociedades en donde la familia como núcleo principal de cohesión sigue funcionando, la problemática se presenta con menor o nula incidencia (CONADIC 1977).

Coincido que el progreso de las sociedades modernas, ha traído en muchos casos, efectos colaterales imprevistos. Efectos que varían desde la transculturalización de sus comunidades, el cambio radical de valores, la proliferación de la criminalidad como tal, y la propia deshumanización del sujeto.

El desarrollo de la industria, también a interferido notablemente en el quebrantamiento de valores universales, que distinguían pero consolidaban a las sociedades entre sí. Por ejemplo tenemos el caso particular de la industria farmacéutica y laboratorios químicos. En donde los intereses propios, ocasionados por las grandes plusvalías que generan, han determinado la visión que se ha de tener respecto al proceso de salud-enfermedad, de tal manera que hoy en día la concepción de la salud ha variado radicalmente, y como consecuencia la manera de recuperarla.

En dicho proceso "salud-enfermedad", es importante descubrir de que está enfermo el sujeto, para proporcionarle los medios para que se recupere y se integre nuevamente al

sistema productivo, esta situación le permitá seguir consumiendo en el mercado universal de mercancías y en la producción de nuevas necesidades.

Cabe señalar que dos medios que generaron el alivio y la recuperación de la salud, se han reducido a una sola cosa: la "droga" que el médico le proporciona par aliviar sus males.

En un interesante trabajo, J. Henry y L Leger (1978), señalan que actualmente solo Francia, país considerado del primer mundo, expendia cada mes dos millones de unidades de frascos de tranquilizantes (benzodiazepinas y procalmadiol) a su población. De 1965 a 1978 la cifra comercial de los psicotrónicos varió de 135 millones a 750 millones.

En estados Unidos, en sólo 1970 se fabricaron cinco billones de dosis de tranquilizantes, tres billones de dosis de anfetaminas y cinco billones de dosis de barbitúricos. Se estimó que en general un tercio de los norteamericanos entre dieciocho. y setenta y cuatros años de edad utilizaron estos medicamentos. Sin embargo, aun cuando nos parezca paradójico el Dr. Freyhan señalo en su momento que: "... no estamos en condiciones de dar razón de una manera científica del aumento de la tasa de consumo de medicamentos".

Hoy estamos ciertos que nadie se atrevería a considerar el remedio como una mercancía, ya que tan vehemente es la fe en el medicamento, que los mismos que condenaron el uso de las drogas ilícitas no pensaron nunca que éste uso, obedecería a ésta misma fé. Que el remedio que se esperaba de la droga perteneció en a la misma representación de una solución falsa, pero de una solución que satisface suficientemente la percepción de la vida individual y social.

El médico se ve obligado a dispensar la droga, pues el "enfermo" exige el cese inmediato de sus males, y de la conciencia de su sufrimiento. En este sentido el médico receta la droga, sabiendo que remedia de una manera artificial pero concreta, a un mal concreto, pero concebido artificialmente, incurable de verdad por la droga (L. Leger 1978).

Hay quienes afirman que el problema se agravó cuando la "enfermedad" no obedecía solamente al orden somático sino "mental", posteriormente los estudios de Sigmund Freud, demostraron la relación de las enfermedades somáticas y las mentales o psicológicas. En el primer estadio, cuando la droga no es ya eficaz, y no suprime los trastornos del Alma ó del cuerpo, el manicomio apareció como estrategia y la terapéuticas y las drogas como complemento para la atención a la enfermedad con el propósito de recuperar la salud.

Por otro lado, al considerar que es el progreso de las sociedades, así como su desarrollo, y su industrialización. Además de percibir que las contradicciones de la concepción social del proceso salud-enfermedad son las causales en la proliferación de la farmacodependencia sería erróneo, volvería a caer en un enfoque parcial de la explicación. Sería redundar si planteó aspectos ya mencionados, sin embargo no esta poder demás decir que en forma global la farmacodependencia debe ser considerada como referente de la modernidad. Toda vez, que en este lapso el problema se ha comprensible en función de su causalidad, en donde se puede observar y analizar tanto desde lo individual (carencia de valores, crisis de existencia etc), como desde lo social (valor de cambio, valor de uso etc), entendiendo lo social como lo económico, político, jurídico, etc. Al mismo tiempo se cuestiona a ésta problemática como de salud pública y su priorización por parte de las instituciones encargadas de afrontar el problema.

El Dr. Jorge de la Peña M (1992), señaló que es en la modernidad donde el problema de la farmacodependencia se vuelve un problema social con características propias. En este sentido la modernidad implica desarrollo tecnológico, entendido como las transformaciones en las relaciones sociales, dado que se presenta un proceso de capitalización amplió que conlleva necesariamente a una desigualdad social, presentándose entonces una ruptura de valores familiares, culturales y religiosos, que llevan al sujeto a un problema grave de identidad, al existir una discordancia entre lo que él espera y lo que en realidad le ofrece, manifestándose esto en su comportamiento, ya que

al no encontrar satisfactorios es objeto de una gran frustración. Ante esta situación señala el Dr. De la Peña que se genera una alternativa en el sujeto; la farmacodependencia.

El consumo de drogas se convierte en un sentido nuevo, alternativo al que le presentan su realidad en crisis, sin importar que este sentido sea negativo, derrumbando los sistemas de valores tradicionales con que cuenta el propio sujeto.

Podemos señalar en síntesis, que la modernidad implica consumismo, desvalorización, crisis de sentido, pretensiones de validez a partir del discurso científico y cambio continuo en la sociedad. De ésta manera y consecuentemente, se acentúa la ruptura natural entre el hombre y su cultura porque se multiplican los estímulos o presiones del exterior, ya que el individuo tiene dificultad para poderlos asimilar, debido a que la misma sociedad determina que viva reprimido y controlando sus impulsos.

Como se pudo observar en el apartado correspondiente la farmacodependencia no es todavía un problema tan grave en México, sobre todo al no presentarse en forma masiva y con el impacto social característico de los países altamente industrializados, en donde la mitad de la población consume por lo menos un fármaco, como lo muestran las estadísticas presentadas. Sin embargo, los factores de riesgo, el tipo de población afectada y la detección del fenómeno en diversas regiones de nuestro país hacen de la farmacodependencia un problema prioritario de salud pública.

Así los factores de riesgos considerados (el desempleo, la desintegración familiar, la deficiencia en las condiciones de bienestar social y la disponibilidad del fármaco), pueden acelerar en determinado momento el incremento de este fenómeno provocando con su desarrollo el aumento de otros conductos colaterales, como la delincuencia y el narcotráfico en todos los niveles. Sin olvidar la corrupción en las corporaciones policíacas y judiciales.

Otro punto importante de señalar, es que como consecuencia del incremento de sujetos que se drogan, mismos que quedan fuera de los procesos productivos por su nueva condición, el estado y las instituciones se ven obligados a desarrollar programas de atención, tratamiento, rehabilitación e incluso de reinserción social.

Se ha hecho notar que para aplicar los programas globales a favor al decremento de las drogas, se requiere de profesionales que conformen equipos interdisciplinarios; médicos, trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos etc., que enfrenten de manera integral el fenómeno de la farmacodependencia.

Es aquí precisamente en donde la psicología como escuela teórica esta en posibilidad de aportar una gama amplia de líneas de acción. Ya sea de forma particular ó a través de organismo e instituciones de prevención, integración y readaptación para el farmacodependiente. Así como las acciones de investigación en diversos ámbitos.

Además puede participar en enfoques denominados de "educación para la salud", buscando estrategias e implantando programas en la comunidad, sean de penetración ó de difusión. Sin olvidar ni descuidar el tratamiento y la rehabilitación. Fomentando además, una adecuada salud mental con el objetivo de reducir o eliminar el consumo de drogas. Estos programas pueden estar dirigidos principalmente a la familia, las escuelas, los maestros y a la comunidad en general a través de la creación de grupos o círculos de ayuda.

Por otro lado, aún cuando han sido discutidos por algunos autores, el psicólogo también puede colaborar aportando elementos publicitarios que ocasione, a través de su impacto, el declive al consumo de drogas, utilizando para ello técnicas de persuasión psicológica altamente sofisticadas, como lo señalan Sánchez Carrión y Ongil González (1992)

Indiscutiblemente este quehacer psicológico no puede verse aislado, sino deberá integrarse con otras disciplinas que por su propio objeto de estudio, pueden contribuir a resolver de una manera concisa el problema del abuso de drogas.

También podemos concluir que en la actualidad el llamado "problema de las drogas" tiene distintas dimensiones: en primer lugar esta el que plantean las propiedades farmacológicas de las drogas en sí. En segundo lugar, esta el problema que se le plantea al individuo por la tentación de usar ciertas drogas, especialmente aquellas a las cuales se les atribuye el poder de "dar" placer. Cayendo éste en un problema de moral y de orden psicológico (Gómez Jara 1992). En Tercer lugar, el problema que plantea la prohibición de ciertas drogas: este problema, para algunos autores (Jeffersson 1993), es en parte político y económico. En parte moral y psicológico, como se menciono anteriormente. La prohibición de las drogas constituye una forma de chivo expiatorio: crea nuevos y numerosos problemas legales y médicos y sociales. Fáciles de predecir y asociar con la intromisión autoritaria y prohibicionista.

Para Thomas Szasz (1992), los sectores de las clases altas y medias de la sociedad, la guerra contra las drogas en sí, proporciona oportunidades de ganar autoestima, reconocimiento público a través de acciones de benevolencia, darle un nuevo sentido a la vida, al trabajo, y al dinero.

Para los miembros de las clases más bajas, la guerra contra las drogas es, quizás, más útil; para los desempleados, por ejemplo, o para los jóvenes sin posibilidades de conseguir empleo dicha guerra les proporciona una oportunidad de ganarse la vida, una vez superada su adicción, como traficantes de drogas, teniendo la oportunidad de cautivar a otros en la misma materia, ya que la guerra contra las drogas les ofrece una excelente oportunidad para darle un toque de dramatismo a sus vidas y hacer creer la propia individualidad desafiando ciertos tabúes médicos modernos.

El papel que este desafío ha jugado en la farmacodependencia, es en realidad evidente. Se ve claramente en el justo rechazo de las subculturas contemporáneas a las drogas convencionales o legales y en la apasionada propensión al uso de drogas no convencionales e ilegales. El eterno enfrentamiento entre autoridad y autonomía, la tensión permanente entre el comportamiento que se somete a la represión, y él que se basa en la libre elección de cada uno, esto constituye en la actualidad los temas básicos de la moral y la psicología humana, que ahora forman parte de una pieza en la cual los protagonistas principales son las drogas y las leyes contra las drogas.

En este momento, vemos en nuestro entorno como se fortalece la imagen de personajes que son identificados por los sectores tanto policíacos como judiciales como criminales, pero que la comunidad, las familias, los jóvenes y los niños, los consideran personajes a imitar, ya que no solo proporcionan ciertos beneficios a la comunidad, sino que tienen poder, riquezas y prestigio. Estos personajes son promocionados por diversos medios clavándose en la mente de los jóvenes, existen hoy en día canciones populares (corridos, baladas etc), películas que han provocado un impacto en la vida cultural de las comunidades y de la sociedad, ya que estos personajes se han convertido en figuras públicas.

En este sentido los medios de comunicación juegan sin lugar a dudas un papel primordial en la difusión e imagen del entorno a las drogas, Sanchez y Ongil (1993), señalaron que los medios de comunicación como la Prensa y los noticiarios televisivos generan representaciones colectivas que a través de actitudes, valores y motivaciones, dirigen los comportamientos individuales y colectivos de los sujetos hacia las drogas.

Otro comentario a nivel de conclusión estaría basado a partir del señalado por Vera Ocampo (1988), el cual cita: ... " de todos los que se drogan solo algunos se vuelven farmacodependientes o toxicómanos". Esta aseveración nos hace necesariamente reflexionar sobre como la droga despierta o inviste en unos y no en otros, o como lo señala el propio Vera Ocampo, lo que la droga despierta para el futuro farmacodependiente. Sin duda aún cuando hay respuestas teóricas psicoanalíticas, como

la de: ... la toxicomanía puede estar en el orden de un antiguo placer... Placer cuyo origen habría que buscar entonces por el lado de la experiencia primaria de satisfacción; experiencia como recuerdo que el niño revestirá masivamente cada vez que se sienta amenazado por tensiones internas temibles para él. En donde sentido el recurso de las drogas sería comparable con el recurso del niño pequeño al intento de satisfacción por vía alucinatoria, ante la imperiosa exigencia de las necesidades interiores.

O tal vez, otra será la explicación de que el sujeto tiene mínima tolerancia a la frustración, motivo por el cual es preciso realizar un inventario conductual para reentrenarlo para que aprenda a responder reduciendo su ansiedad y con ello alejarlo de las drogas. Sin duda, cualquiera que sea el camino a analizar por el psicólogo, la tarea que le depara en su quehacer teórico, investigación o clínico, es arduo, incluso en su participación institucional el camino es sinuoso. Sobre todo, si consideramos los intereses sectoriales que el fenómeno de las drogas a generado (políticos, económicos, sociales, etc), a su alrededor.

Antes de concluir creo importante señalar que ya son tres décadas en donde las medidas para reducir y controlar el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, han sido preocupación de profesionales sensibilizados más allá de intereses de clase, económicos o políticos. Profesionales como los médicos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc. Sin embargo, pese a su "puro" interés de interpretar al fenómeno de la farmacodependencia como parte de una realidad concreta de la sociedad contemporánea, sus esfuerzos no han arrojado los resultados esperados tanto en programas de tratamiento, rehabilitación o reinserción social. Quisiera en este sentido enunciar a juicio personal algunos de los factores que han influido en esta situación, misma que reduzco en las siguientes aseveraciones:

- 1. El fenómeno global de las drogas se caracteriza por ser muy dinámico y cambiante, aun de una realidad a otra.*

2. *El desconocimiento de la práctica y la ausencia de investigación científica en el área del tráfico y consumo de drogas, ambos aunados a su reciente aparición como problema social en cada país.*
3. *El hecho de haber abordado el fenómeno de las drogas como un problema limitado al ámbito individual y familiar o como problema de orden público, enfocándolo sólo desde una perspectiva médico-sanitaria, o ético-jurídica, cayendo en una visión fraccionada, de tinél, frente a la complejidad y globalidad que asume el fenómeno en nuestras sociedades.*
4. *Al ubicarlo sólo como un problema de salud o de orden moral quedó marginado y planteado sólo a nivel sectorial en los planes y programas prioritarios entre las políticas del Estado, asignándosele, en consecuencia, escasos recursos financieros.*
5. *Como consecuencia de las insuficiencias de las políticas del Estado, muchos de los programas de tratamiento y rehabilitación fueron asumidos por grupos privados y/o religiosos que no han recibido el asesoramiento técnico necesario y la debida supervisión de los organismos competentes en los diferentes países de la región.*
6. *Los programas de tratamiento y rehabilitación han sido el reflejo de otras realidades ajenas a la nuestra. Lo que se ha hecho es trasplantar programas diseñados para tratar a consumidores de sustancias psicoactivas de diferente composición química (opiáceos productos farmacopólicos de elaboración sintética, genéricamente llamados narcóticos), cuyas motivaciones, patrones de consumo y consecuencias difieren de las que se dan en la realidad latinoamericana.*
7. *Algunos programas de tratamiento y rehabilitación no discriminan el abordaje para los diferentes tipos de consumidores, catalogándolos a todos como dependientes.*
8. *La inadecuada e insuficiente incorporación de la familia y de la comunidad en el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los farmacodependientes y consumidores de drogas.*
9. *El enfoque del fenómeno desde el punto de vista sólo individual o familiar, hizo que la atención se centrara exclusivamente en el consumidor, procurando desintoxicarlo y darle atención médica como única vía, además de la represiva, para controlar el*

consumo y el abuso de drogas. Así quedaron excluidos del proceso otros factores de gran importancia.

10. La falta de evaluación sistemática y científica de los cambios operados tanto en la oferta de drogas como en la demanda.

Por último, quisiera comentar también a juicio personal, que el presente trabajo introdujo en mí una percepción distinta a la que tenía al iniciar el mismo. En este sentido, las experiencias tenidas con farmacodependientes, con las familias, con los grupos de autoayuda, con dolientes por la pérdida de hijos o familiares muertos por sobredosis. Por los niños que inhalan los escapes de vehículos a falta de solventes o de cerillos. Y tal vez por las propias ganas de "escapar" o buscar ese "placer", y por que no decirlo, por seguir los pasos de las enseñanzas de Don Juan, de Carlos Castaneda. Sin duda cada una de ellas en particular y todos en general, han provocado una contradicción como ser humano y como investigador. Contradicción que no se reduce a construir ó a "catalogar un discurso más", sobre las drogas. Ni tampoco a asumir posiciones a favor o en contra de las propias drogas. Dicha contradicción se encuadra en el sentido de "amor a la vida". Ya que en la actualidad no alcanzo a percibir quien la ama más. Nosotros que intentamos reintegrar a una realidad a sujetos inmersos en un sueño o "ellos", que han decidido no pertenecer más a él o a ella.

REFERENCIAS

1. AFANADOR PEDRO A, TORREALBA MA. ROSARIO (1990) .- Orientaciones a propósito de tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social del consumidor de drogas y el farmacodependiente.- En Bayardo Ramírez .-La cuestión de las drogas en América Latina .- Ed. Monte Avila, Caracas, Venezuela.
2. ALVAREZ GOMEZ ANA JOSEFINA (1991).- Tráfico y consumo de Drogas: una visión alternativa. Ed. UNAM-ACATLAN México.
3. AVALOS CESAR (1994) .- La farmacodependencia, un fenómeno multifactorial.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
4. BARATA ALESSANDRO (1992).- El debate sobre La despenalización. Introducción a la sociología de la droga.- en Imperio de la droga. Ed. Fontamara, México.
5. BARATTA ALESSANDRO (1991) .- Introducción a una sociología de la Droga: En Ed. UNAM- ACATLAN México.
6. BAULENAS GEMMA (1994).- La intervención saludable es posible.- En Iñaki Markes.- Las drogas: de ayer a mañana. Ed. Talasa. Madrid, España.
7. CASTRO SARIÑANA MARIA ELENA (1994).- Factores de Riesgo asociados al alcoholismo de sustancias psicoactivas.- En Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México .
8. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL - Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente.- Ed. CIJ- Serie Técnica volumen 3, (1992) México.
9. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES.- Farmacos de abuso: prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones. Ed. CONADIC 1994.
10. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES.- Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. Ed. SSA-CONADIC 1995.
11. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES.- Las adicciones en México.- México D.F. 1994.
12. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES.- Las drogas y sus usuarios.- Ed. SSA-CONADIC 1994.
13. CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES.- Programa contra la farmacodependencia 1992-1994.
14. CRUZ MARTÍN DEL CAMPO SILVIA L (1994).- Farmacología de las sustancias psicoactivas. En Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México.
15. DE LA GARZA G FIDEL (1992).- Adolescencia marginal e inhalantes.- Ed. Trillas México.
16. DE LA GARZA G FIDEL (1990).- La juventud y las drogas.- Ed. Trillas México.

17. DE LA PEÑA MARTINEZ JORGE Y HERNANDEZ GALVAN ANA BERTHA.- (1991) Aspectos sociomédicos de la farmacodependencia.- En Ed. UNAM-ACATLAN México.
18. DE LA PEÑA MARTINEZ JORGE(1991).- Locus de control y farmacodependencia. En Ed. UNAM-ACATLAN México .
19. DEL OLMO ROSA(1991) .- El discurso del narcotráfico.- En Ed. UNAM-ACATLAN México .
20. DEL OLMO ROSA (1996) .- Normas y culturas en la construcción de la droga.- Ed. Hacer. Barcelona.
21. DORNBIERRER MANU (1991) .- La otra guerra de las drogas.- Ed. Grijalbo, México.
22. ESCOHOTADO ANTONIO (1989).- Historia de las Drogas.- Ed. Anagrama, Vol. I Barcelona España.
23. ESCOHOTADO ANTONIO (1996).- Historia Elemental de las Drogas.- Ed. Anagrama, Barcelona España.
24. ESCOHOTADO ANTONIO (1994) .- Una breve historia de la drogas hasta ayer mismo.- En Iñaki Markes.- Las drogas: de ayer a mañana. Ed. Talasa. Madrid, España.
25. GOMEZ JARA FRANCISCO Y MORA H GERARDO (1991).- La dimensión del narcopoder contemporáneo. En Ed. UNAM-ACATLAN México.
26. GOMEZ JARA FRANCISCO (1992).- Las dimensiones del narcopoder contemporáneo.- En Imperio de la droga. Ed. Fontamara , México.
27. GONZALEZ DURO ENRIQUE (1994).- ¿Todos contra la droga ?.- En Iñaki Markes.- Las drogas: de ayer a mañana. Ed. Talasa. Madrid, España.
28. GONZALEZ ROARO BENJAMIN (1996).- El consumo de drogas en la comunidad escolar.- En Situación actual de las adicciones en México.- CONADIC México.
29. GUZMAN VILLANUEVA EDUARDO (1991).- Familia y adicciones.- Revista del departamento de justicia. Administración de control de drogas, Abril Cali Colombia.
30. HENRY J., LEGER L (1987).- Los hombres se drogan. El estado se fortalece.- Ed. Laertes Barcelona , España,
31. KAPLAN MARCOS (1991).- Aspectos socioeconómicos y políticos del narcotráfico en América Latina. En Ed. UNAM-ACATLAN México.
32. KAPLAN MARCOS (1991).- El estado latinoamericano y el narcotráfico.- Ed. Porrúa-INACIPE México.
33. LARA TAPIA HECTOR (1994).- Clasificación de las drogas.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
34. LAURIE PETER (1992).- LAS DROGAS.- Ed. Alianza, Madrid España.
35. LE POULICHET SYLVIET (1990) .- Toxicomanías y Psicoanálisis.- Ed. Amarrortu. Buenos Aires , Arg.
36. MATARAZZI MIGUEL ANGEL (1987).- Drogodependencia.- Ed. Paidos Buenos Aires, Argentina.
37. MEDINA-MORA M. E. TAPIA C.R., RASCON M.L. Y COL (1989).- Situación del abuso de drogas en México. Boletín Especial de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington DC,EUA.

38. MEDINA-MORA MARIA ELENA, MARIÑO HERNANDEZ CARMEN Y Cols.- (1994).- Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
39. MEDINA-MORA ICAZA MARIA ELENA (1994).- Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición.- En Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México.
40. MEDINA-MORA MARIA ELENA Y ESTRADA MIGUEL ANGEL (1991).- Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y superior del Distrito Federal y Zona Conurbada. En revista Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría .
41. MENENDEZ EDUARDO (1988) .- Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales.- Revista Nueva Antropología ,Vol. X. núm. 34. México.
42. MENENDEZ EDUARDO (1991) .- Antropología del alcoholismo en México.- Ed. Casa Chata México.
43. MENENDEZ EDUARDO (1988).- El concepto de clase social en la investigación de la problemática salud-enfermedad.- Revista Nueva Antropología número 34 , México.
44. MOCTEZUMA BARRAGAN GONZALO (1994).- Marco jurídico de las adicciones.- En Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México
45. NATERA GUILLERMINA (1994).- La familia ante las adicciones, análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F..
46. ORTIZ ARTURO Y ROMERO MARTHA (1994).- El consumo de las Drogas en la Ciudad de México.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
47. ORTIZ ARTURO Y UNIKEL CLAUDIA (1994).- El uso de drogas en México en la época precolombina.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
48. ORTIZ ARTURO (1994).- Aspectos psicológicos de la adicción.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
49. ORTIZ ARTURO (1989).- Desarrollo del sistema de registro de información sobre drogas en México.- Boletín Especial de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington DC.EUA .0.
50. ORTIZ ARTURO (1991).- Panorama del consumo de las drogas en México.- En Ed. UNAM-ACATLAN México
51. ORTIZ ARTURO (1994).- Principio terapéutico psicológico general.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
52. PEREZ MONTFORT (1994).- Fragmentos de la Historia Social y las drogas en México en la época de 1870-1910.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
53. POLLIN WILLIAM (1992) .- La prevención del abuso de drogas.- National Institute on Drugs Abuse.- Rockville, Meryland EUA.
54. PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA.- El control de drogas en México.- PGR 1992.
55. PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA.- La familia el mejor frente contra las drogas. Unidad de Promoción Voluntaria 1992.
56. PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA.- Programa de Atención a la Farmacodependencia (ADEFAR). Informe de actividades de 1989,1990,1991. 1992.

57. PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA.- Programa Nacional para el Control de Drogas 1989-1994.
58. PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA.- Sistema estadístico uniforme para el control de drogas.- Ed. PGR-CENDRO, Agosto 1996.
59. RAMÍREZ BAYARDO Y MONAGAS (1990).- La cuestión de las drogas en América Latina.- Ed. Monte Avila, Caracas, Venezuela.
60. RENGIFO CESAR (1990).-Del modelo Geopolítico Estructural.- en Bayardo Ramirez - La cuestión de las drogas en América Latina .- Ed. Monte Avila, Caracas, Venezuela.
61. ROMERO VAZQUEZ BERNARDO (1991) .- El consumo ritual de las drogas: entre la prohibición y la resistencia cultural.- En Ed. UNAM-ACATLAN México.
62. SANCHEZ CARRION J.J. Y ONGIL G M. DE LOURDES(1992).- La construcción social de una realidad.: El caso de las drogas .- En Imperio de la droga. Ed. Fontamara México.
63. SCHANAS DE GARAY LOURDES (1986).- Características psicosociales de un grupo de internos farmacodependientes.- Revista Serie de investigaciones núm. 2 Instituto Nacional de Ciencias Penales . Secretaría de Gobernación , Méx..
64. SCHWEBEL ROBERT (1991).- Decir no, no es suficiente.- Como tratar con sus hijos el tema de las drogas.- Ed. Paidós Buenos Aires, Argentina.
65. SECRETARIA DE SALUD.- Encuesta nacional de Adicciones 1990.- Secretaria de Salud- Sistema Nacional de Encuestas de Salud, México 1990.
66. SECRETARIA DE SALUD.- Encuesta nacional de Adicciones 1996.- Secretaria de Salud-Sistema Nacional de Encuestas de Salud, México 1996.
67. SECRETARIA DE SALUD.- Situación actual de las adicciones en México.- CONADIC 1996 México.
68. SMITH PETER (1993).- El combate de las drogas en América.- Ed. Fondo de Cultura Económica México.
69. STANTON M.D. Y TODD T (1988). – Terapia Familiar del Abuso y Adicción de las Drogas.- Ed. Gedisa, Buenos Aires, Argentina.
70. SZAS TOMAS (1992).- Contra el estado terapéutico.- en Imperio de la droga. Ed. Fontamara, México.
71. TAPIA CONYER ROBERTO (1994).- Dimensión epidemiológica de las adicciones.- En Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México.
72. TAPIA CONYER ROBERTO (1994).- Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México.
73. TAYLOR WILLIAM B (1987).- Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas. Ed. FCE..
74. TENORIO TAGLE FERNANDO (1991).- El control social de las drogas en México.- Ed. Instituto Nacional de Ciencias Penales México.
75. TREJO FLORES ELENA (1994).- Modulo de tratamiento.- En Las adicciones en México CONADIC.- México D.F.
76. VELASCO FERNANDEZ RAFAEL (1988).- Información básica para la educación y la comunicación social en el campo de la farmacodependencia.- CESAAL, Centro de estudios sobre alcohol y alcoholismo, A.C.
77. VELASCO FERNANDO RAFAEL (1988).- Información básica en el campo de la farmacodependencia.- Ed. CESAAL, México

78. VERA OCAMPO EDUARDO (1988).- Drogas, psicoanálisis y toxicomanías.- Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
79. VIESCA TREVIÑO CARLOS (1994).- Bosquejo histórico de las adicciones.- En Las Adicciones; dimensión, impacto y perspectivas, Ed. Manual Moderno, México.
80. WASHTON ARNOLD Y BOUNDI DONNA (1991).- Querer no es suficiente.- Ed. Paidós Buenos Aires, Argentina.