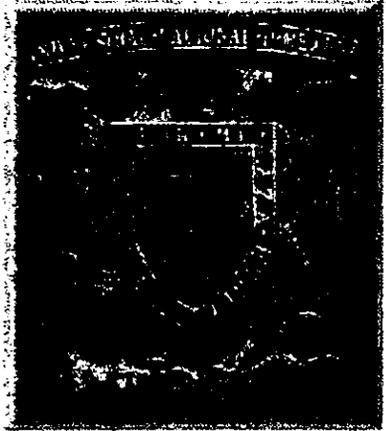


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**



UN ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL CONSUMO EN FORMA
DE ABUSO DE LOS SOLVENTES ORGÁNICOS, EN LA
COMUNIDAD ESTUDIANTIL DE INTERNADOS OFICIALES DE LA SEP

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

ARTURO ANGEL LÓPEZ DEHESA

ASESORES DE TESIS:

DR. EN ANTROPOLOGÍA	LUIS ALFONSO BERRUECOS VILLALOBOS
LIC. EN PSICOLOGÍA	TERESA GARCÍA GÓMEZ
DR. EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	JUAN SALINAS OROZCO

162362



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.

“BIENAVENTURADO EL HOMBRE QUE HALLA LA SABIDURÍA Y QUE OBTIENE LA INTELIGENCIA, PORQUE SU GANANCIA ES MEJOR QUE LA GANANCIA DE LA PLATA Y SUS FRUTOS MÁS QUE EL ORO FINO.”

PROVERBIOS: 3-13,14

“QUIEN VEA FRACASAR EN EDAD MADURA SUS ESFUERZOS POR ALCANZAR LA FELICIDAD, AÚN HALLARÁ CONSUELO EN EL PLACER DE LA INTOXICACIÓN CRÓNICA, O BIEN EMPRENDERÁ ESA DESESPERADA TENTATIVA DE REBELIÓN QUE ES LA PSICOSIS.”

FREUD, 1930

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco en todo su valor, el generoso y paciente apoyo que me otorgaron mis asesores: el Dr. en Antropología Luis Alfonso Berruecos Villalobos; la Lic. en Psicología Teresa García Gómez; el Dr. en Ciencias de la Comunicación Juan Salinas Orozco.

A la Lic. en Psicología Graciela Almazán Gómez, egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana, por su valioso apoyo en la aplicación del cuestionario adaptado a los alumnos de internados, así como sus atinados comentarios al trabajo realizado. También mi agradecimiento a la Profra. Guadalupe Néquiz Rocha, y un especial agradecimiento a la Profra. Laura Suárez Pulido, Directora de Administración Escolar de la Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto de la SEP; al Sr. David Ignacio Ortiz Góngora, y en general a todas aquellas personas en quienes no decayó su confianza en mí para la culminación de este trabajo. A todos ellos. Gracias.

DEDICATORIAS

**A LA MEMORIA DE MI MAESTRO
DR. LUIS ADOLFO VARGAS PARRAO
EN PAZ DESCANSE**

**A MI HIJA VERÓNICA. POR SU COMPRENSIÓN Y POR
DARME LA OPORTUNIDAD DE COMPROBAR QUE
EL AMOR DE UN PADRE PUEDE MOVER MONTAÑAS.**

**A MÍ MISMO. POR DARME LA OPORTUNIDAD
DE EMERGER DE MI PROPIO CAOS**

**A LA MEMORIA DE MI PADRE.
SR. ANGEL LÓPEZ VARGAS
SARGENTO 1° DE LA FUERZA
AÉREA MEXICANA.**

**A LA MEMORIA DE MIS FAMILIARES:
TERESA VARGAS TREVIÑO,
ALVARO LÓPEZ OLGUÍN
SOLEDAD LÓPEZ OLGUÍN Y
ARISTEO LÓPEZ OLGUÍN
(DE ALGUNA MANERA HEMOS
MUERTO POR LA MISMA CAUSA)**

**A TODO SER HUMANO QUE POR
TAL SE TENGA.**

INDICE

RESÚMEN

INTRODUCCIÓN

1

1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS ADICCIONES.

7

1.1 Antecedentes

7

1.2 Los Estimulantes del Sistema Nervioso Central

19

1.3 Los Alucinógenos

25

1.4 Los Opiáceos

28

1.5 Los Depresores del Sistema Nervioso Central

31

2. LOS INHALABLES O SOLVENTES ORGÁNICOS

37

2.1 Antecedentes históricos y conceptos básicos

37

2.2 Clasificación de los Solventes Orgánicos

39

2.3 El problema: Uso y abuso de los Solventes Orgánicos

41

2.4 La Psicoterapia: Una alternativa de solución

55

3. APLICACIÓN DEL PROGRAMA: "EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE EL CONSUMO DE INHALABLES EN ALUMNOS DE INTERNADOS PERTENECIENTES A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL."

61

3.1 Justificación del Problema

61

3.2 Población

62

3.3 Objetivo General

63

3.4 Hipótesis de Trabajo

63

3.5 Estrategia

64

3.6 Resultados

72

3.7 conclusiones

88

4. PROPUESTA DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ALUMNOS DE INTERNADOS OFICIALES DEL DISTRITO FEDERAL.

110

BIBLIOGRAFÍA

125

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo aborda el tema de la drogadicción con solventes orgánicos en los internados de la Secretaría de Educación Pública en el Distrito Federal. El Capítulo I proporciona al lector una serie de conceptos fundamentales para comprender las adicciones en general y algunos antecedentes sobre el desarrollo del fenómeno de la farmacodependencia, enseguida el trabajo se centra en la forma en que se han dividido las diferentes drogas para su mejor estudio, a saber, los Estimulantes del Sistema Nervioso Central (SNC); los Depresores del SNC; los Alucinógenos y finalmente los Opiáceos.

El Capítulo II aborda el temas de los solventes orgánicos, proporcionando breves antecedentes históricos y algunos conceptos básicos como son el uso y abuso de estas sustancias; proporciona además una clasificación de los también llamados inhalables y proporciona tablas que muestran el problema actual y la forma como se ha incrementado a través del tiempo. Finaliza el capítulo II presentando a la psicoterapia como una alternativa de solución al problema del consumo en forma de abuso de los solventes orgánicos.

El capítulo III es la aplicación de un programa diseñado para cuantificar la cantidad de alumnos de internados oficiales en el Distrito Federal, que consumen en forma de abuso los solventes orgánicos, así como comparar nueve actitudes de los alumnos consumidores y los no consumidores.

Finalmente se presenta un programa que pretende ser un apoyo preventivo sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como de algunas conductas autodestructivas como la baja autoestima por ejemplo.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las adicciones, tanto en el ámbito social como en el individual, no fue ni con mucho un fenómeno surgido de manera espontánea, sino un fenómeno que obedeció a un proceso principalmente psicológico y en el cual entre otros aspectos, encontramos presentes las agresiones paternas, desde las simples agresiones verbales, hasta los traumatismos físicos y los ataques sexuales, siendo estos últimos aspectos ejemplo de los llamados factores de riesgo. El problema, como todos los que enfrenta la humanidad, no es en absoluto estático, evoluciona y en la actualidad, adquiere proporciones jamás contempladas en la historia del ser humano, aún cuando los avances en las investigaciones sobre este tópico, demuestran que el hombre mantenía un estrecho contacto con las ahora llamadas sustancias psicoactivas desde un pasado remoto, pero a diferencia de la actualidad, el consumo de las antiguas sociedades estaba asociado a rituales de tipo religioso, encontrando por ejemplo el alcohol cuyo uso fue ritual ceremonial en México, hasta antes de la conquista española (Mariátegui 84; citado en Berruecos 1989: p.137) y posterior a ella surge un patrón de consumo compulsivo; incluso en la actualidad, existen algunos pueblos mexicanos y sudamericanos donde el consumo de sustancias forma parte de sus cultos religiosos, y un ejemplo de esto son los Huicholes que consumen el peyote en el territorio conocido como San Sebastián en los límites entre Nayarit y Jalisco, o en el viejo distrito minero del Real de Catorce en San Luis Potosí (Nahmad, 1972: p.14) y el ejemplo de los rituales donde se consume este alucinógeno son la Ceremonia del Tambor y la Calabaza, o la Ceremonia de Tostar el Maíz (Nahmad, Op. Cit. p. 22).

En el presente estudio se coincide con afirmaciones como por ejemplo, las de la Dra. Silvia Cruz (1992), en el sentido de que con los avances de las ciencias como la Química y por otro lado la tecnología, cambió también el contacto del hombre con las sustancias psicoactivas. La Química logró identificar y purificar los ingredientes activos de las plantas, y la tecnología logró vías de administración más eficientes como la hipodérmica por ejemplo y todo ello, aunado a factores de

tipo psicológico individual y socioeconómicos principalmente, dio como resultado que ya no fuera igual el contacto del hombre con estas sustancias, surgiendo así el fenómeno de las adicciones; sin embargo, el mismo avance de las ciencias permitió al hombre también mejorar sus medios de conocimiento, esto es, sus métodos para la detección de este tipo de problemas, encontrando así los más variados sistemas de métodos, es decir, metodologías (Rubinstein, 1974: p.44), en los trabajos revisados para este estudio. Así, en los factores psicológico individuales, se encontraron aportaciones de autores como S. Freud (1930) y R. MacKinnon (1973), quienes puntualizan que, en tanto la mayoría de la gente busca sentimientos de seguridad, libertad de ansiedad y felicidad a través del contacto humano estrecho y del afecto, el adicto se sirve para ello de la farmacodependencia, ya que la sustitución de los seres humanos por químicos que alteren su percepción, protegen al individuo adicto de las ansiedades y frustraciones normales en las relaciones interpersonales, pero el precio que paga por esto es alto, el precio es el aislamiento social así como la dependencia física y psicológica al fármaco encontrando además, que existen fármacos específicos asociados a patrones psicodinámicos específicos. Algunos factores de tipo individual señalados por Hawkins y cols. (92), fueron la edad, las expectativas futuras, el sexo, etc. Entre los factores de tipo socioeconómico mencionados por este y otros autores como Bermúdez (1989), destacaron la familia, los valores morales y religiosos, la publicidad, el status social, etc.

Para contribuir a la comprensión de este complejo problema social, este estudio se basa fundamentalmente en el enfoque psicoanalítico y con esta base se presentó en el primer capítulo, un panorama general de las adicciones, apoyado en investigaciones efectuadas por autores mexicanos y empleando la estructura propuesta por el enfoque farmacológico, por considerarla la más completa, pero iniciando con algunos conceptos básicos tales como el concepto mismo de la farmacodependencia, intoxicación aguda, intoxicación crónica, síndrome de abstinencia, tolerancia, tolerancia cruzada, etc., dando paso así, a los Estimulantes del Sistema Nervioso Central, señalando primeramente los

estimulantes mayores como la cocaína y las anfetaminas, para continuar con los estimulantes menores como la cafeína y la nicotina. Se abordaron también los alucinógenos como el llamado LSD y los cannabinoides, esto es la Marihuana y el Hashish, sin olvidar la Fenciclidina mejor conocida como “polvo de ángel”. Posteriormente se abordaron los Opioides como la petidina y la metadona; la morfina, la heroína y el opio. Se finalizó el primer capítulo abordando los Depresores del Sistema Nervioso Central, haciendo un especial énfasis en el alcohol etílico por ser esta la droga más usada y estudiada, así como la que más problemas causa en el contexto social debido, junto con la nicotina al carácter de drogas legales. Dentro de los mismos depresores, se señalaron también los hipnóticos y sedantes como las benzodiazepinas, mejor conocidas como pastillas para los nervios y los barbitúricos o “pastillas para dormir”, estas últimas bastante socorridas por los suicidas. Finalmente se abordó el más poderoso y destructivo de los Depresores del Sistema Nervioso Central: los Solventes Orgánicos o Inhalables. La idea de dejar al último este importante grupo de drogas, fue con el fin de abrir la puerta al segundo capítulo de este estudio y que fue precisamente el de los Solventes Orgánicos.

Los Solventes Orgánicos o Inhalables son efectivamente, drogas sumamente destructivas, pero su uso industrial y comercial permite que no tenga las restricciones para su venta como las que tienen por ejemplo algunos alcaloides, lo cual los transforma en drogas de prácticamente, libre circulación y su uso va desde el padre que enseña a su hijo el aeromodelismo, hasta la futura madre que inhala peróxidos y acetonas en el salón de belleza, siendo este último aspecto de extrema gravedad si la mujer embarazada, es también trabajadora del citado “salón de belleza”.

Otro aspecto que se abordó tanto en el primero como en el segundo capítulos, fue el de presentar algunas características de los usuarios, de igual forma se presentaron métodos para la identificación de drogas y de usuarios.

El tabaco y el alcohol efectivamente, son las drogas que más efectos causan en el contexto social, amparadas como se señaló por su carácter de drogas legales, no obstante son drogas en torno a las cuales se pueden encontrar el mayor número de estudios, los inhalables sin embargo son drogas mucho más destructivas y la mayoría de los investigadores que han escrito sobre ellos (Hawkins y cols. Op. Cit.; Medina Mora, 92; Bermúdez 89, y otros), coinciden en que son los menores de edad que presentan ciertas características y factores de riesgo, los que consumen este tipo de drogas, de ahí la importancia central del estudio realizado. Resulta notable el esfuerzo que realiza el sector educativo al prevenir el consumo de drogas entre la población estudiantil, y este esfuerzo se ve reflejado en acciones como el Programa Educativo de Prevención Contra las Adicciones (PEPCA), no obstante estos programas tienen una característica común, siempre se enfocan a las áreas de educación preescolar, primaria y secundaria y son pocos los programas que se diseñan específicamente para alumnos de internados oficiales, aún cuando esta población tiene implícitos más factores de riesgo, dadas las características sociales familiares, etc.

Con esta base surgió la idea de diseñar un programa preventivo, específico para la población de internados pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública, seleccionando los inhalables debido a las características de la población y de la droga en sí. Tales características apuntan hacia el hecho de que estas sustancias psicoactivas, son utilizadas como fármacos de abuso, principalmente por niños y jóvenes de los estratos sociales y culturales más pobres, incrementándose el riesgo si esta población, proviene de familias donde uno o varios de sus elementos abusan del alcohol o consumen alguna otra droga.

El universo estudiado tiene periodos de estancia fuera de los planteles, periodos como por ejemplo el Verano, los días festivos y los fines de semana principalmente. Durante estos periodos se considera que es posible su contacto con estos fármacos.

Como se señaló, para el logro del primer objetivo, se empleó la metodología utilizada por investigadores mexicanos, tales como la Dra. María Elena Medina Mora (1992), el Dr. Rafael Velasco Fernández (1992), el Dr. En Antropología Luis Alfonso Berruecos Villalobos (1983, 1988 y 1989) y otros autores más.

En la metodología que utilizan estos autores, se observó que parten del diagnóstico de la situación para medir el nivel de consumo a través de métodos como los cuestionarios, esto es las encuestas, resultando el método idóneo pues el campo de aplicación de las encuestas está principalmente en los fenómenos masivos de carácter externo (Rubinstein, Op. Cit.), y las adicciones son fenómenos masivos que se manifiestan en forma externa, principalmente en grupos específicos de personas como podrían ser los llamados grupos de riesgo para el consumo de sustancias adictivas: “niños de la calle”, “chavos banda”, etc. (Bermúdez, 1989). Pero las adicciones tienen otras manifestaciones externas en el ámbito social: son causa de ausentismo laboral, accidentes laborales, accidentes de tránsito, desintegración familiar, etc. (Medina Mora 1992).

Así, en el capítulo 3 llamado: “EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE EL CONSUMO DE INHALANTES EN ALUMNOS DE INTERNADOS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL”, la estrategia para lograr los objetivos, fue una encuesta que consistió en adaptar un fragmento del cuestionario para estudiantes utilizado por la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Noviembre de 1991 (anexo I), con objeto de detectar el consumo de sustancias ilegales en la población estudiantil a escala nacional; el motivo específico de utilizar cada reactivo se detalló en este mismo capítulo y de igual manera, se mencionó la forma de procesar la información.

Se finalizó el capítulo 3 con dos apartados, en el primero, se presentaron los resultados del programa aplicado y en el segundo, se presenta un análisis y las conclusiones a que dio lugar el presente estudio.

En el punto 4, se propuso un programa susceptible de aplicación, para prevenir el consumo de inhalables y otras conductas autodestructivas. Se buscó que el programa estuviera acorde con los resultados obtenidos de la aplicación del programa del capítulo 3. Se finalizó este documento presentando un apartado correspondiente a los anexos y otro a la bibliografía consultada para este trabajo.

1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS ADICCIONES.

1.1 Antecedentes

Resulta de interés la exposición que hace el Dr. Cantú Guzmán (1991: p. 10), sobre la personalidad adictiva, señalando que la farmacodependencia es un fenómeno que se ha investigado a través de uno solo de sus síntomas, a saber, el uso de la sustancia, dando como resultado una percepción parcial del problema, lo cual desemboca en un tratamiento incompleto.

El interés por la opinión del Dr. Cantú Guzmán (íbidem), radica en que este autor señala en su estudio que un farmacodependiente, es un individuo que busca en las sustancias psicoactivas una forma de anestesiar sus emociones. El punto central de este aspecto, estaría en exponer cuales son las emociones que el adicto trata de anestesiar y aún más, que fue lo que motivo esas emociones, esto es, la génesis de la adicción, y es aquí de donde partirá el presente estudio.

Rodríguez y Lortia (1996: p.16) señalan que la infancia es la más feliz de las épocas, y que esta es una opinión que tiene una amplia difusión en nuestra sociedad; sin embargo, dicen, cuando empezamos a profundizar en este aspecto, encontramos que esto es menos común de lo que parece.

Ruíz (1989: p. 88), narra una escena que se repite cada cinco días en una sala del hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro, donde se reúnen aproximadamente 12 padres de familia (varios grupos a la semana) con el objeto de, literalmente, salvar a sus hijos pacientes del hospital, por motivo de torturas sufridas a manos de sus propios padres. Marcovich (1978: p.28), indica que las lesiones de los niños, suelen incluir hundimientos craneanos producidos por "coscorriones" o golpes en la cabeza con daño cerebral, o bien fracturas múltiples de huesos que han provocado, incluso la amputación de las manos o lesiones en las partes blandas o vísceras que revelan un sadismo inconcebible. En los casos que por desgracia ya no es posible hacer nada por la criatura se encuentran: quemados,

estrangulados congelados, apuñalados, baleados, con shock eléctrico, arrojados en forma violenta. Marcovich (Op. Cit: p. 39-41), en su artículo, aporta evidencias fotográficas de lo que dice.

Pero, también existen los casos, descritos por el Dr. Arturo Ortíz en la entrevista con Bermúdez (1989: p. 44), en los que desde antes de nacer, el niño siente que sus padres no lo quieren,...“Tal vez su madre estaba predispuesta al aborto, al rechazo físico y emocional, si pensó o intentó abortar, su hijo lo sintió a nivel inconsciente... y así, crece con el fantasma de la muerte, intuyendo que mamá pudo haberlo matado. No hay modo de engañarlo ni de engañarse, de decirse: mamá me quiere, por que en el fondo sabe que mamá no lo deseaba, que pensó en matarlo. Entonces él busca como sustituir el cariño que su madre le negó, y así, por sobrevivencia, él se autoaborta de la familia y se va de su casa cuando apenas ha cumplido unos cuantos años.” Resulta claro el Dr. Ortíz (en Bermúdez Op. Cit: p. 47), al señalar que en estos casos, el padre o madre, fractura a sus hijos emocionalmente para el resto de sus días. De esta forma entonces, podemos empezar a perfilar las emociones que el futuro adicto requiere de anestésiar.

Son muchos los autores que concuerdan con la afirmación de MacKinnon y Michels (1973: p-66), en el sentido de que las experiencias de la niñez son críticas en cuanto a determinar la conducta adulta ulterior. Los impulsos básicos, como por ejemplo el sexual, impelen al individuo hacia una conducta que debiera conducir a su satisfacción; no obstante tal conducta, podrá verse total o parcialmente bloqueada por un aumento de tensión intrapsíquica, resultado de una anticipación de consecuencias desagradables, manifestándose por medio de un estado emocional: el miedo, mismo que se relaciona con la percepción de un peligro inmediato (que podría ser un sentimiento de culpa), situación que se complica cuando el peligro o consecuencias peligrosas no son ni reales ni inmediatas, sino más bien fantasías, temores imaginarios que resultan de experiencias formadoras en la niñez, esto es, cuando la sombra del pasado se proyecta sobre el presente, encontrando así, que existen conflictos entre deseos y temores inconscientes,

síntomas inequívocos de malestar psicológico, puesto que, toda psicopatología, representa un compromiso entre un deseo inaceptable, reprimido, y un temor inconsciente (MacKinnon y Michels Op. Cit: p. 67). Con algunas variantes en cuanto a las características psicodinámicas, hablamos aquí de los síndromes clínicos, esto es, la depresión; el pánico (endógeno y exógeno); la despersonalización; el obsesivo; la histeria; la esquizofrenia; la paranoia y otros estados somáticos (Bellak y Small 1965: p.139-215), cuyos orígenes invariablemente, encontramos en la infancia. Estos síndromes, aunados a los que Bralic y cols. (1979-p. 62), definen como deprivación cultural, también coadyuvan a una farmacogénesis.

En cuanto a la deprivación cultural, Sonia Bralic y sus cols. (Op. Cit: p. 63), indican que existe evidencia de diferencias de desarrollo psíquico, en niños de diversos grupos socioeconómicos, esto por supuesto en desmedro de grupos sociales en desventaja. Sin embargo, Hawkins y sus cols. (1992: p. 1-7), señalan que los factores sociales y económicos, solo son dos de los múltiples aspectos que contribuyen a la drogadicción. Dentro de lo socioeconómico, señala Hawkins, existen factores de riesgo, encontrando en lo social, por ejemplo las leyes y normas de uso favorable de un fármaco (alcohol y tabaco entre otros), así como la disponibilidad social. En lo económico serían la pobreza, la escasez de vivienda, las viviendas pobres y la desorganización del vecindario (robos, asaltos, poca vigilancia, etc.). En los factores de riesgo familiares, se encuentran las actividades y conductas de la familia que consume alcohol o drogas; inconsistencia en la administración familiar (debido por ejemplo, al consumo excesivo de tabaco), y la poca unión familiar (riñas, golpes, etc.). Pero es el caso, que el aspecto familiar debido a su importancia y complejidad, requiere de mencionarse con alguna profundidad y se abordará un poco más adelante, de momento es importante contemplar los aspectos que menciona la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como factores de riesgo laborales: “también existen condiciones de trabajo que pueden contribuir al surgimiento de problemas relacionados con el alcohol y las drogas, entre otras se pueden mencionar: la posibilidad de conseguir alcohol y

drogas en el trabajo, las presiones ejercidas por la sociedad para que se beba o se consuman otras drogas en el trabajo, los viajes y el alejamiento de las relaciones sociales y sexuales normales, el estrés en el trabajo, el empleo precario y la posibilidad de desempleo, el trabajo monótono, el trabajo por turnos, el trabajo nocturno y otras modalidades de trabajo que obligan a cambiar de lugar y suponen frecuentes cambios de colaboradores y de superiores. En el caso de que un trabajador dé a conocer voluntariamente al empleador los problemas que tuvo en relación con el alcohol o las drogas debería abstenerse, en la medida de lo posible, de exponer a la persona rehabilitada a situaciones de trabajo análogas a las que pudieron haber motivado, en el pasado, esos problemas". (OIT 2000. p.19 y 39).

Retomando al ambiente familiar, el Dr. Guzmán Villanueva (1991-p. 11), expone que el problema de la adicción a sustancias permite la aparición de la codependencia, esto es, los afectados en forma indirecta por el adicto y, por supuesto en primer lugar encontramos a los familiares más cercanos del farmacodependiente: los padres, hijos, cónyuges, etc..

Concretamente acerca de los codependientes de un alcohólico, Carlos De Almagro señala: "Los codependientes de un alcohólico piensan que si deja de beber todo estará bien. Están tan absortos en corregir a su borrachín que pierden de vista sus propios problemas. Es difícil convencerlos de que ellos mismos se encuentran en una situación grave. Así como el alcohólico rechaza la idea de serlo, el codependiente rechaza su triste situación. Están convencidos de que el único que *está mal* es el alcohólico y no reconocen su propio drama de ser adictos a un adicto." (Almagro De. 1995. p. 117).

Minuchin (citado en Guzmán Op. Cit: p. 14), por otro lado, da el nombre a esta familia adicta de "familia psicósomática", la cual pareciera funcionar óptimamente cuando alguno de sus miembros se encuentra enfermo, estableciendo un sistema de vida que permite a la enfermedad continuar de generación en generación, si

bien, paradójicamente existe una comunicación agresiva donde hay insultos, gritos y humillaciones, lo cual deteriora la autoestima de todos los integrantes de la familia e incrementa resentimientos; además es común en los hijos principalmente, desarrollar conductas que a la larga les provoca un sufrimiento crónico, una sensación de vacío por la falta de apoyo, de amor y confianza, todo esto, aunado a un miedo no solo por el adicto, sino también por la codependiente (o el codependiente), ante sus reacciones impulsivas a la conducta del farmacodependiente. Así, la tristeza, la desilusión, la amargura, la soledad, el rencor y la nostalgia están presentes en cada uno de los miembros de la familia. Quedan por señalar aún otros aspectos igualmente importantes para el desarrollo de una dependencia a las drogas, no obstante, cabe enfatizar aquí, que todos estos factores sociales, familiares, etc.; esto es, el entorno social, laboral, familiar y, por que no, escolar, son los ambientes que unidos a la psique del individuo son la pauta para el desarrollo de las adicciones (Guzmán Op. Cit: p. 15).

Aún con todo, existe otro potencial factor de riesgo: los miembros pequeños de la familia, aún cuando no consuman sustancias, desarrollarán los mismos patrones de conducta que han aprendido y estarán presentes en su futura relación familiar, continuándolos generacionalmente, hasta que alguien se desprenda de esta identidad familiar e inicie un nuevo modelo de vida; pero, si el daño fue brutal, la enfermedad termina con la muerte del adicto, o bien con la muerte de algún miembro de la familia en forma de suicidio consciente o inconsciente, en forma de accidente (Ibídem).

Hawkins y sus cols. (Op. Cit: p. 15), también mencionan los factores de riesgo escolares, es decir, el fracaso escolar o bien el poco compromiso con la escuela. Finalmente estos autores señalan los factores de riesgo individuales entre los que están los problemas de comportamiento persistentes; la asociación con personas que consumen drogas; la indisposición a los factores dominantes de la sociedad y la rebeldía. En general todas aquellas actitudes que favorecen el uso de drogas.

Existe un dato en relación a lo económico, que resulta de gran utilidad contrastar, y es lo que señala Hawkins y cols. (Op. Cit: p. 3) y Mackinnon y Michels (Op. Cit: p. 60). Si bien aquellos señalan que las desventajas socioeconómicas (pobreza, escasez de vivienda, etc.) están asociadas con los problemas de conducta y delincuencia; estos resultan claros al indicar que, no es más que después de haber adquirido cierto bienestar económico que la persona (o personas), descubren la existencia de problemas personales internos que no se resuelven automáticamente por la adquisición de bienes materiales. Una persona puede subir en su status socioeconómico, pero en las más de las ocasiones, aún cuando esto no resuelve sus problemas emocionales, se topa además con otro tipo de problemas como el rechazo mutuo entre su grupo de origen y él, lo cual agrega a sus problemas un profundo sentido de culpa y enajenación. Como ejemplos de esto podemos señalar al poderoso industrial o al encumbrado artista con problemas de alcoholismo, de tal forma que no resulta arriesgado señalar que una persona con problemas de consumo de drogas, pueda hacer de una buena economía un factor de riesgo más.

Resulta necesario ahora, para profundizar más este estudio, la inclusión de algunos conceptos que en su momento resultan fundamentales, dado que el estudio sistemático de las adicciones es un campo nuevo, no obstante que el contacto de hombre con sustancias que alteran su estado físico y mental, así como su percepción del medio ambiente, trasciende muy probablemente más allá de la historia escrita.

Sin duda la definición más importante y por tanto con la que iniciaremos, es la de farmacodependencia. Existen varios términos como toxicomanía, drogadicción, hábito, adicción, etc. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (citada en CONADIC 1992B: p. 15), propone el siguiente término y definición: "Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizada por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso

irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces para evitar el malestar producido por la privación”; en la inteligencia de que en 1982 la OMS, definió fármaco como: “cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y posiblemente también, la estructura del organismo”.

Tomando como base estas definiciones, se considera importante la aclaración que expone la Dra. Silvia Cruz (1992: p. 3), en el sentido de que, no es posible definir la farmacodependencia de una manera simple y unificada, debido principalmente a la presencia de diversos componentes en la intoxicación aguda y crónica en diferentes sustancias. Así, explica la Dra. Cruz (Op. Cit: p. 5), el intoxicado con etanol presenta perturbaciones motoras y de equilibrio, en tanto, el intoxicado con cocaína, presenta buena coordinación motriz y claridad de ideas; además la autoadministración de fármacos como la heroína, cocaína, alcohol o alucinógenos, no sigue los mismos patrones de conducta, ni se observan los mismos signos y síntomas después de periodos prolongados de contacto con cada uno de estos fármacos, naturalmente complicándose todos estos aspectos si el individuo es “poliusuario”.

Dos estados que resulta importante definir y discriminar son la intoxicación aguda y la intoxicación crónica. En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10: p. 100), define la intoxicación aguda como: “Un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o alcohol, que producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas”. La intoxicación crónica se entenderá como: “El estado patológico de un organismo con alteraciones fisiológicas desencadenadas por efecto de una sustancia o fármaco, cuyo consumo ha sido prolongado y se presenta el fenómeno acumulativo” (CIE-10: p. 101).

No menos importantes son los conceptos de “síndrome de dependencia” y “síndrome de abstinencia”. Se entenderá como síndrome de dependencia al conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor mas alto” (CIE-10: p. 103). Asimismo, se entenderá como “síndrome de abstinencia: al conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas”, (CESSAL, 1990 p. 75). Este síndrome es diferente en cada droga. Hoy día es cada vez más frecuente entre los farmacodependientes el consumo combinado de varias drogas, se conoce a estos sujetos como “poliusuarios”.

Para la mejor comprensión de este aspecto se denominará “interacción”, al fenómeno que ocurre cuando dos o más fármacos combinan sus efectos sobre un organismo vivo alterando sus funciones de una manera particular, (CESSAL 1990: p. 111); el “efecto aditivo o sumativo, será el resultado de ingerir dos sustancias que provocan la misma respuesta de un organismo y suman su acción ($2+2=4$)”, (CESSAL, Op. Cit: p. 112). Resulta fácil comprender este concepto pues por ejemplo los estimulantes del Sistema Nervioso Central, provocan la misma respuesta de un organismo y al ingerir dos estimulantes distintos, su efecto puede ser sumativo. Se entenderá por “efecto sinérgico, cuando el efecto total de dos fármacos es mayor a la suma de sus efectos separados ($2+2=5$), (CESSAL, Op. Cit: p.112), es decir, se potencializa el efecto”. Finalmente el “efecto antagónico es cuando la respuesta total de ingerir dos fármacos, es menor que la suma de los efectos independientes ($2+2=3$)”, (CESSAL, Op. Cit: p. 114).

La dependencia física, también conocida como neuroadaptación, es un “estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente el fármaco”, (CONADIC 1992b: p. 15)

La dependencia psíquica o psicológica es el “uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo”, (CONADIC, Op. Cit. b: p. 16).

Un particular énfasis requiere el concepto de tolerancia, entendida como la “disminución progresiva de los efectos de una droga a dosis iguales sucesivas”, (Hollister, citado en Cruz 1992: p. 7), es decir, la gran mayoría de las drogas, requiere de administrarse en dosis cada vez mayores para producir el mismo efecto placentero o anestésico provocado la primera vez que se utilizó. Sin embargo existen varios tipos de tolerancia, definiéndose de acuerdo a los mecanismos fisiológicos involucrados; así, hablamos de tolerancia disposicional, cuando los procesos responsables de la degradación del fármaco se tornan más eficientes, reduciéndose la concentración de la droga en los lugares de acción y, hablamos de tolerancia farmacodinámica, cuando disminuye la sensibilidad del sistema de respuesta, aún cuando se mantenga la concentración de la sustancia. La tolerancia cruzada es aquella que está presente entre fármacos que comparten sistemas de respuesta, es decir, entre drogas de la misma clase, encontrando que un individuo que depende del alcohol, presenta tolerancia a los barbitúricos (ambos depresores del Sistema Nervioso Central), (Cruz, Op. Cit: p. 12; CESSAL Op. Cit.).

También hay que distinguir entre quienes consumen droga con un placer que los seduce sin entregarse a ella, o al menos no todavía, y que salvo que medien ciertos acontecimientos no se harán toxicómanos, y quienes, aún antes de haberla probado, ya están comprometidos en un proceso psíquico y afectivo que a la menor dificultad los inducirá a huir en la dependencia de otro, sin ninguna posibilidad de crítica..” (Vera, 1988, p-12). Tomemos como ejemplo el siguiente caso:

“.. lo cierto es que en el liceo.. otro instituto más.. el día que me ofrecieron un cigarrillo de marihuana nepalesa o pakistani, ya no sé.. un coso fuerte.. fumé y

después enseguida.. eso me impregna la vida .. se instala en seguida.. se hizo esta especie de.. ves.. de sensación de reposo inmediato..” (Vera: Op. Cit. P-47).

Otro concepto igualmente importante es el concepto de codependiente, de acuerdo con el Dr. Guzmán (Op. Cit: p. 13). “Codependiente es aquella persona cuya atención, interés, energía y, en general su vida gira alrededor de un adicto en una forma enfermiza”. Cabe mencionar el señalamiento que hace el Dr. Guzmán, en el sentido de que el sufrimiento del codependiente se manifiesta en forma emocional a través de miedos, tristezas, odio, coraje, resentimientos e inseguridades.

Pero, es necesario enfatizar aquí, no sólo el sufrimiento del (o la) codependiente, sino también del adicto, pues como señala Vera Ocampo:

“Me parece que el drogado quiere vivir, pero nada le aporta placer. ¿Cómo soportar ese cuerpo y las indispensables actividades de su mantenimiento? El hambre, la sed, el sueño, el despertar todo eso se ha vuelto indiferente.. ¿Qué es lo que lo sostiene? Ese objeto que necesita consumir, su droga, cualquiera que sea su precio. Sí, cualquiera. Para él, sin esa esperanza todo es mortal y fétido, reiteración penosa, incluso la convivencia de los grupos de drogados. Arrastra a todos lados un tedio mortífero, la angustia de cada instante. ¿O es un estado fóbico que proviene de una sensibilidad exacerbada, una sensibilidad ya predispuesta , cuyas percepciones exagera la droga? Los toxicómanos son gente que está de duelo, traicionados por el abandono sin despedida de otro... ¿un hermano?...¿la madre?... con quien el drogado no se sabía fusionado y que se fue, llevándose su actividad potencial y no dejándole en cuanto a deseo sino pulsiones pasivas, al acecho vano y sin esperanza del regreso de ese ego que lo alteró para siempre. Ya no tiene los medios sensoriales para percibir en medio de los otros un eco visual auditivo, táctil, emocional, un eco de su sensibilidad existencial y narcisista indispensable, que sin saberlo él estaba unido al objeto perdido para siempre. ¿Tiene siquiera un recuerdo? No. Las conversaciones impresionan por su falta de vocabulario, por la pérdida de sentido del vocabulario.

El sujeto mismo está disperso y no violento, está perdido, hundido, ¿dónde? Ha perdido el poder evocador de las palabras. La presencia de otro no permite acceder a la comunicación en el diálogo.” (Vera. Op. Cit. P-14).

Otro concepto de la mayor importancia para el presente estudio, es el concepto de ACTITUD dado que uno de los aspectos que se evaluarán en el presente trabajo serán las actitudes. Summers (1978: p. 14), señala que “uno de los aspectos mas desafortunados en el desarrollo de la teoría y concepto de las actitudes y su medición, es que cada teoría se ha desarrollado en forma mas o menos independiente una de otra, y esto tiene entre otros aspectos el problema de no encontrar una definición universal de actitud sino varias definiciones del vocablo”. Sin embargo el autor en referencia hace la observación de que: a pesar de las muchas interpretaciones del significado de actitud, existen varios términos que muestran un acuerdo esencial:

1. Existe consenso en decir que una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud.
2. Una segunda área de acuerdo es que la actitud es persistente pero no inmutable.
3. La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales.
4. La actitud tiene una cualidad direccional, es decir posee una característica motivacional.

Finalmente las estimaciones de prevalencia del consumo de drogas ilegales (ENA-98: p 24 y 25), e inhalables son expresadas de la siguiente manera:

Alguna vez en la vida.

Es la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada (urbana de 12 a 65 años de edad) que reportó haber consumido alguna droga ilícita. Permite hacer una primera distinción en la población entre los que han usado y los que no han usado drogas, sin considerar si la consumen actualmente.

Último año:

Es la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga ilegal una o más veces dentro de los doce meses anteriores a la entrevista.

Último mes:

Esta prevalencia conocida también como uso actual, permite estimar qué proporción de la población utilizó drogas dentro de los treinta días previos al estudio. (Op. Cit: p. 24 y 25).

1.2 Los Estimulantes del Sistema Nervioso Central.

Para su estudio, podemos dividir a los estimulantes del Sistema Nervioso Central en dos grandes grupos: los estimulantes mayores (como la cocaína y las anfetaminas), y los estimulantes menores (como la cafeína y la nicotina).

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de una planta nativa de Bolivia y Perú: la Erythroxilon coca. Los nativos de esta zona mastican regularmente las hojas de esta planta en busca de sus efectos estimulantes, calmando además su hambre. Una vez procesada la cocaína tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor; el consumidor de este fármaco, puede hacerlo de dos maneras: inhalándola por la nariz como polvo o inyectándola por la vena como líquido (CONADIC 1992b: p. 24). En la actualidad el uso legal de esta droga está restringido a la cirugía oftálmica, de oído, nariz y garganta. Debido a que este fármaco (al igual que las anfetaminas), eleva el estado de ánimo, incrementa la iniciativa y la confianza, mejora la capacidad motora y verbal, es fácil que un individuo con tendencia a la farmacodependencia las busque (Uriarte 1990: p. 214). En condiciones experimentales de libre acceso a este fármaco, se han observado conductas impresionantes en animales de laboratorio (roedores y changos principalmente), estos animales se autoinoculan la droga en forma compulsiva, llegando hasta la muerte por convulsiones y depresión respiratoria, o bien, pueden oprimir una palanca miles de veces para conseguir una sola dosis, (Cruz 1992: p.17).

En 1860, en Alemania se aisló el elemento activo de la coca: un alcaloide, al que se llamó cocaína. Luego se siguió experimentando con esta última hasta obtener a partir de ella un analgésico local: la novocaína, también descubierta en Alemania (Valdez 1999 P. 11).

Hasta principios del siglo XX, el único obstáculo para importar droga a los Estados Unidos había sido un impuesto sobre el opio establecido en 1842, pero en 1906 el

gobierno de ese país promulgó una ley debido a la cual todos los compuestos que contenían opiáceos habían de señalarlo en sus etiquetas. Luego, en 1914, el gobierno de ese país expidió una Ley de Narcóticos, y entonces ésa y otras drogas comenzaron a emplearse en forma clandestina. (Valdez Op. Cit: p. 11).

Actualmente en Norteamérica el número de personas que han probado la cocaína por lo menos una sola vez, ha aumentado de aproximadamente 5.4 millones en 1974 a cerca de 30 millones en 1989, (Digregorio 1990: p. 247), resultando este dato particularmente importante para México si se toma en cuenta que en nuestro país la percepción de riesgo entre estudiantes es, en términos generales, baja e inferior a la observada entre el estudiantado del vecino país del norte. Entre los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, se encontró que sólo cerca de la mitad consideran peligroso o muy peligroso consumir droga (De La Serna y cols; citado en Medina Mora 1992: p. 92).

Retornando a la cocaína, si bien produce los efectos mencionados, en una intoxicación aguda por dosis alta, un individuo puede presentar: agitación, que es un estado normal del organismo cuyos miembros, la cabeza y a veces el tronco están animados por movimientos desordenados por la influencia de una intoxicación (alcohol, cocaína, etc.), una enfermedad o un estado mental patológico (Dabout, 1977: p. 27); euforia, que es una sensación de bienestar que puede ser patológica si está provocada por una intoxicación (anfetaminas, cocaína), o por una enfermedad (tuberculosis), suele acompañarse por ideas de grandeza (paranoia), (Dabout Op. Cit: p. 28); ansiedad, excitación, alucinaciones, temblores, insomnio, delirio, pérdida de autodominio, pulso lento, depresión respiratoria, midriasis que es una dilatación de la pupila en dimensiones exageradas (Dabout Op. Cit: p. 28), alteraciones visuales y auditivas, espasmos musculares, dolor abdominal, vómito (CONADIC 1992b: p. 25), la intoxicación crónica por cocaína produce en el individuo una rápida pérdida de peso con debilidad física, extrema palidez de la cara, mareos, excitación, ansiedad,

verborrea, irritabilidad, alucinaciones, temblores (CONADIC 1992b p. 25 y CONADICc. Op. Cit.).

En cuanto a las anfetaminas, la Dra. Silvia Cruz (1992: p. 19), señala que fueron sintetizadas en los años 30 para sustituir a la efedrina y adrenalina y usarse como descongestionantes nasales por inhalación, pero Solomon y Patch (1976: p. 197), señalan que en los últimos 25 años, se usaron médicamente como elevadores del talante (semblante, disposición), en la depresión y como depresores del apetito para reducción de peso. Actualmente tienen un uso no médico por personas que tienen que someterse a jornadas de trabajo muy largas, como por ejemplo conductores de trailer, cargueros y estudiantes, para combatir la somnolencia y la fatiga. Con el uso continuo, la tolerancia se desarrolla rápidamente y la dosis diaria puede elevarse gradualmente a varios cientos de veces la dosis terapéutica (Solomon. Cit. p. 196), existiendo quien llega a tomar 10 gramos, cuando la dosis normal es de 10 miligramos (Cruz p. Cit: 17).

Conforme se desarrolla tolerancia a dosis elevadas, el cansancio, el desfallecimiento y la depresión entre las dosis aumentan; la sensación de bienestar se borra gradualmente, el raciocinio se vuelve defectuoso y la memoria se altera esporádicamente. La suspensión brusca a menudo produce letargo, somnolencia, depresión y apetito voraz, es decir, signos contrarios a los de la intoxicación.

Es necesario enfatizar algunas palabras del Dr. Solomon Cit: 197) en el sentido de que, los efectos psicológicos que dependen de la cantidad y vía de administración, se caracterizan por euforia, sentido regocijante de bienestar, una impresión de capacidad física y mental aumentadas y disminución del apetito y sueño, aspectos que también están presentes en el consumo de cocaína; imaginemos ahora lo que estos fármacos son capaces de producir en la conducta y ánimo de un individuo que padece una depresión crónica y estaremos en posición de comprender lo que origina que se consuman en forma compulsiva estas drogas; pero durante la

intoxicación puede incrementarse la agresividad y desarrollarse ideas delirantes de temor persecutorio junto con alucinaciones visuales, táctiles y auditivas (Solomon Op. Cit: 193). Si tomamos en cuenta la sensación de mayor fuerza muscular, veremos que el consumidor se puede convertir en un sujeto peligroso para él y para los demás y el mayor riesgo social radica en el alto precio moral, económico, legal etc., que los sujetos consumidores están dispuestos a pagar por obtener la droga (Cruz Op. Cit: 19).

Con relación a los estimulantes menores del Sistema Nervioso Central, encontramos a la nicotina y a la cafeína. Existen otros estimulantes menores como la teofilina (presentes en chocolates y té negro); sin embargo estas sustancias no representan un problema en nuestro país, por lo cual se abordarán sólo las dos primeras.

La nicotina es el principio activo de la planta del tabaco. Este fármaco a dosis bajas, es un estimulante del Sistema Nervioso Central, pero a dosis altas y uso crónico es el responsable del 87% del total de casos de cáncer pulmonar, del 82% de bronquitis crónica y enfisema (CONADIC 1995: p. 10), además el tabaco causa más de medio millón de muertes por año en el continente americano (Díaz y Oviedo 1993: p. 5) y estimaciones recientes señalan que por lo menos tres millones de muertes prematuras ocurren cada año en el mundo a causa del tabaquismo: de continuar la tendencia de consumo observada hasta ahora, en las próximas tres décadas el número de muertes puede incrementarse a diez millones por año (CONADIC 1993: p. 11), todo esto se debe a que la nicotina es una droga que tiene un alto potencial adictivo, manifestado por el hecho de que, del total de fumadores solamente una pequeña minoría puede usar el tabaco con moderación, esto es, un fumador por lo general lo hace diario, a diferencia del alcohol por ejemplo, en que la mayor parte de los consumidores son sociales y no consumen la sustancia a diario (Medina Mora 1992: p. 15), pero además:

“El fumador conserva el placer de respirar, de oler el tabaco que elige, ese olor heredero lejano de la gozosa respiración de una madre accesible, cuya presencia llenaba los pulmones. Con su tabaco ya no esta solo, esa nube entre el y lo penoso de vivir desdibuja su desafío. Es como una sutil fortaleza protectora que no lo aísla de veras.” (Vera. Op. Cit. P-15).

En México, la Encuesta Nacional de Salud de 1986, estimó una prevalencia nacional urbano-rural de 17.5% de fumadores en la población de 12 o más años de edad. Esta encuesta y la Nacional de Adicciones de 1988, determinaron que más de la mitad de fumadores actuales, se iniciaron antes de cumplir los 18 años, sea por curiosidad o por que sus compañeros amigos o familiares fumaban.

El enfisema pulmonar es la consecuencia más grave del tabaquismo sobre el aparato respiratorio, es una enfermedad irreversible, progresiva e incapacitante, cuyo síntoma principal es la dificultad para respirar. Martínez (1997: p. 37).

Por si esto fuera poco, el paciente con enfisema es susceptible a padecer infecciones del aparato respiratorio más severas que el común de las personas, y que ponen en peligro su vida, y esto sin mencionar las complicaciones cardiovasculares secundarias a la enfermedad pulmonar crónica, que también revisten gran importancia. Martínez, (Op. Cit.: p. 36)

Estudios realizados en varios países han señalado que el 80% de los casos de cáncer pulmonar se deben al tabaquismo. En comparación con otros cánceres, el pulmonar tiene menos probabilidad de curación por su rápido desarrollo, lo que limita en forma considerable la posibilidad de éxito de la cirugía para erradicar el tumor. Martínez, (Op. Cit.: p. 38).

Aparte del cáncer, hay otros tipos de tumores del aparato respiratorio que están relacionados con el hábito de fumar, entre ellos se cuentan el cáncer de laringe

que, según los estudios, se desarrolla dos veces más entre los fumadores que entre los no fumadores Martínez, (Op. Cit.: p. 38).

A su vez, el cáncer de labios, lengua y paladar, se presenta con mucha mayor frecuencia entre los fumadores, en especial entre los que fuman puro o pipa. De cada 14 personas que padecen cáncer, trece son fumadores y sólo una no lo es, de igual forma, también hay mayor frecuencia de cáncer de esófago, de vejiga urinaria y de páncreas entre quienes acostumbran fumar. Martínez, (Op. Cit.: p. 38).

Como puede verse, el tabaquismo trae consigo innumerables pérdidas económicas, tanto de manera directa (gastos de atención de salud), como indirecta (pérdida de vida productiva), (CONADIC INFORMA Op. Cit. p.11), observando que los años de vida potencial perdidos, significaron 146 300 años de vida entre los 20 y 65 años de edad (Santos y Oviedo Op. Cit. P. 12).

Otro dato importante es el señalado por el Dr. Cano (1993: p. 1) el cual menciona que una vez aparecido el cáncer en cualquier parte del cuerpo (por el hábito de fumar), las posibilidades de que se encuentre diseminado en otras partes del organismo son altísimas.

La cafeína es un estimulante menor de Sistema Nervioso Central, cuyos efectos son quitar el sueño, aumentar el estado de alerta y leves efectos sobre la presión arterial, pero si bien existe tolerancia a la elevación del estado de alerta, su consumo no conduce a la violencia (Cruz Op. Cit: 16).

1.3 Los alucinógenos

Se define a los alucinógenos como: "aquellas sustancias que en dosis no tóxicas provocan cambios en la percepción, en el pensamiento y en el estado de ánimo sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y en el tiempo", (Hollister 1984, citado en Cruz 1993: p. 23).

El estudio de los alucinógenos, particularmente de plantas como por ejemplo la tabernanthe iboga del África, probablemente nos remontaría a los inicios mismos de la historia de la humanidad. Incluso hoy día, es posible encontrar sociedades que utilizan plantas alucinatorias con fines curativos y culturales; ejemplo de ello son los Amahuaca del Noroeste amazónico; los mestizos de la costa norteña del Perú, los Cholos, indios transitorios de la selva peruana y los Huicholes de México (Dobkin 1975: p. 75); cabe señalar que "los indios que se han criado en una sociedad en la que se usan drogas alucinatorias ritualmente, tienen experiencias rituales bastante distintas de aquellos a los que les falta la preparación social", manifestándose esto, tanto en el contenido como en la forma de la experiencia visionaria (Dobkin Op. Cit: p. 75); es decir, que las alucinaciones dependen en gran medida de las expectativas del sujeto (Cruz Op. Cit: 25), así como de su entorno cultural.

El grupo representativo de los alucinógenos lo conforman el ácido lisérgico (LSD), algunos hongos cuyo principio activo es la Psilocibina, el peyote cuyo principio activo es la mezcalina; la marihuana y sus derivados, también conocidos como cannabinoides y la Fenciclidina o PCP, popularmente conocida como "polvo de ángel"; sin embargo, el grupo de los alucinógenos pertenece a un grupo más amplio: los distorsionantes o psicotizantes, en donde encontramos también los antiparkinsonianos; antihistamínicos y los anticolinérgicos parasimpaticolíticos (CONADIC 1992d: p. 22-25). Sólo se abordarán los alucinógenos

A diferencia de las sustancias alucinógenas como la mezcalina y la psilocibina, en la actualidad los alucinógenos sintéticos, como el ácido lisérgico y la fenciclidina, tienen una mayor demanda particularmente en países industrializados (CONADIC

1992d: p. 27). El peyote crece en México y al Sureste de la EUA (CONADIC 1992b: p. 30 y Solomon 1976: p. 198), los capullos pueden masticarse o bien ser molidos en forma de polvo que se coloca en cápsulas e ingiere o bien se fabrica un líquido café e ingiere. Desde hace siglos, el peyote se ha usado en forma ritual por grupos indígenas en México, América Central y Sureste de los EUA. La psilocibina se obtiene de ciertos hongos que crecen en México y América Central; esta droga, también se ha usado ancestralmente en forma ritual a través de la “seta sagrada” o psilocybe Mexicana (Solomon Op. Cit: 199).

El ácido lisérgico se deriva de un hongo llamado Cornezuelo de Centeno y existen múltiples formas de preparación: líquido, polvo, tabletas, cápsulas, etc.; como las dosis que se emplean son muy pequeñas su tráfico llega a ser increíble; su vía de administración es oral; sin embargo, también llega a inyectarse (CONADIC 1992b: p. 31). La tolerancia al ácido lisérgico y a la psilocibina se establece rápidamente, no así a la mezcalina que se desarrolla en forma más lenta; estos tres fármacos manifiestan un alto grado de tolerancia cruzada; además hay un dato de suma importancia aportado por Solomon (Op. Cit. p. 200), en el sentido de que existe evidencia de casos humanos, comprobados en experimentación con animales de que el ácido lisérgico produce daño cromosómico a las células del organismo y por lo tanto posee una grave amenaza genética para los usuarios. Se ha reportado una alta frecuencia de malformaciones en niños cuyas madres usaron la droga durante el embarazo. Otro dato importante de estos fármacos son los llamados “flash backs” (Cruz Op. Cit: 25) o verberaciones” (Solomon Op. Cit: p. 199), que son secuelas o episodios posteriores (hasta tres años después), en los que se reviven de manera espontánea, alucinaciones o cambios en la percepción experimentados en estados de intoxicación. Por supuesto, se han reportado accidentes graves por la ingestión de estas drogas debido principalmente a la creencia, inducida por la droga, de haber adquirido poderes sobrehumanos.

Delta-9-tetrahydrocannabinol, es el principio activo de la controvertida marihuana (cannabis sativa). Nativa de Asia, originalmente se le utilizaba para obtener fibras para hilados y posteriormente fue muy valorada por sus propiedades medicinales y

actualmente es muy valorada por sus propiedades intoxicantes. De acuerdo a la preparación, la vía de consumo y la parte de la planta que se utilice, encontramos el Hashish, bhang, ganga, charas, dagga y marihuana, mismos que en conjunto se les conoce como cannabinoides (CONADIC 1992: p. 29; Cruz Op. Cit: p.27 y Solomon Op. Cit: 200). Si se utiliza la resina color café de la planta, comprimida en bloques, tenemos el Hashish, varias veces más potente que la marihuana; sin embargo la manera más común de usar esta droga es fumada en forma de cigarrillos o en pipas, combinada o no con tabaco. Si se utiliza sola, fumada, su efecto se siente entre los 15 y 30 minutos posteriores a su inhalación y el efecto dura de 2 a 4 horas. Un individuo intoxicado con marihuana, no puede realizar correctamente las tareas que requieren de buenos reflejos y de una coordinación de ideas y movimientos; de ahí el peligro de conducir un automóvil estando intoxicado. No se conocen exactamente los efectos de la marihuana en el equilibrio hormonal, la reproducción y el estado inmunológico de los usuarios pero la investigación con animales ya ha revelado algunos de ellos.

A la Fenciclidina o PCP, se le conoce popularmente como “polvo de ángel”; sin embargo, es fácil localizarla con otros nombres callejeros tales como: “cristal”, “superhierba” (Kaplan y Sadok 1991: p. 310), “hierba asesina” y “combustible para cohetes” (Smith 1987: p. 311). Inicialmente fue investigada por sus propiedades anestésicas en intervenciones quirúrgicas, pero debido a un severo síndrome por desorientación, agitación y delirio en pacientes que salían de la anestesia, su uso legal está actualmente restringido a la veterinaria. Su uso ilegal en los Estados Unidos se dio por primera vez en San Francisco en el año de 1967, y en aquella época, en las calles se le conocía como “píldora de la paz”. El uso ilegal se extendió en los 70’s y continúa actualmente incrementándose en grupos minoritarios y personas jóvenes de escasos recursos (Kaplan y Sadok Op. Cit: p. 312). Uno de los aspectos graves de consumir esta sustancia es que quien se la administra puede alternar, sin advertencia previa, entre el coma y la violencia. La Fenciclidina y sus análogos, se pueden sintetizar con facilidad y a bajo costo en laboratorios clandestinos, por lo cual como producto ilícito no siempre se le encuentra en estado puro.

1.4 Los Opiáceos.

El uso de los opiáceos se remonta hasta la civilización egipcia, donde estos fármacos se utilizaban como calmante para los niños, remedio para dolores y algunos trastornos mentales, además de utilizarse como fuente de placer. El opio se obtiene de la amapola (*papaver somniferum*) y es el exudado lechoso que se produce cuando se raspa o se corta el cáliz. Tal exudado se seca formando gotas gomosas (goma de opio), que al deshidratarse se pulveriza formando el polvo de opio, mismo que contiene varios alcaloides, entre ellos la morfina que se reconoce como el alcaloide principal del opio (Uriarte 1990: p. 225). Por otra parte, se designan opiáceos a las sustancias sintéticas y semisintéticas que se relacionan farmacológicamente con la morfina como el opio, heroína, petidina, metadona, oximorfona, meperidina, etc. (Cruz 1993: p. 25; Solomon 1976: 201).

Los opiáceos actúan principalmente en el Sistema Nervioso Central y en el tracto gastrointestinal. Sus efectos principales son analgesia, somnolencia, cambios en el estado de ánimo, depresión respiratoria, disminución de la motilidad gastrointestinal además de producir náusea y vómito. El alto grado de adicción que desarrollan estas sustancias se debe principalmente a dos causas: en primer lugar por el placer que provocan y en segundo lugar, la administración crónica produce un desagradable síndrome de abstinencia, mismo que el usuario trata de posponer a toda costa. La primera vez que una persona se aplica un opiáceo, puede sentirse mal por náusea, vómito, mareo, etc., pero el individuo pronto desarrolla tolerancia a estos síntomas y predominan los efectos placenteros, sin embargo, algunos individuos logran estos efectos desde la primera ocasión. Si se aplica en forma intravenosa algunas de estas sustancias (particularmente la heroína), unos segundos después se produce un leve y agradable calor generalizado, además un placer que se compara con el orgasmo; posteriormente, el individuo percibe una armonía en todas las cosas así como una gran tranquilidad que lo conduce a una conducta de pasividad y, en este estado, no comete arbitrariedades (Uriarte 1990: p. 226), pero los opiáceos producen

dependencia física y por lo tanto síndrome de abstinencia y, aún cuando varía el tiempo requerido por los distintos opioides para producir su dependencia, en promedio requieren de dos semanas o menos de administración continua a dosis terapéuticas para producir un síndrome de abstinencia ligero al suspender en forma brusca; no obstante, existen personas a las cuales, una sola dosis de morfina puede producir dependencia física y, en ciertas circunstancias también dependencia psicológica. Tomando en cuenta lo anterior, se sabe que cuando el adicto se encuentra en síndrome de abstinencia, puede desplegar conductas sociales aberrantes, esto es, puede hacer cualquier cosa a fin de obtener la sustancia (Uriarte Op. Cit. p. 226).

Un dato importante es que, para que una sustancia produzca dependencia psicológica, es fundamental la autoadministración ya que se ha comprobado que en condiciones de internamiento en hospital, si bien los pacientes presentan abstinencia, no presentan la ansiedad del adicto por conseguir la droga (Cruz Op. Cit: p. 28). La principal causa de muerte por opiáceos es la sobredosis, pero también hay mortalidad por choque anafiláctico [de anafilaxia, que es la propiedad de algunos tóxicos de aumentar la sensibilidad del organismo en lugar de disminuirla (Dabout 77: p. 47). También puede decirse que proviene de la palabra anafilaxis y que es el término que indica el estado de un ser vivo sensibilizado por la introducción en su organismo de una sustancia extraña (puede ser tóxica a no) y que, en forma posterior, reacciona en dimensión violenta y desproporcionada cuando se le introduce nuevamente al cabo de cierto tiempo, la misma sustancia (Schetini; Pardo y Rissoli 1974; Tomo I: p. 77) hepatitis, violencia, suicidio, existe morbilidad por enfermedades del hígado y SIDA.

En cuanto a otros aspectos, el consumo de estos fármacos se asocia con retraso en el desarrollo fetal y mortinatalidad [relación que existe entre el número de nacimientos y el de nacidos muertos en una población y en un tiempo dado] (Dabout, Op. Cit: p. 48), aunque no por la farmacología y la toxicología del fármaco en sí sino por desnutrición, falta de higiene en todos los aspectos, como

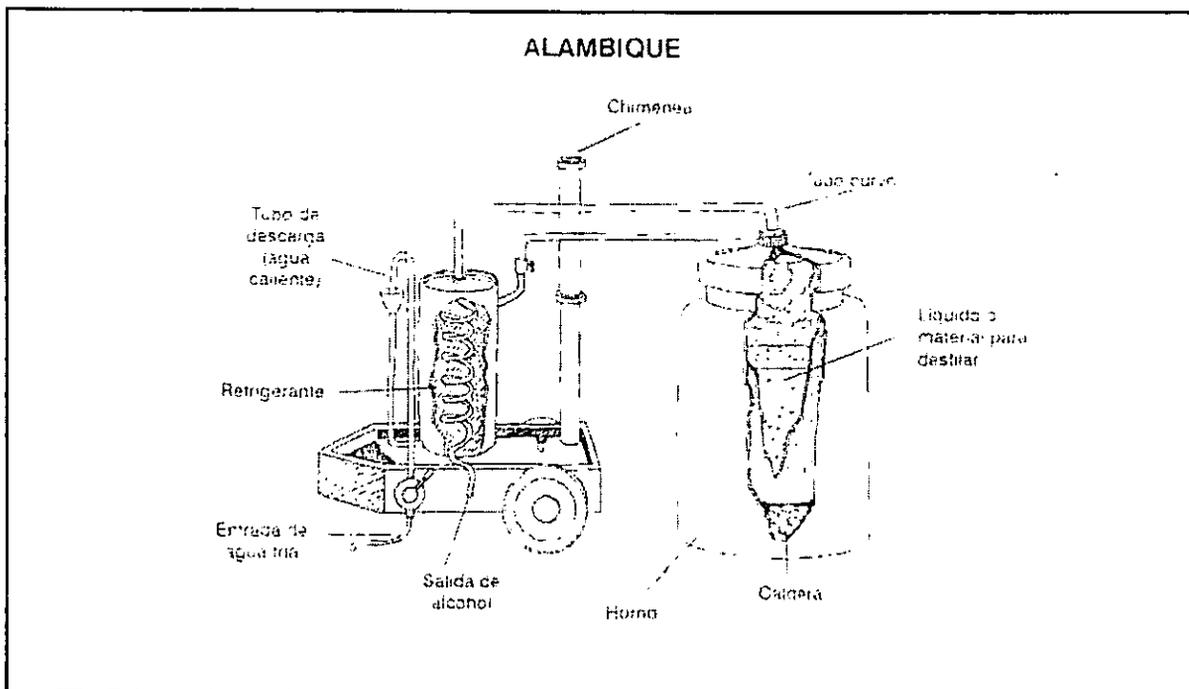
el uso común de hipodérmicas (CONADIC, 1992: p.26). Las complicaciones que se pueden presentar en una intoxicación aguda por opiáceos, van desde una ligera somnolencia hasta coma y muerte por paro respiratorio. Otros síntomas por sobredosificación son: incoordinación motora, desorientación, poca claridad de la conciencia, miosis (estrechez de la pupila, que queda de un diámetro muy reducido), (Dabout, Op. Cit: p. 48) y crisis convulsivas; los efectos cardiovasculares no son marcados pero, al agregarse a la hipoxia (reducción de oxígeno), (Dabout, Op. Cit.), se comprometen en forma importante. Además la hipotermia (disminución de la temperatura normal de un organismo, puede ser local o general), (Dabout, Op. Cit: p. 49), piel fría y pegajosa e hipotonía muscular son otros de los síntomas de intoxicación aguda.

Por otro lado, la intoxicación crónica de estas sustancias puede presentar complicaciones somáticas y complicaciones psíquicas. Las primeras son absceso local, por inyección con hipodérmica sin higiene adecuada y en forma intramuscular; si la inyección es intravenosa se puede encontrar septicemia (infección general del organismo con circulación de gérmenes patógenos en la sangre), (Dabout, Op. Cit: p. 49), además se puede encontrar infecciones pulmonares, renales, hepatitis, paludismo y SIDA entre otras. Con relación a las complicaciones psíquicas, el adicto presenta desinterés por las metas sociales y conductas poco constructivas pero, gran porcentaje de estas conductas se deben a la personalidad del adicto en sí, más que a la droga (Uriarte, Op. Cit: 228).

El síndrome de abstinencia por opiáceos se presenta aproximadamente 10 horas después de la última dosis y alcanza su estado máximo dentro de las 48 a 72 horas posteriores a la última aplicación: irritabilidad máxima, insomnio, taquicardia, debilidad, depresión profunda, náusea, vómito, diarrea, escalofrío, sudoración, cuerpo cortado, calambres, orgasmos sin placer; el individuo puede morir pero, después de las 72 horas estos síntomas se tornan soportables de una semana a 10 días; sin embargo, puede permanecer deprimido incluso meses, causa esta última por la cual el individuo recae en el consumo del fármaco (Uriarte, Op. Cit. p. 229).

1.5 Los Depresores del Sistema Nervioso Central.

La palabra "alcohol" viene del árabe al-kuhl o kohl y significa "el colirio". Su nombre químico es etanol (con la fórmula C_2H_5OH). El uso de bebidas alcohólicas es muy antiguo: ya se fabricaban en China desde el año 3000 antes de Cristo. La destilación se descubrió en Arabia, más o menos en el año 800 a.C. Este proceso se usa para las bebidas fuertes o llamadas destiladas como el coñac, ginebra, whisky, ron, vodka y aguardiente. Estas bebidas tienen entre 40 y 50 % de alcohol puro (Vizzolto 1999 p. 20)



Tomado de: Vizzolto 1999 p. 21.

Imagen que muestra un Alambique para destilación de alcohol

El Alcohol en México no fue problema sino hasta la época posterior a la conquista española. "En la época prehispánica es sabido que el consumo era severamente sancionado y permitido sólo en situaciones específicas, sobre todo de carácter ritual. Posteriormente durante la época de la dominación española que se conoce como la Colonia, se pasó de un consumo ritual-ceremonial a un patrón compulsivo". (Estrella y Estrella, Citados en Berruecos 1988: p. 89), incluso hoy día y como una herencia de La Colonia, en muchas comunidades indígenas en

forma clandestina, las bebidas alcohólicas, más que un excelente negocio, son un medio de pago para el trabajo (Berruecos. Op. Cit 89), pero al crecer la población como señala este autor, ha crecido el consumo y por supuesto, han crecido los problemas relacionados con este consumo. En nuestro país cualquier evento social, valga decir, pretexto, es el momento ideal para ingerir alcohol; por ejemplo los eventos de fin de año como Navidad y la llegada del Año Nuevo, un bautizo, la fiesta del "Santo Patrón del Pueblo", la graduación profesional, etc.

Existe un patrón de consumo de cerveza muy peculiar entre los llamados "futbolistas llaneros" en nuestro país: al finalizar el partido de fut-bol si el equipo perdió, se consume cerveza "por el dolor" de haber perdido, sin embargo si el equipo ganó el partido, se consume cerveza "por la alegría" de haber ganado el evento. Pero todas estas ocasiones de ingesta, en no pocas ocasiones terminan en intoxicaciones agudas o "borracheras" y, en nuestros días podemos ser claros al respecto: es común en el pueblo mexicano que se le llame "borrachito" a una persona intoxicada en forma aguda con etanol, sin embargo, estar "borrachito" no es algo gracioso; sino que es la condición de una persona que ha ingerido una droga en exceso, estado que le impide hacer juicios adecuados de una situación y actuar sensatamente (CESSAL, 1990: p. 98). Debido a esto, el costo y riesgo social y familiar por abusar de este fármaco resulta superlativo, debido principalmente a delitos con violencia; accidentes de tránsito, suicidio, ausentismo laboral, gastos de atención médica a adictos y accidentados, desintegración familiar, etc. Aquí se presentan algunos casos familiares:

"Fui a la cocina por hielo, tomé un refresco y cuando me senté de nuevo en la sala, me di cuenta de que había dejado la botella en la mesa del comedor (la única botella de ron que había en la casa) y le pedí a mi hijo que fuera por ella. Se levantó a la carrera y en un instante la tomó en sus manos, pero por la prisa se le resbaló y cayó al suelo haciéndose añicos.

De manera inexplicable, esto me enfureció (la tienda ya estaba cerrada y no había nada más para beber), me quité el cinturón e hice ademán de que lo iba a golpear por ser tan descuidado; pero, como ya les dije antes, no estaba borracho. Lo único que hice fue regañarlo y con el cinturón le amarré las manos, al tiempo que le decía: ¡Para que aprenda a tener cuidado cuando agarra las cosas, muchacho zonzó!, y de inmediato recordé que tenía una botella en el closet que me regaló mi hermano el domingo anterior, cuando vino a casa para ver el "clásico chivas-américa". Como de rayo me serví mi cuba y me entretuve viendo la televisión. Después de beber casi media botella escuche que llegaba mi mujer. Entró y vio que estaba bebiendo, cosa que no toleraba. Se subió a su recamará , no sin antes asomarse a la de nuestro hijo, al que encontró ya dormido y solamente le dio un beso.

Eran las cinco de la mañana cuando nos despertaron los gritos y el llanto de nuestro hijo. Acudimos corriendo para encontrarlo en la puerta de su recamara con sus manitas negras, ¡atadas con mi cinturón...! Como un loco lo llevé a toda prisa al hospital, en el camino mi esposa sólo lloraba y le frotaba las manos. Todo fue inútil. A mi hijo le amputaron las dos manos, no había más remedio.

Cuando lo pude ver... me dijo: [¡Papi, te prometo que no vuelvo a tirar otra botella, pero regrésame mis manitas!]" (Almagro De. 1995 p-80-81).

"Conozco el caso de una persona que encontró a su esposa acompañada en la cama y, cegado por los celos, totalmente ebrio, mató al acompañante. Desafortunadamente el alcohol le impidió darse cuenta de que el acompañante era su propia hija de nueve años. Esto no sucedió en un barrio, sucedió en Las Lomas, colonia de *gente bien*." (Almagro De. Op. Cit. p.-121).

Paradójicamente se sabe que los daños que causa el abuso del alcohol, son más frecuentes en las personas que sin ser alcohólicas beben en exceso, sea en forma reiterada u ocasional. Lo que no es posible expresar ni aún en cifras, es el sufrimiento moral para millones de personas, directa o indirectamente afectadas

por el abuso del alcohol (De La Fuente y Cols. 1987: p. 8). Por tal razón, resulta conveniente sintetizar algunos mitos infundados o fantasías, que aparentan un conocimiento profundo del tema, pero que solo favorecen el consumo de este fármaco, en beneficio claro, de las industrias que se dedican a la producción y comercialización de bebidas embriagantes, toda vez que estos mitos, se difunden en forma disfrazada a través de un despliegue publicitario promovido principalmente por tales industrias y por medio de la radio, la televisión, el cine, revistas, periódicos, folletos, conferencias, etc.

1. El alcohol no es una droga: Falso. El alcohol es una droga potencialmente adictiva que deprime el cerebro.
2. El alcohol alimenta: Falso. El alcohol no puede sustituir a los alimentos necesarios para el crecimiento y la conservación de la salud.
3. El alcohol no engorda: Falso. El alcohol generalmente se combina con refrescos; así, los azúcares del alcohol forman grasas en el organismo, además el alcohol proporciona más calorías que las féculas aunque menos que las grasas.
4. Para bajar la “borrachera”, no hay nada mejor que tomar café cargado o meter la cabeza en agua fría: Falso. La verdad honesta es que el alcohol se oxida y elimina del cuerpo humano a una velocidad uniforme y hasta ahora no se sabe de ninguna sustancia que acelere este proceso (CESSAL, Op. Cit: 112).

Con respecto al consumo excesivo de alcohol por parte de la mujer, su estudio resulta más difícil, debido a que ellas a menudo beben en su hogar y ocultan su conducta de ingesta (Judith, 1991: p. 907), empero, se tienen evidencias escritas del consumo de alcohol en la mujer, como el relato siguiente:

“Una historia de amor. Sí, esta es una historia de amor: Versa sobre la pasión, el placer sensual, la atracción profunda, apetitos, miedos, ansias incontenibles. Versa sobre necesidades fuertes que paralizan. Versa sobre la despedida de algo

sin lo cual uno no puede concebir la vida. Versa sobre el efecto que me producía la bebida, su singular poder de desviar, de trasladar el punto de mira de la propia conciencia de sí misma a otro estadio, menos doloroso que el ámbito de mis propios sentimientos.”

“Me encantaban los sonidos relacionados con la bebida: el ruido de una botella de vino al descorcharse, el inconfundible glu glu del líquido al verterse en la copa, el tintineo de los cubitos de hielo en un vaso. Me encantaban los rituales, el sentimiento de camaradería que surge al beber con otras personas, la cálida sensación de calma y valentía que me proporcionaba. En esos momentos, el objeto del deseo se ha convertido en una parte esencial de la propia identidad.” (Knapp, 1997-p.20-21).

Pero, se sabe que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol (controlando peso y talla). Esto se debe a que existe una diferencia enzimática en el tejido del estómago que desdobra el alcohol antes de su llegada a la sangre; la actividad enzimática es cuatro veces más competente en el hombre que en la mujer; agregamos a esto que la mujer tiene mayor proporción de grasa en el organismo que de agua, y el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, de tal forma que cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino (Medina Mora, 1993: p. 3); esto nos permite comprender el alto riesgo que representa el consumo de alcohol durante el embarazo, consumo que puede tener como consecuencia lo que se conoce con el nombre de SÍNDROME DEL FETO ALCOHOLICO, cuyas más comunes características son: el retardo del crecimiento pre y postnatal, así como microcefalia; también algunos síntomas de supresión similar a la abstinencia de narcóticos que se han observado en neonatos (Judith Op. Cit: 911).

Todo lo aquí enfatizado en torno a este depresor, da motivo para reiterar las palabras del Dr. Berruecos (1983), en el sentido de que “...el alcoholismo no es sólo un síntoma de males sociales mayores, sino la traducción de toda una

problemática social económica, política y cultural. Así, o se empieza a resolver algunos de estos males sociales, una vez que se conozcan científicamente, o deberemos contentarnos con afrontar las consecuencias de un problema cada vez más grave”.

Otros depresores de gran importancia por su impacto social en nuestro país son los hipnóticos y los sedantes, en los cuales encontramos los barbitúricos y las benzodiazepinas, popularmente conocidas como “pastillas para dormir” y “pastillas para los nervios” respectivamente. Para finalizar y debido a su importancia para este estudio, así como el valor social, económico y moral que representan, se abordarán en un segundo capítulo los SOLVENTES ORGÁNICOS.

En relación a los barbitúricos, estos fármacos se producen en forma sintética. En la actualidad su uso está restringido a ciertos tipos de ataques epilépticos. Debido a su acción sedante, también se usan legalmente como inductores de anestesia; su uso fuera de control médico y en dosis excesivas provocan una alta dependencia física y psicológica, así como tolerancia, por lo cual su consumo excesivo produce el síndrome de abstinencia que incluso, puede provocar la muerte (CONADICb, Op. Cit: p. 37).

Una de las combinaciones más imprudentes que pueden existir es la mezcla del alcohol con los barbitúricos; ambos son depresores del sistema nervioso central y su efecto es sumativo: muchas muertes consideradas como suicidio, se deben a esta adición de fármacos (CESSAL, Op. Cit: p. 118).

2. LOS INHALABLES O SOLVENTES ORGÁNICOS.

2.1- Antecedentes históricos y conceptos básicos.

Con el nombre de petróleo o aceite mineral, se conoce un líquido extraído del subsuelo y que tiene la propiedad de ser combustible. El conocimiento de su existencia es muy antiguo, debido a que se ha manifestado en la superficie del suelo de algunas comarcas. Históricamente, está registrado el uso que le destinaron los hebreos y los egipcios (Domínguez, 1970: p. 260); de igual forma, Cohen (citado en Medina Mora y Castro 1982), describe que entre los griegos de la antigüedad, la inhalación deliberada de gases (Bióxido de Carbono: CO₂), se realizaba con propósitos de "expansión de consciencia", para poder realizar las premoniciones; Plinio el antiguo en Roma, relata en su Historia Natural el uso que le daban al petróleo (o aceite mineral Siciliano de los manantiales de Agrigento).

Herodoto describe las fuentes de petróleo existentes en Zacynthos, mencionando la separación del aceite de las aguas salinas. Todas estas leyendas dan idea de lo antiguo del conocimiento del petróleo (Ibidem).

La primera industria del petróleo que se conoce, se supone fue originaria del Cáucaso, tierra de Zoroastro. A principios del siglo XIX, ya se conocía en la Unión Americana el empleo del petróleo en medicina; posteriormente fue utilizado como fuente de iluminación (Domínguez, Op. Cit.: p. 261). Este mismo autor señala que para el año de 1859, se inicia la industria petrolera en gran escala en los Estados Unidos de Norteamérica, con una producción anual de 2000 barriles, aumentando a 500 000 barriles anuales para 1960.

Por otro lado, Choppin y cols. (1971: p. 502), señalan que en el año de 1846 el Dr. John Warren realizó la primera cirugía mayor en la cual se empleó un anestésico en el hospital de Massachusetts, E. U., el anestésico utilizado fue el éter (un derivado del petróleo). En 1847, Jeans Simpson, cirujano de Edimburgo, uso por primera vez el Cloroformo como anestésico.

Probablemente, la primera indicación de que un disolvente orgánico pudiera afectar la conducta (y por lo tanto el cerebro), la dio el médico francés August Delpech en 1856, al reportar a 24 pacientes que padecían de insomnio, irritabilidad extrema, dificultades sexuales y arranques de ira (Ramírez, 1988: p. 4). Estos pacientes habían estado expuestos al Disulfuro de Carbono al fabricar balones de caucho. Otros casos similares se reportaron en Francia en 1870 y 1880.

2.2 Clasificación de los Solventes Orgánicos

En el año de 1828, los trabajos del Sr. Friederich Wohler marcaron la pauta para el desarrollo de Química Orgánica (Domínguez, Op. Cit: 270); de entonces a la fecha los llamados compuestos del Carbono preparados e identificados se cuentan por millones (Gray, 1974: p. 20-19). En forma un poco más concreta, Choppin (1979: p. 504), señala que se han estudiado más de dos millones de diferentes compuestos orgánicos y que la cifra aumenta a razón de varios miles por año. Clasificar una cantidad tal de sustancias no es, en absoluto, una tarea sencilla.

En su mayor parte, los disolventes orgánicos pertenecen a la familia de los hidrocarburos o bien sus derivados por sustitución, los hidrocarburos Alifáticos y los Aromáticos; a su vez los Alifáticos se subdividen en cuatro grandes familias, a saber: los Alcanos, Alquenos, Alquinos y los llamados Alicíclicos (Chopin Op. Cit: 506).

Los Alcanos son hidrocarburos de relativa inactividad química que les valió el nombre de parafinas (poca afinidad). Los nombres de estas sustancias siempre terminan con el sufijo "ano"; ejemplo de ellas son el Metano, Etano, Propano, Pentano, etc. Estas sustancias tienen derivados de igual composición química pero distintas propiedades físicas; a estos derivados se les conoce con el nombre de isómeros. Por ejemplo el isómero del Butano es el Isobutano, los isómeros del Pentano son el Isopentano y el Neopentano (Chopin Op. Cit: p. 506).

Los Alcanos pueden formar importantes sustancias inhalables al reaccionar con los alógenos, familia de elementos químicos cuyos nombres son: Flúor, Cloro, Bromo, Yodo. La palabra Alógeno procede del Griego y significa "engendrador de sales". Así, al combinar el metano con el Cloro, encontramos los Clorometanos, entre cuyos principales disolventes encontramos el Clorometano (disolvente a baja temperatura, refrigerante); Diclorometano (disolvente en la fabricación de película de acetato y fibra), Triclorometano o Cloroformo (disolvente usado para la

extracción de penicilina), Tetraclorometano, Carbono tetraclorado o bien, Tetracloruro de Carbono (disolvente industrial para grasas y producción de freónes o Clorofluorocarbonados) (Chopin Op. Cit: p. 507).

Las reacciones de los Alcanos con los demás Alógenos no son importantes para nuestro estudio, excepto el Tetrafluorometano o Tetrafluoruro de Metano.

Finalmente los Alcanos se combinan con el Oxígeno (se oxidan) para formar importantes sustancias como por ejemplo el Alcohol Etilico, el Acetaldehído o bien el Ácido Acético, dependiendo de la temperatura y presión a la que se efectúe la reacción.

Los Alquenos son otro importante grupo de Hidrocarburos Alifáticos, su nombre se obtiene agregando el sufijo "eno" al prefijo apropiado. Entre los Alquenos más importantes para el presente estudio tenemos el Eteno o Etileno (se usa para plásticos de polietileno) y el Buteno o Butileno (llantas de Polibutileno).

Los Alquinos se nombran igual que los Alquenos pero añadiendo el sufijo "ino". El más importante para el presente estudio es el Etino o Acetileno (Domínguez. Op. Cit: 272).

A diferencia de los Hidrocarburos Alifáticos, los Hidrocarburos Aromáticos forman estructuras anulares o cadenas cerradas: todas ellas contienen el llamado anillo bencénico. El benceno y todos los compuestos de hidrocarburos parecidos al Benceno en su comportamiento químico, se conocen como Hidrocarburos Aromáticos. El Benceno, es una importante sustancia química industrial que se utiliza como materia prima para la síntesis de muchos compuestos orgánicos.

2.3 El problema: uso y abuso de los Solventes orgánicos.

De acuerdo a lo expuesto en el apartado anterior, el uso que se considera normal se encuentra desde el taller más modesto, hasta los grandes complejos industriales y, cualquier uso voluntario con fines de intoxicación, puede considerarse abuso.

Otros usos que podrían considerarse normales se encuentran dentro de los mismos hogares en alguna reparación casera; el padre que enseña a su hijo aeromodelismo o bien, la adolescente que embellece sus uñas con esmalte.

Brevemente puede decirse que los disolventes orgánicos en la industria tienen tres formas de uso: 1) Disolver sustancias; 2) aplicar recubrimientos y 3) como materia prima en diversas áreas de la producción (PEMEX. Manual de Toxicología de la Industria Petrolera s/a: p. 95); con frecuencia, la mayor parte de los disolventes tienen por lo menos dos o hasta cuatro y cinco usos de importancia en la industria (Ocadiz y Reyes s/a: p. 1). Por otro lado, existen algunas características de los disolventes orgánicos que permiten introducirnos al aspecto del abuso. Estas características confieren a estos tóxicos dimensiones diferentes del resto de fármacos que producen dependencia; a saber:

- A) Los Solventes Orgánicos no ocasionan tráfico ilícito, pasan las fronteras por toneladas, están difusamente repartidos, se encuentran en el hogar mismo, todo lo cual dificulta el control legal, es decir:
- B) No existen leyes consistentes que reglamenten su uso.
- C) Los consumidores de abuso, son generalmente niños o adolescentes. (Fernández, 1977: p. 7).

De todas estas características, la que más preocupa tanto social como multidisciplinariamente, es la tercera, debido a que es esta población la que presenta los más altos índices de consumo y debido también entre otros importantes aspectos, a la etapa de desarrollo físico de estos consumidores, los

daños fisiológicos son, las más de las veces, irreversibles. Generalmente estos inhaladores "pertenecen a los estratos sociales y culturales más pobres, con baja escolaridad y grave desintegración escolar" (Uriarte, 1990: p. 216).

"Los solventes orgánicos, independientemente de su uso, abuso, o inhalación accidental, son extremadamente tóxicos; algunos pueden causar la muerte inmediata por obstrucción de la vías aéreas o por un efecto nocivo en los pulmones, otros pueden provocar la muerte más tarde mediante la destrucción del hígado, riñones médula ósea (Anderson y Solomon, 1976: p. 200).

El abuso de solventes orgánicos, puede ejemplificarse explicando algunas formas de administración de estos tóxicos; la más general es humedeciendo un trapo o estopa con el solvente que se decidió usar y se dirige hacia la boca y nariz aspirando profundamente (Uriarte, 1990. Op. Cit: p. 218); pero como señala el Dr. Lammoglia (1974: p. 118), la imaginación (y compulsión) de los abusadores puede dar origen a cien formas más de abuso, encontrando inhaladores crónicos que ingieren por la vía oral cementos plásticos. Krug, Sokol y Nylander (citados en Lammoglia: Op. Cit: p. 121), refieren el caso de un abusador que saturó el colchón con líquido para limpieza y se reclinó en él para una sesión de inhalación; también este último autor citado por Lammoglia, informa de un caso en el que el abusador llenó la tina del baño con thinner, para facilitar la inhalación por saturación del cuarto de baño con los vapores del solvente; también es común que el consumidor de abuso, vierta el solvente en una bolsa de plástico con el fin de que no se evapore, colocándola en boca y nariz inhalando y exhalando; el sujeto también puede verter la sustancia en una cáscara vacía de media naranja e inhalar en tanto simula chupar el jugo, o bien, colocar el tóxico en tubos inhaladores para molestias de la gripa, todo esto con el fin de ocultar sus prácticas (Uriarte, Op. Cit: p. 218).

En cuanto a los abusadores de gasolina, generalmente inhalan los vapores directamente del tanque del vehículo. Con respecto a este tipo de abuso de

hidrocarburos, Boeckx y Coodin (1977. p. 363), señalan un sorprendente caso epidémico de inhalación de gasolina en el poblado de Shamattawa, Canadá de donde estos autores informaron lo siguiente:

- Un niño de doce años de edad que había bebido gasolina en Shamattawa.
- Dos casos de adolescentes que intentaron inyectarse, uno al otro gasolina por vía intravenosa, afortunadamente sin éxito.
- Padres que premiaban con gasolina a sus hijos por hacer tareas menores.
- Familias en las que la gasolina circulaba para ser inhalada en forma de ritual después de cenar.
- Niñas de catorce años que se vendían a cambio de gasolina.
- Un niño de nueve años de edad quien dijo:
“me gusta inhalar gasolina por que me hace sentir bien y caminar tan graciosamente como mi padre.”
- Una pareja de niños quienes estaban inhalando gasolina, prendieron un cerillo y se quemaron junto con su casa.
- Un joven que, al estar inhalando gasolina contenida en una bolsa de plástico, perdió la consciencia y al quedar su cabeza dentro de la bolsa, se ahogó.
- Adultos jóvenes que inhalan gasolina cuando el alcohol no es accesible (Ibidem).

Por otro lado, la inhalación crónica de solventes orgánicos presenta signos característicos: fatiga, pérdida de peso, temblor, trastornos de la memoria, irritación de la piel y del Sistema Nervioso.

También la inhalación aguda tiene sus signos característicos: lenguaje incoherente, desorientación, dificultad para la concentración y percepción, conducta errática, estupor, irritación de la mucosa, dificultad para la coordinación motora, delirio alucinaciones, convulsiones, inconsciencia, coma y muerte (LARA, 1992: p. 5).

Según Clarac, P. (citado en Lara Op. Cit: p. 5), el inhalador suele encontrarse en un contexto de marginación, su consumo de drogas y las reacciones coercitivas lo marginan aún más, su socialización deficiente y la hostilidad que lo rodea, dificulta una acción terapéutica.

De la Garza, F., Mendiola, I. y Rábago, S. (citados en Lara 1992: p. 8), señalan que existe la posibilidad de ubicar algunas características de la familia de los inhaladores: el problema del abuso de solventes por los niños, nace de una familia con alcoholismo y farmacodependencia; Díaz, P. y Valera, R. (citados en Lara Op. Cit: p. 8) , señalan que la ausencia de uno o ambos padres es frecuente en estos menores.

Otros factores de riesgo señalados por Hawkins, D., Catalano, F. y Miller (1992. p. 12-18) son la disponibilidad del fármaco, la desorganización del vecindario, pocas e inconsistentes prácticas administrativas familiares, el conflicto familiar, la poca unión familiar, el fracaso escolar, el poco compromiso con la escuela, problemas de comportamiento temprano y/o persistentes, la asociación con personas que consumen drogas y la rebeldía; pero no obstante también existen factores protectores como el cambio de normas sociales, las estrategias de resistencia de la influencia social (grupos de autoayuda), programas de ayuda para los infantes y la familia, capacitación de las habilidades sociales, la promoción de logros académicos, los cambios organizacionales de la escuela, etc.

Finalmente es necesario reiterar que el consumo de drogas, especialmente de inhalables, es mayor si los individuos son de sexo masculino, si tienen baja escolaridad o abandonan la escuela, si empiezan a edad temprana a trabajar, si la madre, hermanos y amigos consumen alcohol o drogas, si tienen poco o nulo contacto familiar.

Aquel niño que se compra por unos cuantos pesos, thinner u otro solvente, se hace al mismo tiempo de un paliativo para el dolor físico y emocional, de ahí que

las ganancias sean altísimas en relación con lo que invierten; además, psicológicamente se sienten parte del grupo con quien comparte la droga y, algo más desgarrador aún: a nivel simbólico, a nivel más profundo, más inconsciente, el consumidor busca una madre, pues la droga funciona como un sustituto capaz de transportarle a un mundo de felicidad y calidez que sólo conoció en el vientre materno. De ahí que, el usuario pretende llenar el vacío emocional que deja la ausencia de la madre, la ausencia del padre, la ausencia de hermanos; por desgracia, quien consume la droga, no sabe que el afecto que busca, ese se da en la cuna... o no se da (Bermúdez, 1989. p. 22).

Con respecto a la magnitud de este problema en México, se revisaron las Encuestas Nacionales de Adicciones 1993 y 1998 que presentan los resultados obtenidos para las estimaciones de prevalencias del consumo de drogas ilegales.

TABLA 1
Prevalencia de solventes orgánicos
Datos a escala nacional. Según tiempo de uso*.

Droga	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	N	%	N	%	N	%
Inhalables	212,479	0.5%	70,987	0.1%	48,164	0.0%

N= Población expandida
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones
Dirección General de Epidemiología/SSA. 1993

- Sobre los conceptos de prevalencia alguna vez en la vida, Últimos doce meses y Últimos treinta días véase el capítulo 1.

En la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1993. Drogas Ilegales), la cual con una muestra de 20,243 personas seleccionadas y de las cuales 18,737 fueron entrevistas completas, indica que la prevalencia total (abuso de solventes orgánicos alguna vez en la vida) en el país fue de 212,479 individuos (población expandida en la edad de 12 a 65 años ENA, 1993-26. Drogas Ilegales. Sobre la forma de expandir la población se habla en la revisión a la ENA-1998.) lo cual representa un total de 0.5%; la prevalencia en el último año (abuso de solventes orgánicos en los últimos 12 meses), fue de 70,987 sujetos (población expandida)

y la prevalencia lápsica o actual (abuso de solventes orgánicos en los últimos 30 días), fue de 48,134 sujetos (población expandida).

Entre las personas que reportaron inhalar, el 38.1% pertenecen a la población de 19 a 25 años (80,936 sujetos); el 25.9% se registraron entre los 26 y los 34 años de edad (55,070 individuos) y el 14.5% de usuarios son menores de edad (30,751 personas). (ENA-1993: p. 65). Ver tabla 2.

TABLA 2.
Prevalencia de solventes orgánicos por edad.
Datos a escala nacional. Alguna vez en la vida

Edad de inhaladores	No.	%
12 A 18	30,751	14.5
19 A 25	80,936	38.1
26 A 34	55,070	25.9
35 A 44	20,113	9.5
Más de 45	25,609	12.1
Total	212,479	100.0

Nota: N= población expandida.
 Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones
 Dirección General de Epidemiología/ SSA: 93.

Es importante destacar que la ENA-1993, indica que los inhalables fueron las únicas drogas ilegales que en un 19.4% de los casos presentaron una edad de inicio de 11 a 14 años de edad (ENA, 1993: p. 44), además considerando la prevalencia total de las personas que reportaron consumir inhalables en forma de abuso en el ámbito nacional (212,479 sujetos), el 41.4% de estas personas indicó tener estudios de primaria y el 42.1%, estudios de secundaria (87,989 y 89, 488 respectivamente). (ENA, 1993: p. 66).

Los datos presentados hasta aquí son a escala nacional y el consumo total de drogas ilegales se estimó en una media del 3.9%; no obstante esta encuesta se regionalizó en 8 zonas:

- NorOccidental.
- NorCentral.

- NorOriental.
- Occidental.
- Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM).
- Centro.
- Centro sur.
- Sur.

Por lo que corresponde a la Zona Metropolitana de la Ciudad de México y las jurisdicciones conurbadas, la prevalencia total del consumo de drogas ilegales superó la media nacional ubicándose en 4.3%.

De este porcentaje (tabla 3), reportaron haber inhalado un 0.6% por lo menos alguna vez en la vida; 0.2% indicaron haberlo hecho en los últimos 12 meses y 1,620, dijeron haberlo hecho en los últimos 30 días. Este último dato no se da en porcentaje, ya que los parámetros de la encuesta aportan un 0.0%, debido a que la cantidad esta muy por debajo de la prevalencia estimada para muestra que fue de 1%.

TABLA 3.
Prevalencia de solventes orgánicos según tiempo de uso.
Zona metropolitana de la Ciudad de México.

Droga	Alguna vez en la vida		Ultimos 12 meses		Ultimos 30 días	
	N	%	N	%	N	%
Inhalables	68,452	0.6	17,223	0.2	1,620	0.0

Nota: N= población expandida.
La prevalencia menor al 1% se encuentra por debajo de la prevalencia estimada para la muestra.

Fuente: ENA/Dirección General de Epidemiología/SSA-1993.

En los resultados a nivel nacional, se observó que un 14.5%, de los consumidores de solventes orgánicos en forma de abuso, resultaron ser menores de edad; pero en los resultados de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México este dato se agudiza ya que el ¡82.00%!, indicaron tener entre 15 y 18 años de edad y más grave aún resulta el hecho de que sumando los porcentajes de los encuestados

que dijeron tener menos de 10 años, con los que reportaron entre 11 y 14 años de edad y los que reportaron entre 15 y 18 años, se encuentra que el ¡92.8%! de consumidores, son menores de edad. Ver tabla 4.

TABLA 4
Prevalencia de usuarios de solventes orgánicos
Datos de la Zona Metropolitana de la Cd. De México
Alguna vez en la vida

Edad	Inhalables	
	N	%
≤ 10	1,786	2.6
11 a 14	5,590	8.2
15 a 18	56,158	82.0
19 a 23	4,918	7.2
24 a 33	0	0.0
Total	68,452	100.0

Nota: n= población expandida.
Fuente: Encuesta Nacional De Adicciones
Dirección General de Epidemiología/SSA-93

Al menos en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México la Marihuana, Cocaína, Heroína y los alucinógenos, no reportaron tener usuarios menores de 10 años, como es el caso de los inhalables; lo anterior en la prevalencia total o alguna vez en la vida. (ENA, 1993: p. 164). Ver tablas 3 y 4.

Es importante destacar que en esta encuesta se excluyó del reporte de prevalencia de uso de drogas, el consumo de sustancias con fines diferentes al de intoxicación, como por ejemplo thinner para diluir pintura o solventes para la elaboración de lanchas de pequeño calado, o pinturas para automóvil, etc. (ENA, 1993:31); además en cuanto a control de calidad de la información se realizó una supervisión tanto del levantamiento en campo, como del llenado del cuestionario al terminar las entrevistas, así como re-entrevistas para garantizar la confiabilidad de los resultados.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1998, proporciona estimaciones de prevalencia del consumo de drogas ilegales. La cobertura se restringió a la población urbana de 12 a 65 años, es decir, a la que radica en localidades

mayores a 2500 habitantes según el Censo Nacional de Población de 1995. Su diseño permitió obtener datos para población adolescente de 12 a 17 años y adulta de 18 a 65 años a nivel nacional.

El marco muestral utilizó la información del Censo de Población de 1995 y el diseño de muestra fue probabilístico, polietápico, estratificado y con selección de conglomerados en varias etapas del muestreo. Para ello, se usó el marco cartográfico y de datos a nivel localidad y Área Geoestadística Básica (AGEB*) del censo de población 1995.

Se crearon 9 estratos geográficos:

1. Las tres áreas metropolitanas más grandes del país, cuya delimitación se basó en la definida por el INEGI:
 - a) Área metropolitana de la Ciudad de México
 - b) Área Metropolitana de Guadalajara
 - c) Área Metropolitana de Monterrey
2. Las tres ciudades fronterizas:
 - a) Tijuana
 - b) Ciudad Juárez
 - c) Matamoros
3. Las tres regiones del país, de las que fueron excluidas las tres ciudades fronterizas y las tres áreas metropolitanas:

NORTE: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Durango, Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Zacatecas y Nuevo León.

CENTRO: Aguascalientes, Guanajuato, San Luis Potosí, Querétaro, Colima, Michoacán, Hidalgo, Jalisco y Estado de México

SUR Puebla, Tlaxcala, Morelos, Guerrero, Veracruz, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca y Chiapas

Además, se obtuvo información de todos los hogares en los segmentos seleccionados y se escogió la muestra de entrevistados en cada casa.

TABLA 5
Estimación de la población urbana,
por grupos de edad y sexo, México, 1998

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
12-17	4'859,333.00	5'141,470.00	10'000,803.00
18-34	8'750,506.00	12'357,293.00	21'107,799.00
35-65	6'950,394.00	9'688,052.00	16'638,446.00
Total	20'560,233.00	27'186,815.00	47'747,048.00

Fuente: INEGI, Censo de Población 1995

Finalmente, en cada hogar de la muestra obtenida, se aplicó un cuestionario para obtener información sobre las condiciones de la vivienda, así como una lista de los datos socioeconómicos básicos de todos sus habitantes.

Se excluyó a los sirvientes, así como a las personas que no hablaran español o que tuvieran problemas mentales o de otro tipo que les impidiera contestar el cuestionario. Se seleccionó aleatoriamente a un adolescente en cada hogar elegible, mientras que los adultos lo fueron con probabilidad igual.

- Viviendas visitadas 13,288
- Entrevistas completas 12,015
- No respuestas 1,273
- Adolescentes entrevistados 3,882 (tasa de respuesta 86%)
- Adultos entrevistados 5,711 (tasa de respuesta 87%)

La información fue obtenida, como ya se dijo arriba, mediante un cuestionario estandarizado, llenado a partir de una entrevista cara a cara y que ha sido extensamente probado y utilizado en estudios previos, incluye preguntas contenidas en los cuestionarios de hogares llevados a cabo en otros países como Estados Unidos, a fin de facilitar la comparación de los datos. Los encuestadores que realizaron las entrevistas y obtuvieron los datos, son estudiantes universitarios

•AGEB.- es una subdivisión de la localidad creada por el INEGI. Las AGEB urbanas son un agrupamiento convencional de manzanas situadas en localidades urbanas y sus límites están determinados por avenidas y calles principales. Su tamaño puede variar de 20 a 80 manzanas.

con preparación en Ciencias Sociales, y especialmente capacitados en este tipo de estudio.

Debido a que los consumidores pueden reportar el uso de más de una droga ilegal, las estimaciones de prevalencia (de vida, último año y último mes) no suman el 100% del uso de cada sustancia. Como dato importante agregaremos la siguiente tabla:

TABLA 6
Prevalencia del consumo de drogas ilegales*

Alguna vez en la vida	5.27%
Último año	1.23%
Último mes	0.83%

* Marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína.
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Como se señala en esta tabla, el 5.27% de la población urbana de 12 a 65 años ha consumido alguna vez drogas ilegales, lo que equivale aproximadamente a 2.5 millones de personas. El uso en el último año fue reportado por 1.23% de la población urbana de 12 a 65 años de edad, lo cual representa más de medio millón de individuos. Solo el 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el mes previo a la entrevista, lo que equivale a casi 400 000 personas.

Con respecto a los inhalables, la ENA-98 señala que ocuparon el 3er. lugar en el consumo de drogas a nivel nacional con el 0.8% que equivale aproximadamente a 382,000 individuos.

Los *inhalables* también ocuparon el tercer lugar en las proporciones de *último año* con el 0.15% (71,500 individuos aproximadamente), y de los *últimos treinta días* con el 0.09% (43,000 individuos aproximadamente). Esta información se puede observar en la tabla No. 8.

TABLA 7.
Consumo de inhalables alguna vez,
Por edad y sexo

Sexo/ Edad	Inhalables
	%
Hombres	
12 a 17	1.08
18 a 34	2.52
35 a 65	1.11
Subtotal	1.70
Mujeres	
12 a 17	0.20
18 a 34	0.17
35 a 65	-----
Subtotal	0.11
Total	0.80

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.
Nota: Sólo se presenta la prevalencia del consumo de inhalables por ser el interés de este estudio.

TABLA 8
Consumo de inhalables alguna vez en la vida,
último año y último mes

Tipo de droga	Alguna vez	Último año	Último mes
	%	%	%
Inhalables	0.80	0.15	0.09

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998
Nota: Sólo se presenta la prevalencia del consumo de inhalables por ser el interés de este estudio.

Otros datos localizados en esta encuesta, y de interés para el presente estudio son los que se observan en la tablas 9 y 10.

TABLA 9
Consumo de Inhalables Alguna Vez en la Vida
por Regiones

Tipo de droga	Región Norte	Región Centro	Región Sur	Nacional
	%	%	%	%
Inhalables	0.51	1.14	0.35	0.80

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998
Nota: Sólo se presenta la prevalencia del consumo de inhalables por ser el interés de este estudio.

El promedio nacional de consumo de inhalables es de 0.80% de la población: en la región centro se presentó una proporción algo mayor (1.14%) seguida por la región Norte (0.51%) y finalmente por la región sur (0.35%).

TABLA 10
Consumo de Inhalables
Alguna Vez en la Vida por Ciudades

Tipo de Droga	Tijuana	Cd. Juárez	Guadalajara	Cd. de México	Monterrey	Matamoros	Nacional
	%	%	%	%	%	%	%
Inhalables	1.07	0.30	1.27	1.60	0.69	-----	0.80

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Nota: Sólo se presenta la prevalencia del consumo de inhalables por ser el interés de este estudio.

Los inhalables, que constituyen la 3ª droga en importancia a nivel nacional, es en la Ciudad de México donde se obtuvo la prevalencia mas alta de uso *Alguna Vez en la Vida* (1.60%) que duplica el promedio nacional (0.80%) y es superior a la de la Región Centro (1.14%), que es la región donde se ubica. Le siguen en importancia Guadalajara (1.27%) y Tijuana (1.07%).

TABLA 11
Consumo de Inhalables Alguna Vez en la Vida.
Número de veces

Tipo de droga	1 a 5	6 a 10	11 a 49	50 o más
Inhalables	49.3%	10.3%	16.0%	24.3%

5.27% ha consumido alguna vez drogas ilegales

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998

Nota: Sólo se presenta la prevalencia del consumo de inhalables por ser el interés de este estudio.

De acuerdo con la tabla anterior, del 5.27% que ha consumido drogas en el país (2'516,269.00), el 49.3% ha consumido inhalables (1'240,520.00) de 1 a 5 ocasiones; el 10.3% (127,773.00) lo ha hecho de 6 a 10 ocasiones; el 16.0% (402,603.00) ha inhalado de 11 a 49 ocasiones, y el 24.3% (611,453.00) lo ha hecho en más de 50 ocasiones. Estos últimos de acuerdo a la ENA-98, pueden considerarse usuarios fuertes.

TABLA 12

Proporción que usó la droga 20 días o más
en los últimos 30 días

Tipo de droga	Total de usuarios En el último mes	Usaron 20 días o mas
Inhalables	0.09%	20%

Fuente: ENA, SSA, 1998

0.83% ha consumido drogas ilegales en el último mes

Con respecto a los usuarios que señalaron haber inhalado solventes en los últimos 30 días se encuentra el 0.09% (41,000 personas), de estas, más del 20% es decir, más de 8,100 individuos, dijo haber consumido esta droga en 20 o más días.

TABLA 13

COMPARATIVO DE LAS ENA's 1988-1993-1998
Drogas Ilegales(*). Alguna Vez en la Vida

Regiones	1988	1993	1998
Nacional	3.33	3.90	5.27

(*) Marihuana, cocaína, inhalables, alucinógenos, heroína

Fuente: ENA, SSA, 1988, 1993, 1998

Al comparar los resultados de las tres Encuestas Nacionales de Adicciones, que abarcan un periodo de 10 años, se hace evidente un aumento considerable en la prevalencia nacional sobre el consumo de drogas a nivel nacional.

TABLA 14

Tendencia del Consumo de Inhalables
Alguna Vez en la Vida. Nacional

Tipo de droga	1988	1993	1998
Inhalables	0.76	0.50	0.80

Fuente: ENA, SSA, 1998

Con respecto a la proporción de los que usaron Inhalables, había descendido ligeramente entre 1998 y 1993, sin embargo para 1998 la proporción de usuarios aumento considerablemente (tabla 14).

2.4. La Psicoterapia: Una alternativa de solución.

No existe mejor criterio objetivo del desarrollo humano que el criterio afectivo, es decir, el comportamiento del individuo en relación con los objetos de su amor. Con base en estas y otras características, el psicoanálisis distingue sucesivamente las etapas de desarrollo humano: oral, anal, fálica y genital. Así, es la historia de estas etapas de organización la que nos permite comprender las bases del comportamiento ulterior, no sólo de los individuos considerados normales, sino también de aquellos que presentan anomalías, desde las simples excentricidades hasta los trastornos graves de adaptación social.

Es en la etapa oral, comprendida aproximadamente entre los cero y los dos años, cuando aparece la necesidad fisiológica de succionar, lo cual constituye un placer para el niño. Si se le da la ocasión de satisfacer pasivamente este placer, el niño se apega al seno o biberón (objeto ocasional), con los que gusta jugar aún cuando ya no tengan leche (Dolto, 1991: p. 25). El niño ama todo lo que introduce en su boca (el pezón, el chupete, etc.) y por extensión (dado que no ha adquirido la noción de los límites de su propio cuerpo), a su madre o nodriza, siempre ligadas al placer de mamar. La actitud frente el mundo exterior, va a conformarse a este modelo de relación amorosa (Dolto, Op. Cit: 25).

Es en el predominio de los componentes orales parciales el que, según sus empleos posteriores, hará de los sujetos: oradores, cantantes, fumadores, bebedores, "tragones" o toxicómanos (Dolto, Op. Cit: p. 27), y es este último aspecto el que resulta de importancia para nuestros propósitos aunque, por supuesto el proceso para llegar a la toxicomanía no es tan sencillo como lo plantea Dolto.

En el año de 1930, Freud señalaba que: "tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarla no podemos pasarla sin lenitivos (medios

para mitigar los sufrimientos del ánimo), los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen y narcóticos que nos tornan insensibles a ella (...), en cuanto a los narcóticos, influyen sobre nuestros órganos y modifican su quimismo...” (Freud, Op. Cit: 20).

Por lo que corresponde al sufrimiento, este “nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables y por último de las relaciones con otros seres humanos”, relaciones que finalmente juegan un papel fundamental en el proceso de farmacodependencia. Ahora bien, es normal el deseo humano por satisfacer las necesidades que se presenten empero, en la toxicomanía “la satisfacción ilimitada de todas las necesidades se nos impone como norma de conducta más tentadora, pero significa preferir el placer a la prudencia, y a poco de practicarla se hacen sentir sus consecuencias”. (Freud, Op. Cit: 18).

“Los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro organismo, pues en última instancia, todo sufrimiento no es mas que una sensación, sólo existe en tanto lo sentimos y únicamente lo sentimos en virtud de ciertas disposiciones de nuestro organismo.” (Freud, 1930: p. 21).

“El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación es el químico: la intoxicación.” (Freud, Op. Cit:23). En la actualidad es bien comprendido su mecanismo, pero resulta notable que en 1930, Freud señalara: “..es evidente que existen ciertas sustancias extrañas al organismo cuya presencia en la sangre y en los tejidos nos proporciona directamente sensaciones placenteras, modificando además las condiciones de nuestra sensibilidad de manera tal que nos impiden percibir estímulos desagradables.” Más notable aún resulta que en esta época, Freud previera la existencia de las endorfinas al decir:

“..pero en nuestro propio quimismo, deben existir asimismo sustancias que cumplen un fin análogo.” (Freud, Op. Cit: 23).

Ahora, con respecto a los tóxicos: “..no sólo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior. Los hombres saben que con ese “quitapenas” siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrece mejores condiciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y su nocividad. En ciertas circunstancias, aún llevan la culpa de que se disipen estérilmente cuantiosas magnitudes de energía que podrían ser aplicadas para mejorar la suerte humana.” (Freud, Op. Cit: p. 22).

Es en este sentido que la psicoterapia constituye una alternativa de solución, aún cuando esta ha diversificado ampliamente su técnica. Aquí se señalarán algunas de estas técnicas.

La psicoterapia como tal, constituye una técnica profesional sistematizada, mediante la cual los síntomas mentales y un comportamiento desordenado pueden ser controlados a través de una relación estructurada progresiva entre un médico entrenado y un paciente. (Kleeman y Solomon, 1976: p. 206). Esta técnica es útil en el tratamiento de neurosis, trastornos de la personalidad, trastornos psicofisiológicos y problemas de conducta incluyendo alcoholismo, abuso de drogas y delincuencia. Estudios serios efectuados por Cartwright, Wallerstein, Bergin, Truax, Frank, Malan, etc, (citados en Kleeman y Solomon, Op. Cit: p. 207), han demostrado que la psicoterapia es una técnica terapéutica con un potencial (como los medicamentos), para hacer que el paciente se alivie o empeore dependiendo de cómo sea usada. El paciente, generalmente se somete a psicoterapia debido a que está descompensado psicológicamente, y la evidencia de esta descompensación aparece en la escuela, trabajo, hogar, relaciones interpersonales, o bien, en el consumo inmoderado de alcohol u otras drogas.

(Ibidem). Los determinantes de mayor importancia en el desenlace de la psicoterapia están constituidos por la motivación del individuo para trabajar con esta técnica como una forma para recuperarse de su descompensación; además la edad, inteligencia, flexibilidad, factores reales (apoyo familiar, aspectos geográficos, finanzas, etc.). Aquí se expone un ejemplo de lo dicho por Kleeman:

"... pienso en el primer toxicómano a quien hice psicoterapia en un centro de atención para toxicómanos. Lo veía tres veces por semana. Venía puntualmente al centro para sus sesiones, de modo que no estaba sujeto a la norma de abstinencia (del centro de atención). En ese tiempo yo tenía la idea, simplista sin duda, de que en la medida en que mi paciente *avanzara* en su psicoterapia, ello acarrearía una disminución *inversamente proporcional* al consumo de drogas. Pero hacía más de un año que había empezado la terapia y mi paciente seguía drogándose exactamente al mismo ritmo que al comienzo del tratamiento. Y sin embargo, y eso era lo que más me intrigaba, yo tenía la convicción de que ese paciente estaba enteramente comprometido en su trabajo psicoterapéutico. Estaba en ese desconcierto cuando un día, hacia fines del segundo año de tratamiento, vi llegar a mi paciente en un estado de gran perturbación. Subimos al consultorio y cuando todavía no me había sentado me lanzó: "¡Ya no es como antes!". Para mi sorpresa, me contó: "Tomé una dosis de heroína como de costumbre, y no era como antes. Creí que me habían vendido chapuza, compré otro gramo, y no era como antes." Entendí que "a pesar suyo", y en cierto modo también "a pesar mío", el objeto droga había "fracasado" para este paciente, y que se trataba de una modificación profunda debida a la recomposición pulsional y fantasmática que había provocado en él la terapia. En este caso la remisión del síntoma es el resultado de un trabajo intenso del paciente. Es en cierta medida un "efecto" de ese trabajo, pero no es, nunca fue "el objetivo exclusivo" del trabajo terapéutico." (Vera: Op. Cit. P-41.)

Los psicoterapeutas más fructíferos, están caracterizados por un amor no posesivo, empatía, calor humano genuino y buen ajuste personal. Los fracasos en esta técnica ocurren frecuentemente con terapeutas que son fríos y

desinteresados o son tan afectivos y efusivos que avergüenzan, confunden o antagonizan al paciente. Los terapeutas que explotan a los pacientes para su beneficio personal, pronto generan suspicacia y hostilidad en lugar de confianza, y sin confianza la psicoterapia no puede funcionar. Los psicoterapeutas con problemas psicológicos personales pueden exagerar o en forma inconsciente dejar pasar problemas similares en sus entrevistados, lo que resulta en detrimento para el bienestar de sus pacientes. Finalmente los terapeutas que anhelan metas irreales para sus entrevistados provocan desilusión y fracaso. (Kleeman y Solomon, Op. Cit: 209).

La Logoterapia es una técnica que se centra en el significado de la existencia humana y señala que la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrar un sentido a su propia vida (Frankl, 1979: p. 91); sin embargo esta voluntad de sentido puede frustrarse, en cuyo caso la Logoterapia habla de frustración existencial (Frankl, Op. Cit: 91), esto es el sentimiento de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido. Frankl, llama a esa carencia de sentido el "vacío existencial" y de acuerdo a su teoría, no es comprensible que se extiendan tanto los fenómenos de alcoholismo y drogadicción, a menos que reconozcamos la existencia del vacío existencial que les sirve de sustento.

La psicoterapia breve, es una técnica que ha evolucionado como una forma de tratamiento psiquiátrico diferente, resultado de la observación de que muchos pacientes alcanzan marcado alivio de sus síntomas y cambios moderados de carácter en unas cuantas entrevistas, en tanto que la terapéutica continua casi no produce progreso. Si el entrevistado llega a psicoterapia con una crisis, sus defensas ya establecidas y sus patrones de conducta se encuentran desintegrados, esto puede constituir una situación ideal para el desarrollo de defensas más saludables y mejores soluciones a sus conflictos. La psicoterapia en una situación de crisis prevendrá que la ansiedad continua, la depresión y otros síntomas produzcan un mayor desajuste (Kelley, R. Y Otros, 1976: p. 220). Un individuo con un sufrimiento mental agudo, se encuentra mejor motivado para un

cambio casi radical que uno cuyo sufrimiento mental crónico se ha convertido en un medio de vida. El tiempo limitado disponible para tratamiento clínico, la escasez de psiquiatras y la depresión económica en la práctica privada han acelerado la tendencia de estimular el desarrollo de la psicoterapia breve, si bien la razón capital para su auge es que resulta más efectiva que la terapéutica de larga duración para el manejo de problemas psiquiátricos agudos, y difieren no solo en el número de entrevistas sino en que la psicoterapia breve, hace hincapié en la situación actual. (Kelley, R. Y Otros, Op. Cit: 221). Esta técnica puede ser usada en cualquier padecimiento psiquiátrico, pero se obtienen buenos resultados en problemas caracteriológicos graves como alcoholismo y farmacodependencia.

La técnica denominada Terapéutica de Grupo, por lo general tiene duplicados en los métodos de psicoterapia individual, de ahí que esté basada hasta cierto punto en los mismos principios teóricos. Entre los principales éxitos que se observan en esta técnica se tienen a los Alcohólicos Anónimos, que es una forma directa e inspirativa de terapéutica de grupo para el alcoholismo. Este movimiento ha tomado fuerza en México, Canadá, Europa, África, Asia y Australia. Se fundó en 1935 en los Estados Unidos por dos médicos alcohólicos. (Kelley y Otros, Op. Cit: 223).

3. APLICACIÓN DEL PROGRAMA: “EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE EL CONSUMO DE INHALANTES EN ALUMNOS DE INTERNADOS PERTENECIENTES A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL.”

METODO

3.1 Justificación del problema.

El interés por detectar si existe el consumo de inhalantes en alumnos de internados de 5° y 6° grado, nace de la inquietud por observar que, la gran mayoría de los investigadores que han escrito sobre este tipo de drogas, coinciden en que son los menores que presentan ciertas características socioeconómicas y familiares, los que consumen este tipo de drogas y como se señaló en la introducción de este estudio, tales características apuntan hacia el hecho de que estas sustancias psicoactivas son utilizadas como fármacos de abuso, principalmente por niños y jóvenes de los estratos sociales y culturales más pobres, incrementándose el riesgo si estas personas provienen de familias donde uno o varios de sus elementos abusan del alcohol o consumen alguna otra droga. El riesgo de consumo se incrementa en pequeños que presentan conflicto en sus familias o bien, reciben un rechazo implícito o explícito por parte de ellas y por desgracia, el pequeño interno presenta estas características, redundando todo esto en una fractura emocional en el pequeño joven, fractura que si existe, se manifiesta en diversas actitudes del niño hacia el padre; la madre; la familia; la escuela; el profesor; los compañeros de escuela, así como hacia sus capacidades propias y sus metas. Las actitudes evaluadas en este trabajo, se seleccionaron del TEST FIGS, dado que se consideraron las más representativas de las condiciones en las cuales el menor se relaciona socialmente con sus profesores, compañeros y amigos, padres, la actitud ante sus capacidades, la actitud ante sus temores y permiten además, tener una visión clara de las relaciones familiares del educando encuestado.

De ahí el interés por evaluar las actitudes de los pequeños internos hacia el padre, la madre, etc., y efectuar un estudio comparativo de las actitudes seleccionadas entre los alumnos que reportaron consumo de solventes orgánicos y los alumnos que no reportaron haberlo hecho. No obstante el deseo por ver si tal consumo existe, obedece también a otra inquietud: el uso de solventes en forma de abuso, es ya en sí un factor de riesgo para que se extienda en la comunidad, en la inteligencia de que estos niños tienen periodos de estancia fuera de los planteles, periodos en los cuales es posible su contacto con estos fármacos.

Ahora bien, para efectos del presente programa y del programa preventivo que se proponga, se entenderá como alumno interno o alumno internado, a todo aquel educando que permanezca en su plantel las 24 horas del día, todos los días hábiles del año exceptuando los periodos vacacionales y días festivos establecidos por la propia Secretaría de Educación pública. Asimismo, se entenderá como internado a los planteles que alberguen a los alumnos internados o alumnos internos durante los periodos citados.

3.2 POBLACIÓN

Aproximadamente 630 alumnos de cuatro internados oficiales de la Secretaría de Educación Pública en el Distrito Federal de ambos sexos, que estén cursando el 5° o 6° grado, con edades de 9 a 14 años de edad, caracterizados por bajos ingresos económicos.

3.3 OBJETIVO GENERAL

Detectar si existe y en qué porcentaje el consumo de solventes orgánicos en forma de abuso, en alumnos de 5° y 6° de primaria en internados oficiales. Evaluar nueve actitudes y efectuar un estudio comparativo entre las actitudes de los alumnos que reporten consumo de solventes y los que reporten no haberlo hecho.

Objetivos particulares

Realizar un estudio comparativo de las actitudes evaluadas, entre los alumnos que hallan reportado consumo de inhalables en forma de abuso y los no consumidores.

Proponer ante la Secretaría de Educación Pública un programa preventivo sobre el consumo de solventes orgánicos y otras conductas autodestructivas.

3.4 Hipótesis de Trabajo

A un mayor número de actitudes negativas y a un mayor grado de conflicto familiar, existe un mayor consumo de inhalables.

3.5 ESTRATEGIA

Para el logro de los objetivos, se utilizarán por un lado, un fragmento del cuestionario para estudiantes empleado en el “PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN CONTRA LAS ADICCIONES”, (PEPCA), realizado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), y la Secretaría de Educación Pública en el año de 1991, adecuando las preguntas empleadas al nivel académico de los encuestados; también se emplearán aquellas preguntas que permitan la detección de los factores de riesgo señalados en el presente estudio, las preguntas de este cuestionario se alternarán con las frases del test FIGS. Para diferenciar los reactivos del test FIGS se señalarán con letras mayúsculas del alfabeto con el objeto de facilitar el manejo de la información. La combinación de ambos cuestionarios se presenta en el anexo 1.

Así, el reactivo señalado con la letra A, permitirá determinar el sexo del encuestado; el reactivo B, va a permitir establecer la edad del alumno y el C (uno de los más importantes) va a permitir detectar cuantos de los encuestados han tenido contacto con los inhalables por lo menos una vez en su vida, los reactivos D y E, permitirán detectar la incidencia del consumo en los últimos 30 días y los últimos 12 meses. La pregunta F, cierra un bloque de cuatro preguntas y permitirá conocer el número de veces que el consumidor ha tenido contacto con los inhalables. Esta pregunta será correlacionada con las actitudes evaluadas en la forma como se detalla más adelante, esto para lograr el tercer objetivo particular del estudio. Las preguntas (C, D, E y F), pretenden lograr el tercer objetivo del estudio.

Con la pregunta G, se podrá establecer el nivel de hacinamiento familiar y poderlo comparar con el nivel de conflicto de sus integrantes; este último aspecto se podrá determinar con los reactivos señalados con las letras H e I.

La pregunta J, permitirá determinar las condiciones socioeconómicas de la familia y finalmente el reactivo señalado con la letra K, complementado con la pregunta de la letra G, permitirá confirmar las condiciones de hacinamiento familiar.

La información que proporcionen los alumnos a través del cuestionario adaptado del PEPCA, se vaciará en un consolidado el cual permitirá contemplar en forma general las respuestas de los alumnos. Para distinguir a los alumnos en los consolidados, se les asignó un código que consta de ocho dígitos y que permite reconocer a que internado pertenece el grupo y por tanto el grado, el número de alumno de acuerdo al formato ALD-1 y finalmente, el sexo. Los dos primeros dígitos indican el número de internado; los siguientes dos dígitos permiten reconocer el grupo, el sexto y séptimo dígitos, permiten ubicar el número del alumno de acuerdo al formato ALD-1 y el último campo indica el sexo del alumno: H para los hombres y M para las mujeres.

Ejemplo: 175A-05M.
El código indica que el alumno estudia
En el internado número 17 en el grupo
5° A ocupa el lugar No. 5 en el formato
ALD-1 y es mujer.

Del formato ALD-1 se hablará más adelante.

En estos consolidados las columnas indicarán las preguntas del PEPCA, es decir, las preguntas: A; B; C; D; E; F; G; H; I; J y k, y las filas los alumnos de acuerdo al código arriba descrito.

Es importante destacar que la Secretaría de Educación Pública, por conducto del Departamento Técnico-Pedagógico del área de internados, efectuó un estudio exhaustivo del programa, aportando sugerencias que fueron incorporadas al estudio, como por ejemplo: evitar en lo posible que los reactivos del cuestionario fueran repetitivos, al explorar en los niños la posibilidad de consumo de Solventes Orgánicos.

Se comentó que evidentemente, existía el riesgo de que al explorar el punto de usar Inhalables en forma de abuso, se despertara en algunos niños la duda o curiosidad sobre este aspecto, aún cuando no existiera el consumo. Sobre este particular, el Cuerpo Técnico de la Secretaría de Educación Pública, aceptó tomar ese riesgo.

Por otro lado, se utilizará un fragmento del test de frases incompletas denominado profesionalmente con el nombre de "FIGS". Se decidió usar esta escala de frases incompletas, dado que se observaron ventajas para evaluar actitudes que no fue posible encontrar en otras pruebas similares, tales como la prueba Forer de Meyer y Tolman, diseñada en 1955 y que sólo puede aplicarse a poblaciones pequeñas de N=20. La escala FIGS puede aplicarse en forma individual o colectiva, se emplea poco tiempo en su aplicación, su evaluación no es complicada, (Grados y Sánchez, 1986 p. 7). Para elaborar esta prueba, los autores se basaron en el método de construcción de Sacks y Levy (citados en Grados y Sánchez Op. Cit: p. 20), dividiendo su trabajo en seis etapas:

1. La definición de qué actitudes se pretenden medir.
2. El diseño de los reactivos.
3. Someter a juicio de 20 psicólogos los reactivos construidos.
4. Integración de la escala con los reactivos seleccionados.
5. Aplicación de la prueba.
6. Evaluación de reactivos e integración de la escala definitiva.

Para distinguir las frases utilizadas de la escala FIGS, de los reactivos del cuestionario adaptado detallado anteriormente, en aquél se utilizarán los números originales del test. El número utilizado es de 36 de 60 frases incompletas salteadas y consecutivas, con las cuales se podrán evaluar 9 de 15 actitudes del encuestado. Cada actitud, la evaluarán 4 reactivos específicos. Las actitudes y las correspondientes frases que las evalúan se detallan en el anexo 5.

Una vez encuestados todos los grupos de los cuatro planteles, se procederá a la interpretación estadística de los datos obtenidos previa separación de los alumnos a los que se les haya detectado un consumo en forma de abuso de los solventes orgánicos, y de acuerdo a las preguntas del cuestionario señaladas con las letras C; D; E y F como ya se indicó.

Lo anterior implica que para los reactivos A; C; D; E y F se mostrará un cuadro de resultados por pregunta, y para los reactivos B; G; H; I; J; y K se observarán dos cuadros por pregunta, lo cual permitirá efectuar una comparación analítica de ambos grupos: consumidores y no-consumidores.

Las tablas de resultados permitirán manejar porcentualmente los datos obtenidos, lo cual dará facultad para realizar un análisis entre las actitudes evaluadas y el consumo de los inhalables así como las condiciones socioeconómicas de los alumnos.

La evaluación para el caso de los reactivos del test FIGS, se realizará de la siguiente manera: Una vez obtenidos los datos, se procederá a separar los alumnos a los cuales se les haya detectado consumo de solventes y se conformará con esta información el formato ALD-1 (anexo 6), diseñado para tal efecto. Se utilizará una hoja para cada grupo y actitud. La forma de separar a los consumidores de los no consumidores, será la siguiente: se numerarán los alumnos del grupo después que hayan entregado todos los cuestionarios; se iniciará con las niñas y se continuará con los niños, esto para tener un mejor control del total de los alumnos de ambos sexos por grupo, plantel y total de los planteles encuestados. Este dato se ubicará en la primera columna del lado izquierdo del formato mencionado. En este listado de alumnos por grupo, se detectará con base en las respuestas al cuestionario, a los alumnos que hayan reportado inhalar solventes y se tendrá presente este dato para su posterior manejo.

Retornando nuevamente al formato ALD-1, los datos de las siguientes cuatro columnas, indicarán el puntaje obtenido por el alumno para la frase indicada en la parte superior de la columna; con respecto a la actitud que se esté evaluando, la cual quedará indicada en el tercer renglón del formato y de igual forma el total de alumnos, el grupo encuestado y el plantel al que pertenece el grupo encuestado, quedarán especificados en el renglón 4 del formato señalado. Finalmente, el total de niños y niñas por separado se indicarán en la parte inferior del formato utilizado.

La calificación que se otorgará a cada una de las 36 respuestas del FIGS, estará de acuerdo al siguiente criterio:

- 2 son casos extremos. Se dará el puntaje 2 cuando el alumno exagere la información que proporcione (por ejemplo: "quisiera matar a mi madre").
- 1 el conflicto es manejable. Aquí existe un elemento no satisfecho.
- 0 el alumno no muestra ningún conflicto, o no muestra nada significativo.

Al analizar los resultados, se contemplarán y describirán cuales son las actitudes en conflicto que presentan un mayor porcentaje, la relación que existe entre las actitudes evaluadas y los porcentajes de consumo que hayan reportado los encuestados. Los criterios y parte del resumen general de evaluación, se tomaron de GRADOS Y SANCHEZ (1986: p. 45), adaptándolos al presente estudio. La calificación que se otorgue a la frase que se esté evaluando, se ubicará en la columna que corresponda (2°; 3°, 4° o 5°). La frase evaluada y su número correspondiente en el cuestionario, se mencionan en la parte superior de las columnas. El puntaje final, (sexta y última columna del lado derecho) para la actitud que se esté evaluando, se obtendrá sumando en forma horizontal las cuatro calificaciones de las columnas anteriores; este puntaje se tomará como base para la evaluación final que se otorgará al alumno en la actitud que se esté evaluando, y se manejará de acuerdo a la siguiente escala final:

Con puntaje de 0 a 4	no existe conflicto.
Con puntaje de 5 a 6	el conflicto es manejable.
Con puntaje de 7 a 8	el conflicto es evidente.

En condiciones normales de aplicación, si el encuestado no responde a alguna de las frases del FIGS, se recurre a la entrevista para de esta forma, saber cual es la calificación que se otorgará a la frase no resuelta; sin embargo, dada la población a la que se aplicará el test, resultaría difícil recurrir a la entrevista para ubicar la calificación de quien no respondiera algún reactivo. El criterio que se utilizará para resolver lo anterior, será el de otorgarle la calificación de 1 al reactivo no contestado, dado que

sería drástico otorgarle la calificación de 2 a la frase en cuestión y de igual forma, sería drástico otorgarle la calificación 0; por eso se utilizará la opción 1, ya que es la media entre los dos extremos y se considera la idónea para solventar este aspecto.

De todo lo anterior puede observarse que se tendrán nueve formatos ALD-1 por cada grupo evaluado y así se tendrá la información por grupo. Posteriormente se vaciará esta información en el formato ALD-2 (anexo 7), y este formato permitirá observar la información obtenida por plantel, así como los porcentajes equivalentes de alumnos que obtuvieron los puntajes de 0 a 4; de 5 a 6 y de 7 a 8; es decir: alumnos en quienes no existe conflicto; el conflicto es manejable o bien, existe un conflicto evidente.

Finalmente, la información del formato ALD-2, se sintetizará en el formato ALD-3 (anexo 8) y de esta forma, se tendrá la información global de los cuatro internados, misma que se procederá a analizar comparativamente. Es preciso señalar que la “escala final”, aparecerá en la parte inferior del formato ALD-1 en dos ocasiones: una para los alumnos no consumidores y una para los alumnos que reportaron consumo, esto implica que se conformarán 2 tablas ALD-2 por internado, y lo mismo sucederá con el formato ALD-3.

Con el propósito de llegar a una tabla que permita comprobar la hipótesis (anexo 9), se partirá de los formatos ALD-1 conteniendo la información ya descrita y se integrarán dos consolidados más: uno para los alumnos consumidores que presenten actitudes negativas y no negativas, y otro para los alumnos no consumidores que presenten actitudes negativas. Estos consolidados presentarán en sus columnas los números de las preguntas que se utilizaron en el test Figs y en sus filas los códigos de los alumnos con los que se esté trabajando (consumidores o no consumidores). En la intersección de filas y columnas se ubicará la respuesta del alumno indicado al principio de la fila.

De estos consolidados surgirán cuatro tablas: la primera de ellas (tabla 13), indicará el número de alumnos consumidores con actitud negativa por sexo (columnas) y por internado (filas); la segunda tabla mostrará el número de alumnos consumidores con

actitud no negativa también por sexo e internado (tabla 14). La tercera tabla mostrará el número de alumnos no consumidores que hayan presentado actitud negativa (tabla 15). La tabla No. 16 será una tabla general que muestre el total de alumnos consumidores y no consumidores (filas) que presentaron actitudes negativas y no negativas (columnas). El total de esta tabla deberá ser el total de alumnos encuestados.

Finalmente, para comprobar la hipótesis de trabajo, se elaboró una tabla (17) que en sus filas muestra los códigos de los alumnos que indicaron consumir solventes orgánicos y que además presentaron actitudes negativas, y en sus columnas muestra las respuestas de estos alumnos a las preguntas del PEPCA. La tabla mostrará en la antepenúltima columna el número de actitudes negativas que reportó el alumno, dato extraído del consolidado anteriormente descrito. En el cuadro se podrán observar dos aspectos: por un lado mostrará si efectivamente a un mayor número de actitudes negativas existe un mayor consumo de inhalables, y por otro, si a un mayor grado de conflicto familiar existe un mayor consumo de solventes orgánicos.

Para finalizar este apartado se mencionarán algunas palabras sobre la confiabilidad y la validez del cuestionario adaptado y de la escala FIGS de actitudes.

Con respecto al cuestionario adaptado, este instrumento se diseñó en los Estados Unidos y fue adaptado por investigadores nacionales para aplicarlo en poblaciones de jóvenes mexicanos, ha sido sometido a pruebas de confiabilidad y validez en las Encuestas Nacionales de Adicciones en los siguientes aspectos:

- A) Estimación de la baja respuesta.
- B) Consistencia en las respuestas.
- C) Preguntas en blanco.
- D) Grado de confianza del estudiante para reportar su consumo de drogas.
- E) Respuesta al cuestionario, comparación entre consumidores y no consumidores.

Sobre este importante particular, se puede encontrar una amplia explicación en cualquiera de las Encuestas Nacionales de Adicciones publicadas por el Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Con respecto a la escala de actitudes FIGS este instrumento fue diseñado por Grados y Sánchez en 1978 y se puede encontrar ahí una excelente explicación sobre la confiabilidad y validez de la escala. Para el objetivo de este trabajo, baste decir que el instrumento tiene una amplia aplicación en la Industria.

3.6 RESULTADOS

La encuesta se aplicó a 382 alumnos (ver anexos 2 y 4), lo cual representa el 60.63 % de la población estimada que fue de 630 alumnos de 3 internados. Para el cuarto internado fue necesario solicitar la autorización a la Unidad de Servicios Educativos Iztapalapa (USEI), (ver anexo 4); este cuarto internado fue el número 28 Lázaro Cárdenas del Río, sin embargo la población de este internado fue necesario eliminarla del programa debido a que este plantel no funciona como internado sino como medio internado, es decir, los alumnos de esta escuela ingresan a ella a las 08:00 hs retirándose a las 17:00 hs a sus hogares y dado que, en la selección del problema se hace mención específica de qué alumnos se consideran internos y qué planteles se consideran internados, no fue posible mantener la población de este plantel como parte del programa.

Las razones por las cuales no fue posible captar el total de la muestra estimada, variaron desde incapacidades médicas, hasta faltas de asistencia, excursiones, visitas a museos, etc. Es importante señalar que el cuestionario se aplicó a los diferentes internados, del día 2 de Enero de 1995, al día 20 de Enero del mismo año, es decir en un periodo inmediato posterior a vacaciones tratando de mostrar que estos jóvenes se aproximan a estos fármacos en periodos de estancia en sus hogares.

La tabla 1 nos muestra el total de alumnos encuestados por plantel (columnas) y por grupos (filas), y puede observarse que en el plantel 1, se encuestó a un total de 121 alumnos. Es importante señalar que en este plantel, el total de la población es femenina. En el plantel número 2 se logró encuestar a un total de 140 alumnos y finalmente, en el plantel número 17, se encuestó a una población de 121 alumnos. La población de los planteles 2 y 17 es mixta y el detalle de alumnas y alumnos encuestados se observa en la tabla número 2.

TABLA 1
Población encuestada

Grupo	Plantel	1	2	17	Total
5°A		17	26	34	77
5°B		29	24	34	87
5°C		4	30	0	34
6°A		30	31	27	88
6°B		21	29	26	76
6°C		20	0	0	20
Total		121	140	121	382

La tabla muestra el total de la población encuestada por plantel y grupo.

La tabla 2 muestra la población encuestada por sexo, observando que el plantel 1, como ya se mencionó, cuenta con una población 100% femenina; en esta escuela se captaron 121 alumnas, las cuales representaron el 31.68% de la población encuestada. En el plantel Ejército Mexicano se captaron 140 alumnos, esto es el 36.64% de la población obtenida, de la cual 116 educandos fueron hombres 30.36%, y 24 fueron mujeres 6.28%. Finalmente el internado 17 registró un total de 121 alumnos, esto es el 31.67%, de los cuales 83 elementos fueron hombres (el 21.73% de la población encuestada), y 38 fueron mujeres 9.94%. Lo anterior señala que de los 382 alumnos encuestados, 199 fueron hombres con el 52.09%, y 183 fueron mujeres con el 47.90%.

TABLA 2
Porcentajes entre la población encuestada por sexo
(reactivo A)

Plantel	Sexo y %	hombres	%	Mujeres	%
1		0	0	121	31.68
2		116	30.36	24	6.28
17		83	21.73	38	9.94
Total		199	52.09	183	47.90

Nota: % base igual a 382 alumnos encuestados.

La tabla No. 3 permite observar la prevalencia en el consumo de solventes orgánicos en el rubro "alguna vez en la vida". La tabla muestra que 68 alumnos de los 382 encuestados, reportó haber consumido solventes orgánicos cuando menos "alguna vez en la vida". Estos 68 alumnos representan el 17.80% de la población encuestada.

De los 68 alumnos que reportaron consumo, el 69.11% resultaron ser hombres 47 casos, y 30.89% resultaron ser mujeres 21 casos. Puede observarse que más del 50% (2.2 hombres por cada mujer) de los encuestados que reportaron el consumo del fármaco son hombres, configurándose esta población de la siguiente manera: 9 alumnas del internado 1; 30 alumnos de internado 2 y finalmente, 29 alumnos del internado 17, (ver tabla 3).

TABLA 3
Registro de la prevalencia del consumo de solventes orgánicos
“alguna vez en la vida”
(reactivo c).

Plantel	Población	Hombres	mujeres	Total	%
1		0	9	9	13.24
2		22	8	30	44.11
17		25	4	29	42.65
%		69.11	30.89	68	100.0
Total		47	21	68	100.0

Nota: % base igual a 68 niños consumidores.

Con respecto a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, 19 hombres y 5 mujeres, reportaron haberlo hecho. Esto significa que 3.8 hombres por cada mujer, inhaló solventes dentro de los 30 días anteriores a la encuesta: 27.94% hombres y 7.3% mujeres. En resumen 35 % de la población que reportó consumir “alguna vez en la vida” los solventes orgánicos, lo hizo en los últimos 30 días. Estos resultados pueden observarse en la tabla 4. Estos 24 alumnos que reportaron consumo en el periodo vacacional, realmente es una población elevada, sin embargo esto no demuestra que el consumo de esta droga sea mayor en periodos de estancia vacacional que en periodos de estancia en el plantel. Para demostrar esto se tendría que realizar una encuesta similar en un periodo de labores académicas.

TABLA 4
Registro de la prevalencia del consumo de solventes orgánicos
“últimos 30 días”
(reactivo d)

Plantel	Población	Hombres	Mujeres	Total	%
1		0	2	2	10.29
2		8	3	11	16.17
17		11	0	11	16.17
No contestó.		0	0	0	0.0
Total		19	5	24	35.29

Nota: % base igual a 68 niños consumidores.

La tabla 5, cita a la población que reportó consumo en el último año y que en total fue de 49 alumnos, esto es 72.05% de los 68 que indicaron haberlo hecho alguna vez en la vida. 34 fueron hombres y 14 fueron mujeres. Uno de estos alumnos no respondió el reactivo, pero se puede observar que 7 fueron del internado 1; 22 fueron del internado 2 y 19 del internado 17.

TABLA 5
Registro de la prevalencia del consumo
de solventes orgánicos (reactivo e)
“últimos 12 meses”

Plantel	Población	Hombres	Mujeres	Total	%
1		0	7	7	10.29
2		17	5	22	32.35
17		17	2	19	27.94
No contestó		1	0	1	1.47
Total		35	14	49	72.05

Nota: % base = a 68 alumnos

En la tabla 6 se indica la frecuencia con que estos alumnos se han aproximado a los inhalables en forma de abuso. Aún cuando 4 alumnos no indicaron con que frecuencia lo han hecho, de los 64 que respondieron, 32 citaron 2 ocasiones; 15 se han aproximado en 5 ocasiones y 4, han inhalado en 10 ocasiones considerando este consumo desde el momento en que inició su experimentación con estos fármacos, hasta el momento de aplicar esta encuesta. El aspecto más drástico de esta nota es que 13 de estos niños reportaron consumo en más de 10 ocasiones.

TABLA 6
Registro de la prevalencia del consumo de
solventes orgánicos (reactivo f).
“Ocasiones en la vida”

Consumo Plantel	2	5	10	>10	Total	%
1	6	0	0	3	9	13.23
2	14	6	3	5	28	41.17
17	12	9	1	5	27	39.71
No contestó	2	0	2	0	4	5.89
Total	34	15	6	13	68	100.0

Nota: % base = a 68 alumnos

La tabla No 7 indica la edad de los alumnos encuestados. Las dos primeras columnas del lado izquierdo corresponden a los educandos que reportaron consumir inhalables e indican el porcentaje y cantidad de alumnos respectivamente que tienen la edad que marca la columna central. En las dos últimas columnas del lado derecho, se señala la edad y porcentaje de alumnos que no reportaron consumo de solventes y que dijeron tener la edad que marca nuevamente la columna central.

TABLA 7
Registro de la edad de los alumnos
encuestados (reactivo b)

N = 68		N = 314		
%	casos	Edad	Casos	%
23.52	16	9 a 10	43	13.70
60.30	41	11 a 12	224	71.33
16.18	11	13 a 14	44	14.01
0.0	0	Más de 14	1	0.32
0.0	0	No contesto	2	0.64
100.0	68	Total	314	100.0

Nota:

Lado izquierdo de la tabla: Alumnos que reportaron consumo de Solventes orgánicos.
 % base = a 68 niños encuestados.

Parte Central de la tabla: Rango de edad de los encuestados

Lado derecho de la tabla: Alumnos que no reportaron consumo de Solventes Orgánicos
 % base = a 314 niños encuestados.

El primer dato importante, es que todos los alumnos son menores de edad. Solo un educando señaló tener más de 14 años, y puede observarse que la mayoría de estos alumnos, se encuentran entre los 11 y 12 años de vida. Es lógico que estos estudiantes sean menores de edad, dado que son educandos de nivel primaria aunque en la

modalidad de internados. En esta tabla 7 se tomó como base los 68 alumnos que reportaron consumo de solventes, según la tabla No. 3, esto para el lado izquierdo de la tabla; y los 314 colegiales que no reportaron abusar de los inhalables se observan en las dos últimas columnas del lado derecho. Los 314 escolares del lado derecho, son el resultado de la diferencia entre el total de la población encuestada y los 68 alumnos que reportaron consumir solventes (tabla 3), dato confirmado por el total físico de cuestionarios resueltos.

Las tablas 8 y 8bis, permiten tener una idea del nivel de hacinamiento que prevalece en los domicilios particulares de estos niños. Al igual que en la tabla No. 7, las dos primeras columnas del lado izquierdo en ambas tablas, corresponde a alumnos que reportaron abusar de los solventes orgánicos y el lado derecho, corresponde a colegiales que no reportaron haber inhalado este fármaco, (dos últimas columnas del lado derecho).

Los datos más relevantes de la tabla No. 8 son que 107 alumnos no consumidores (34.07%), indicaron que en sus domicilios habitan de 5 a 6 personas; por otro lado 24 estudiantes que reportaron haber inhalado solventes (35.29%), dijeron que en sus domicilios viven de 3 a 4 personas.

TABLA 8
Registro de las personas que habitan la casa o vivienda de los alumnos encuestados (reactivo g)

N = 68		N = 314		
%	Casos	Pers/Vivienda	Casos	%
1.47	1	1 a 2	7	2.22
35.29	24	3 a 4	91	28.98
29.41	20	5 a 6	107	34.07
10.29	7	7 a 8	49	15.60
7.35	5	9 a 10	29	9.23
13.23	9	Más de 10	26	8.28
2.94	2	No contestó	5	2.94
100.0	68	Total	314	100.0

Notas.-

Lado izquierdo de la tabla: Alumnos que reportaron consumo de Solventes Orgánicos.

% base igual a 68 niños encuestados.

Lado derecho de la tabla: Alumnos que no reportaron consumo de Solventes Orgánicos.

Parte central de la tabla: Número de personas que habitan la casa o vivienda de los encuestados.

% base igual a 314 niños.

De igual forma en la tabla 8bis, los datos más relevantes indican que los alumnos no consumidores, dijeron que en sus casas contaban con 3 o 4 habitaciones, porcentaje seguido por 101 colegiales no consumidores (32.16%) que indicaron tener de 1 a 2 habitaciones en sus domicilios. Por lo que corresponde a los alumnos que indicaron haber inhalado destaca el caso de 27 educandos que señalaron tener de una a dos habitaciones en sus viviendas particulares, seguidos por 22 casos (32.35%) que marcaron de 3 a 4 cuartos por vivienda.

TABLA 8bis
Registro del número de cuartos que tiene la casa o vivienda de los alumnos encuestados (reactivo k)

N = 68			N = 314	
%	Casos	Cuartos/Vivienda	Casos	%
39.70	27	1 a 2	101	32.16
32.35	22	3 a 4	108	34.40
10.29	7	5 a 6	45	14.33
1.47	1	7 a 8	27	8.60
5.89	4	9 a 10	11	3.50
1.47	1	Más de 10	8	2.55
8.82	6	No contesto	14	4.46
100.0	68	Total	314	100.0

Nota.-

Lado izquierdo de la tabla: Alumnos que reportaron consumo de solventes orgánicos.

% base igual a 68 niños encuestados.

Parte central de la tabla: Número de cuarto de la casa o vivienda.

Lado derecho de la tabla: Alumnos que no reportaron consumo de solventes orgánicos.

% base igual a 314 niños encuestados.

Las tablas 9 y 9bis, cuantifican la respuesta de los encuestados a la pregunta H del cuestionario adaptado. La tabla 9, muestra la respuesta de los alumnos que reportaron no consumir solventes y la tabla 9 bis, muestra la respuesta de los alumnos que reportaron consumo "alguna vez en la vida". De los 314 alumnos de la tabla 9, 66 casos esto es, el 21.01% dijeron que observan reñir a sus padres en más de tres ocasiones por semana sin llegar a los golpes, y en 45.54%, es decir, 143 colegiales afirmaron que sus padres no discuten. 21.66%, esto es, 68 casos dijeron carecer de padre y 11 educandos, 3.50% señalaron la ausencia de la madre. 16 casos, el 5.10% afirmaron carecer de ambos padres.

TABLA 9

Registro de alumnos no consumidores de solventes orgánicos que en periodos de estancia en sus hogares, observan reñir a sus padres verbalmente (reactivo h)

Variable	Plantel	1	2	17	Total	%
Discuten >de 3 veces*		22	29	14	66	21.01
No discuten		53	53	38	143	45.54
Carece de padre		25	18	25	68	21.66
Carece de madre		5	2	4	11	3.50
Carece de ambos padres		5	4	7	16	5.10
No contestó		2	4	4	10	3.18
Total		112	110	92	314	100.0

Nota: % base igual a 314 niños encuestados. *Datos por semana".

* : datos por semana

Los alumnos consumidores de la tabla 9 bis dieron las siguientes respuestas: 7 alumnos, el 10.29%, afirmó observar reñir a sus padres sin golpes, en más de tres ocasiones por semana; 26 colegiales, el 38.23% señalaron que no observan reñir a sus padres en sus periodos vacacionales en casa. De forma similar al anterior, 26 alumnos reportaron carecer de padre y solo un caso afirmó la ausencia de la madre. 8 niños dijeron carecer de ambos padres, esto significó el 11.76%. Conviene aquí destacar el aspecto de que más de la mitad de estos 68 alumnos, el 51.47%, 35 casos, mencionaron carecer de una o ambas figuras paternas, y como se verá en tablas posteriores, de estos 35 casos, 19 reportaron 1 o más actitudes negativas.

TABLA 9bis

Registro de alumnos consumidores de solventes orgánicos que en periodos de estancia en sus hogares, observan reñir a sus padres verbalmente reactivo h.

VARIABLE	PLANTEL	1	2	17	TOTAL	%
Discuten >de 3 veces*		1	4	2	7	10.29
No discuten		4	14	8	26	38.23
Carece de padre		3	9	14	26	38.23
Carece de mamá		0	0	1	1	1.47
Carece de ambos padres		1	3	4	8	11.76
No contestó		0	0	0	0	0.0
TOTAL		9	30	29	68	100.0

Nota: % base igual a 68 niños encuestados. *Datos por semana.

* : datos por semana

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Las tablas 10 y 10 bis, muestran las respuestas cuantificadas de los encuestados al reactivo I del cuestionario adaptado. La tabla 10 corresponde a los 314 alumnos que reportaron no consumir solventes y la tabla 10 bis corresponde a las respuestas dadas por los alumnos que dijeron haber inhalado solventes “alguna vez en la vida”.

Se observa en la tabla No. 10, que de los 314 alumnos no consumidores, 147 reportaron que sus padres no discuten, esto representa el 46.82%. Sumando los alumnos que reportaron carecer de padre; carecer de madre o carecer de ambos padres, resulta que un total de 95 alumnos, lo cual representa el 30.25%, señaló que carece de una o ambas figuras paternas. Otro resultado que se puede observar en esta tabla es que, 54 alumnos que conforman el 17.20% indica que sus padres discuten con golpes una vez por semana. 18 alumnos no respondieron a esta pregunta.

TABLA 10
REGISTRO DE ALUMNOS NO CONSUMIDORES DE SOLVENTES ORGÁNICOS QUE EN PERIODOS DE ESTANCIA EN SUS HOGARES OBSERVAN REÑIR A SUS PADRES CON GOLPES (REACTIVO I).

VARIABLE	PLANTEL	1	2	17	TOTAL	%
Discuten 1 vez por semana		19	25	10	54	17.20
No discuten		50	57	40	147	46.82
Carece de padre		25	18	25	68	21.65
Carece de madre		5	2	4	11	3.50
Carece de padre y madre		5	4	7	16	5.10
No contestó		8	4	6	18	5.73
TOTAL		112	110	92	314	100.0

Nota: % base = a 314 niños encuestados.

La tabla 10bis muestra las respuestas cuantificadas de los 68 alumnos consumidores al reactivo I del cuestionario adaptado, 6 de estos alumnos indicaron que sus padres discuten con golpes por lo menos una ocasión a la semana; 25 estudiantes manifestaron que sus padres no discuten, esto representó una población del 27.94% y, en forma análoga la tabla 10bis, sumando los alumnos que afirmaron carecer de alguna o de las dos figuras paternas (padre, madre o ambos) resulta que 35 alumnos, más de la mitad de los que reportaron abusar de los solventes, el 51.47%, señaló carecer de

alguna o ambas figuras de autoridad, esto es importante si se recuerda que 19 de estos 68 alumnos, el 28% mostraron una o más actitudes negativas. 2 alumnos no respondieron a este reactivo y representaron el 2.94% de esta población.

TABLA 10 bis.
REGISTRO DE ALUMNOS CONSUMIDORES DE SOLVENTES ORGANICOS QUE EN PERIODOS DE ESTANCIA EN SUS HOGARES, OBSERVAN REÑIR A SUS PADRES CON GOLPES (REACTIVO I)

VARIABLE	PLANTEL	1	2	17	TOTAL	%
Discuten 1 vez por semana		1	4	1	6	14.70
No discuten		4	14	7	25	27.94
Carece de padre		3	9	14	26	41.18
Carece de madre		0	0	1	1	1.47
Carece de padre y madre		1	3	4	8	11.77
No contestó		0	1	1	2	2.94
TOTAL		9	31	28	68	100.0

Nota: % base igual a 68 niños encuestados.

En la tabla No. 11 se registraron las respuestas de los alumnos no consumidores al reactivo J, el cual inspeccionó la forma como se abastece de agua la familia de los encuestados. Destaca el hecho de que 27 alumnos mencionaron que en sus domicilios carecen de agua, incluso de toma pública, estos alumnos representaron un 8.6%, otro tanto igual, 27 casos indicaron que sus familias se abastecen de toma pública. El 63.7% de esta población no consumidora, 200 casos, indicaron contar con agua dentro de sus viviendas. Finalmente, 38 casos, el 12.1% señaló contar con servicio de agua fuera de sus viviendas pero dentro del terreno de su domicilio.

TABLA 11
TABLA QUE MUESTRA CÓMO SE ABASTECE DE AGUA LA FAMILIA DE LOS ALUMNOS NO CONSUMIDORES DE SOLVENTES ORGÁNICOS (REACTIVO j)

FORMA	PLANTEL	1	2	17	TOTAL	%
Agua dentro de vivienda		64	78	58	200	63.7
Agua dentro de terreno		12	12	14	38	12.1
Toma pública		12	5	10	27	8.6
Carece de agua		17	7	3	27	8.6
No contestó		7	8	7	22	7.0
TOTAL		112	110	92	314	100.0

Nota.- % base igual a 314 alumnos encuestados

La tabla 11bis, muestra las respuestas cuantificadas de los alumnos consumidores al reactivo J, 31 alumnos de esta población indicó contar con agua dentro de su vivienda, conformando el 45.6%; 17 afirmaron contar con agua fuera de la vivienda pero dentro del terreno, esto significó el 25% de estos alumnos; 9 alumnos dijeron abastecer sus domicilios de este líquido, a través de toma pública formando un 13.2%. Una cantidad igual de alumnos señalaron carecer de agua. Dos educandos no respondieron al reactivo.

TABLA 11BIS
LA TABLA MUESTRA CÓMO SE ABASTECE DE AGUA LA FAMILIA DE LOS ALUMNOS
QUE REPORTARON CONSUMO DE SOLVENTES ORGÁNICOS (REACTIVO j)

FORMA	PLANTEL	1	2	17	TOTAL	%
Agua dentro de vivienda		6	17	8	31	45.6
Agua dentro de terreno		0	8	9	17	25.0
Toma pública		3	2	4	9	13.2
Carece de agua		0	3	6	9	13.3
No contestó		0	0	2	2	3.0
TOTAL		9	30	29	68	100.0

Nota: N = 68

La tabla No. 12 muestra un concentrado general de las respuestas cuantificadas de los 314 alumnos no consumidores al test FIGS : En esta tabla destacan los porcentajes obtenidos en la actitud ante los temores: 114 alumnos mostraron un conflicto manejable ante sus temores, pero 41 alumnos mostraron un conflicto evidente. Ambos casos totalizan casi la mitad de esta población con un 49.36%. En segundo lugar se ubica la actitud negativa ante el padre con un total de 7.64% de alumnos que mostraron un conflicto manejable, y 0.96%, tres casos que mostraron un conflicto evidente. Ambos casos dan un total de 8.6%, 27 niños con actitud negativa ante el padre. 18 alumnos, el 5.74% mostraron actitud negativa ante sus metas; 4.78%, 15 casos mostraron conflicto ante sus capacidades y el 3.5%, 11 casos mostraron un conflicto evidente ante la figura materna; 5 casos mostraron algún conflicto ante sus superiores, representaron el 1.60% de la población y solo 4 casos revelaron algún núcleo no resuelto ante los amigos y conocidos y ante la familia.

TABLA 12

ALD-3

TEST DE FRASES INCOMPLETAS APLICADO A ALUMNOS INTERNOS							
CONCENTRADO GENERAL							
PLANTEL 1, 2 Y 17					TOT. ALUMNOS: 314		
ACTITUD EVALUADA	PUNTAJE Y % EQUIVALENTE	PUNTAJE DE 0 A 4	PUNTAJE DE 5 A 6	PUNTAJE DE 7 A 8	% 0 A 4	% 5 A 6	% 7 A 8
Ante el padre		287	24	3	91.40	7.64	0.96
Ante capacidades		299	13	2	95.22	4.14	0.64
Ante sus metas		296	15	3	94.26	4.78	0.96
Ante superiores		309	5	0	98.40	1.60	0.0
Ante sus temores		159	114	41	50.64	36.30	13.06
Amigos y conocidos		310	4	0	98.72	1.28	0.0
Ante su familia		310	4	0	98.72	1.28	0.0
Ante sus compañeros		311	3	0	99.04	0.96	0.0
Ante su madre		303	0	2	96.50	2.86	0.64

Nota: N = 314

La tabla 12 bis es muy importante dado que muestra las respuestas cuantificadas de los alumnos consumidores a las frases incompletas del test FIGS. Conviene recordar aquí que esta población la conforman 68 alumnos. Al igual que en el cuadro No. 12 destacan las respuestas de la actitud ante los temores, pues 26 alumnos indicaron algún conflicto ante ellos, pero 6 educandos revelaron un conflicto evidente, juntos conformaron el 47.05% del total; seguidos nuevamente por la actitud negativa ante el padre con el 10.30% y un caso que mostró un conflicto evidente que representó el 1.47%, los dos aspectos totalizaron el 11.77%. 6 casos mostraron actitud negativa o muy negativa ante las capacidades, lo cual representó el 8.83%, seguido este aspecto por la actitud negativa ante las metas con 4 casos que representaron un 5.88% y un porcentaje igual mostraron los alumnos con actitud negativa ante sus superiores. Dos alumnos mostraron algún conflicto ante sus amigos y conocidos y uno mostró un conflicto evidente ante ellos. Tres casos, el 4.41% de esta población mostró tener algún conflicto ante sus compañeros y, finalmente, solo un caso indicó tener una actitud negativa ante su madre, representando el 1.47 de esta población.

TABLA 12 BIS

ALD-3

TEST DE FRASES INCOMPLETAS APLICADO A ALUMNOS INTERNOS						
CONCENTRADO GENERAL						
PLANTEL 1, 2 Y 17				TOTAL ALUMNOS: 68		
PUNTAJE Y % EQUIVALENTE ACTITUD EVALUADA	PUNTAJE DE 0 A 4	PUNTAJE DE 5 A 6	PUNTAJE DE 7 A 8	% 0 A 4	% 5 A 6	% 7 A 8
Ante el padre	60	7	1	88.23	10.30	1.47
Ante capacidades	62	4	2	91.17	5.89	2.94
Ante sus metas	64	3	1	94.12	4.41	1.47
Ante superiores	64	2	2	94.12	2.94	2.94
Ante sus temores	36	26	6	52.95	38.23	8.82
Amigos y conocidos	65	2	1	95.59	2.94	1.47
Ante su familia	68	0	0	100.0	0.0	0.0
Ante sus compañeros	65	3	0	95.59	4.41	0.0
Ante su madre	67	1	0	98.53	1.47	0.0

Nota: N = 68

La tabla 13 muestra una población interesante para este estudio, pues representa a los alumnos consumidores que mostraron una o más actitudes negativas y esta población está formada por 36 alumnos que significaron el 52.93% de la población consumidora y estos 36 alumnos están configurados por once mujeres y 25 hombres; siete alumnos del internado 1 con el 10.29%, once del internado No. 2 con el 16.17% y finalmente 18 del internado 17 con el 26.47%.

TABLA 13
TABLA QUE MUESTRA EL TOTAL DE ALUMNOS CONSUMIDORES CON ACTITUD NEGATIVA

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
01 Gertrudiz Bocanegra.	7	0	7
02 ejercito mexicano.	3	8	11
17- francisco I. Madcro.	1	17	18
TOTAL	11	25	36

La tabla No. 14, expone 32 alumnos que dijeron abusar de los solventes orgánicos empero, que no mostraron alguna actitud negativa, al menos de las evaluadas en el presente estudio. Estos 32 alumnos significaron el 47.05% de la población consumidora y están formados por 10 mujeres y 22 hombres; dos del internado 1 con el 2.94%; 19

del internado No. 2 con el 27.94% de la población consumidora y 16.17% del internado 17 con once alumnos.

TABLA 14
MUESTRA EL TOTAL DE ALUMNOS
CONSUMIDORES CON ACTITUD NO NEGATIVA

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
01 Gertrudiz Bocanegra.	2	0	2
02 Ejercito Mexicano.	5	14	19
17- francisco I. Madero.	3	8	11
TOTAL	10	22	32

Por supuesto, algunos alumnos que afirmaron no consumir solventes en forma de abuso, también reportaron actitudes negativas y, la tabla No. 15 muestra esta población que quedó conformada por 108 mujeres y 73 varones establecida por 181 alumnos que significaron el 57.63%, más de la mitad de no consumidores, integrados por 83 alumnos del internado 1 con el 26.43%; 47 educandos del internado No.2, el 14.96% y 5 estudiantes del internado 17 con el 16.24%.

TABLA 15
MUESTRA EL TOTAL DE ALUMNOS
NO-CONSUMIDORES Y QUE PRESENTARON ACTITUD NEGATIVA

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
01 Gertrudiz Bocanegra	83	0	83
02 Ejercito Mexicano	04	43	47
17- Francisco I. Madero.	21	30	51
TOTAL	108	73	181

La tabla No. 16 es una tabla general que muestra el total de alumnos que mostraron una o más actitudes negativas y los que mostraron actitudes no negativas observando que 218 alumnos, el 57.06% mostró actitudes negativas y el 42.93%, 164 casos indicaron actitudes no negativas.

TABLA 16
TABLA GENERAL QUE MUESTRA EL TOTAL DE ALUMNOS ENCUESTADOS QUE
MOSTRARON ACTITUD NEGATIVA Y NO NEGATIVA, CONSUMIDORES Y NO
CONSUMIDORES

	ACTITUD NEGATIVA	ACTITUD NO NEGATIVA	TOTAL
Alumnos Consumidores	36	32	68
Alumnos no Consumidores	181	133	314
TOTAL	218	164	382

N = 382

TABLA 17.- TABLA DE COMPROBACION DE HIPOTESIS
N = 36

No. de cuestionario	No. de ocasiones de consumo				Hacinamiento		Padres que discuten sin golpes					Padres que discuten con golpes					Disponibilidad de agua en la vivienda				No. de actitudes negativas	Sexo			
	2	5	10	>10	1	2	>3	No	n/c	N/p	n/m	np/m	>1	no	n/c	N/p	n/m	np/m	Si	S/e		s/p	No	H	M
016A-01M	X				8	2			X						X				X				2		X
016C-02M	X				2	1			X						X				X				1		X
176A-01M	X				3	5			X						X				X	X			1		X
025C-08H	X				5	3			X						X				X				2	X	
175B-14H	X				3	2			X						X				X			X	1	X	
175B-18H	X				9	5			X						X				X				1	X	
175B-20H	X				7	5			X						X				X			X	1	X	
026A-07H	X				N/c	2	X								X				X				7	X	
175A-21H	X				3	1	X								X				X			N/c	2	X	
175B-17H	X				7	N/c						X					X		X				1	X	
175A-31H	X				3	N/c						X					X		X			X	2	X	
016A-03M	X				3	3	X						x						X				1		X
016C-04M	X				8	9	X						X						X				1		X
025B-04M	X				4	1	X						X									X	1		X
175B-16H	X				5	4	X						X									N/c	1	X	
025A-01M		X			4	1			X						X				X	X			1		X
026A-13H		X			4	3			X						X				X				2	X	
175A-19H		X			3	N/c			X						X						X		2	X	
175A-22H		X			6	5	X								X					X			1	X	
175B-11H		X			3	1					X						X		X				3	X	
025-A05H		X			4	2	X								X				X				1	X	
175A-23H		X			5	2	X						X						X				1	X	
175B-15H		X			9	2	X						X						X		X		4	X	
176A-06H		X			5	4	X						X						X				2	X	
176B-09H		X			5	3	X						X						X				1	X	
016A-02M			X		7	2	X						X									N/c	2		X
025B-01M			X		5	4	X								X				X				2		X
025C-10H			x		6	2			X				X						X				1	X	
016B-01M				X	6	4			X						X				X				3		X
026A-08H				X	32	2			X						X				X				1	X	
026A-09H				X	4	3			X				X						X				1	X	
176A-05H				X	4	10			X						X				x				2	X	
025-A06H				X	12	6	X								X					X			1	X	
175B-13H				X	4	1	X								X							X	1	X	
016C-03M				X	6	2						X					X		X				1		X
175A-24H				X	3	4	X						X						X				1	X	
TOTAL	15	10	3	8			1	16	0	15	1	3	1	11	1	19	1	3	21	5	2	5	25	11	

1/ No. de personas que habitan en la vivienda.
2/ No. De cuartos en la vivienda.
n / m = No tiene mamá
n / p = No tiene padre.
n / c = No contestó.

s / e = Agua en el terreno.
s/p = Si tiene agua en toma pública.
> = mayor o igual que...
np / m = No tiene papá ni mamá.

CONCLUSIONES (El ser y la droga.)

Durante el desarrollo de este trabajo, permanecieron latentes varias preguntas que no fueron contestadas por los múltiples autores citados en este documento. Estas preguntas son las siguientes:

¿En todo el discurso expuesto en este trabajo, donde quedó el sujeto?

¿Qué es lo que el individuo busca recuperar en la droga?

¿Qué es lo que el sujeto en sí perdió, causándole un duelo interminable interrumpido en cada dosis de droga para continuar el ciclo de duelo nuevamente?

En este apartado se tratará de responder estos y otros cuestionamientos que surjan durante la respuesta de los primeros.

Es importante, por principio observar la forma tan persistente como los gobiernos de diferentes países invierten capitales considerables para combatir ese fenómeno llamado drogadicción, con resultados casi nulos y contemplar en forma paralela, un problema que crece a pasos agigantados con una mínima o nula publicidad por parte de los distribuidores de la droga.

Pareciera que son más efectivas las estrategias que utilizan los negociantes de drogas que las acciones de los gobiernos, entonces ¿porqué no usar las estrategias que utilizan los traficantes para combatir el problema?, pero más que eso, ¿a qué se debe la efectividad de las acciones de aquellos que hacen de la salud del sujeto adicto su negocio?

De forma consciente o inconsciente, los comerciantes de drogas intuyen que el adicto busca en la sustancia el sustituto de un ser que en alguna ocasión le proporcionó la felicidad que busca en las drogas, el traficante intuye, quizá por experiencia propia, que la droga proporcionará al sujeto aquel placer análogo que en alguna ocasión llegó a sentir en el seno materno, es decir, el traficante intuye que el sujeto consumidor llega a depender de la droga, como en alguna ocasión dependió de la madre, cuando ambos se encontraban unidos, simbiotizados por el cordón umbilical.

Pero en la amplísima gama de emociones humanas, los individuos pueden dotar de diferentes simbolismos a las drogas, tantos simbolismos como sujetos adictos existan en el planeta y es muy probable que se encuentren casos en los cuales los sujetos, paradójicamente con lo aparente, buscan en la droga un aferrarse a la vida, esa vida que sienten en peligro de desintegración y que sólo logran mantener "integrada" a nivel psicológico con "su" droga, esa sustancia que transforman, en su fantasía, en la madre de la cual alguna vez obtuvieron vida y cariño,... tal vez a pesar de la madre misma. Luego entonces aquí el miedo no es precisamente a la muerte sino que está implícito un miedo a la desintegración, a nivel psicológico, manifestado por un terror paralizante, por el espanto a la total inmovilidad, provocado por una mezcla de pánico y dolor, pánico y dolor que solo vienen a ser anestesiados momentáneamente por la droga de preferencia del usuario, droga que con el tiempo entrapa al consumidor provocándole un dolor más a la cadena de fracasos que lo conducen directamente hacia aquello de lo cual quiso escapar: el miedo paralizante, quedando bosquejado así un círculo vicioso y en ocasiones mortal, dado que el sujeto trata de evitar la desintegración psicológica a través de la droga y la droga lo conduce a una desintegración psicológica esto es, lo conduce hacia aquel ser que no ha podido desarrollar las facultades propias de un ser humano, como la concentración; la capacidad de socializar con personas de su entorno social; no ha desarrollado habilidades como la concentración; su imaginación la confunde con la realidad y por ende llega a confundir la realidad con su fantasía, esto es, a nivel emocional confundirá una potencial compañera con su madre, o a nivel emocional pensará que los habitantes del mundo le rechazan, y todo este dolor estará potenciado por el deterioro físico provocado por el fármaco.

Hablamos aquí del miedo a la desintegración que siente el individuo adicto, pero en realidad el adicto es un individuo desintegrado, esto es, la droga no provocó su desintegración, por el contrario, su desintegración lo condujo a la droga, teniendo como antecedente de esto la desintegración familiar, los fracasos académicos y la inestabilidad en otros ámbitos de su existencia como podrían ser el laboral o la ausencia de una relación de pareja estable, todo esto conforma lo que aquí llamamos

una realidad dolorosa.

Pero, puede agregarse que la realidad de un individuo adicto, es una realidad descompensada. un individuo descompensado en sus emociones, nunca podrá vivir una realidad compensada, es decir aquella realidad digna de ser vivida en la cual explota al máximo sus facultades humanas como la capacidad de concentración, la capacidad de amar y de entregar ese amor a los hijos, a la esposa, a los compañeros de trabajo, la sana capacidad de perdonar, la capacidad de disfrutar la existencia por el solo hecho existir.

Aquí puede señalarse que existen casos clínicos en los cuales el sujeto busca huir de una realidad dolorosa cambiando incluso su país de origen, sin embargo estos esfuerzos están destinados al fracaso, dado que para lograr un cambio efectivo, el cambio tendrá forzosamente que ser interno, esto es un cambio a nivel psicológico o de lo contrario, al lugar donde decida radicar, hasta ahí le seguirán los problemas de los cuales huye.

Tal vez existan otros individuos que se sientan al borde del colapso psicológico y que para intentar evitarlo, tienen que recurrir a la sustancia, en un humano esfuerzo por mantenerse en contacto con la realidad, pero en ese vano intento por aferrarse a la realidad lo que ciertamente hacen es alejarse poco a poco, en cada dosis, de una realidad ya de por sí, fragmentada.

También es posible que cuando el sujeto entra en contacto con la droga, llega a recrear en su cuerpo y en su mente el estadio fetal, ese tiempo cuando la madre se encargaba de proporcionarle todo lo que necesitaba y en aquella posición de placer, disfrutaba su estancia en el útero materno dejando a su cuerpo tan solo eso... ser, así sin más. Son esas las escenas que quizá revive el sujeto al contacto con la droga, un total relajamiento de su cuerpo, tratando de ser, tan solo eso... "ser", pero con ello tan sólo logra adoptar una actitud pasiva ante la vida, ante la droga y ante la realidad reforzando así ese escape que, a diferencia de la vida intrauterina y para desgracia del

consumidor de la droga, poco a poco lo hace entrar en ese infierno del cual quiso escapar, infierno que, todo descompensado de sus emociones (y el adicto es uno de ellos), para su desgracia, revive sin darse cuenta que, en tanto mayor sea su empeño en revivir la feliz etapa primigenia, mayor será su hundimiento en la sustancia (o sustancias) que use, sucediendo esto precisamente por su imposibilidad de distinguir (a pesar de sus intentos), entre la realidad y la fantasía, realidad como se mencionó, cada vez más fragmentada y que poco a poco va siendo sustituida por una fantasía, que puede llegar hasta la total pérdida de la realidad como por ejemplo en los casos de psicosis alcohólica, es decir, queriendo huir de una realidad dolorosa manifestada por la carencia crónica de estímulos familiares, académicos, culturales y en muchos casos, económicos, se incrusta en una realidad más cruel y desgarradora debido a la necesidad biológica del fármaco, fármaco que no logró erradicar el dolor existencial implícito del sujeto, manifestado por la privación social, familiar, ambiental, económica etc., y en cambio, si fue potenciado por la adicción y los comerciantes de los fármacos quienes explotan o capitalizan esta necesidad física del sujeto. A esto es a lo que se nombra una realidad dolorosa, este es el infierno del cual el adicto desea escapar, pero que es potenciado por el llamado narcotráfico.

Así, el dolor existencial implícito quedará expresado en el agudo dolor moral y emocional que las adicciones y privaciones conllevan.

Luego entonces, en todo esto ¿dónde quedó el individuo?. Al parecer se perdió en lo que quizá para él simbolizó la sustancia amniótica es decir, tratando de ser lo más claro posible, resulta que probablemente tal individuo nunca nació, a nivel psicológico quizá prefirió quedarse perpetuamente en la sustancia amniótica, la cual llegó a simbolizar en la sustancia que causó su adicción, de ahí que exista la probabilidad de que, el duelo eterno que vive el adicto, sea un duelo por sí mismo como sujeto que-no-nació, ese ser de alguna manera perdido y que nunca fue tal.

Es patético constatar, en el afán de perseguir otra idea, que el adicto realmente se comporta como si no le tuviese miedo a la muerte sino paradójicamente, le tiene más

miedo a la vida, recordando un caso expuesto por Vera Ocampo (p. 57-59), más bien el adicto llega al grado de desear la muerte física, como un intento desesperado de poner fin a un sufrimiento superlativo, imposible de soportar pero, ¿cuál?.

Es notorio, en casos como el referido, la falta de un motivo, el mínimo que sea, para sostener la existencia, en realidad no existe nada en el sujeto, todo en absoluto se ha perdido, el valor, la esperanza, la fe en sí mismo, se ha diluido el ser en la sustancia... nada queda con vida,... en estos casos puede decirse que existe muerte antes de morir.

Ahora bien, por otro lado resulta ajeno a los propósitos de este trabajo analizar aquí la existencia de vida después de la vida, lo que está razonablemente claro es que existe vida en el sujeto antes de nacer y esto resulta ser la tónica del desarrollo del individuo pues, el ambiente externo que el sujeto llegue a vivir, salvo que medien otras circunstancias, no será otra cosa más que el reflejo del ambiente emocional interno, esto es las emociones in situ del individuo antes de nacer, y sobre este particular, el Dr. Freud señala que todo placer en la vida adulta tendería al restablecimiento del placer primitivo intrauterino, cuestionando la idea precisamente en el sentido de si será placentera la estancia de un feto en las entrañas de una madre dañada emocionalmente, pongamos por ejemplo una histérica. ¿Será placentero para el bebé estar dentro de la madre en el momento de un ataque histérico?, ¿será placentero para el bebé estar en las entrañas de una madre con deseos de abortar?, ¿será placentero para el bebé estar en las entrañas de su madre en el momento de un brote psicótico?, luego entonces la felicidad intrauterina del sujeto dependerá mucho al igual que después de nacer, de la calidad de las emociones de sus padres. Y lo que en estas líneas se intenta, es hablar de esa fase a la cual el Dr. Freud no otorgó la extensión debida en sus escritos: la fase fetal, se hace referencia a ella dado que el desarrollo del ser humano no inicia con el nacimiento, sino inicia en el momento mismo de la gestación.

Pero, para ilustrar un ambiente favorable a las adicciones, exponemos aquí el testimonio de un sujeto consumidor entrevistado, quien narra lo siguiente:

Ciudad Netzahualcoyotl era por aquellos años de la década de 1960 y posteriores, un lugar con muchísimas desventajas (y por desgracia actualmente también lo es). A pesar de su inmensidad era difícil encontrar o localizar un árbol, recuerdo que los mas cercanos se lograban ver aproximadamente a tres Km. de distancia hacia el norte y el sur. Había una ausencia total de vegetación.

Por supuesto al llegar a nuestro flamante “domicilio” (si así podría llamársele) aquella también incipiente casa carecía de luz, agua, drenaje, en fin, carecía de cualquier servicio público básico, lo cual hacia penoso conseguir desde el mas básico servicio médico hasta la fundamental agua, tan necesaria para la vida.

El único médico que recuerdo disponible, se le podía localizar a 30 minutos “a golpe de bicicleta” hacia el norte. No había otro. ¿el agua?, no lo sé, así de sencillo.

1954 era por aquel entonces un excelente año para nacer, máxime considerando las condiciones ambientales tan diferentes a las de ahora. No obstante por ese tiempo, Netzahualcoyotl si bien tenía días bellísimos, padecía también de contaminación y aquella contaminación era quizá igual en todo el Valle de México, aún cuando se presentara en solo una pequeña porción del año.

Aquel territorio en épocas que no eran de lluvia, era un páramo desierto donde la costra de tierra se cuarteaba formando miles de pequeños cuadros que crujían ante el peso de quien los pisara. Con los días aquella costra cuarteada llegaba a pulverizarse formando un fino polvo salitroso que se levantaba ante la menor presencia de aire. Sin embargo en aquel lugar y en aquel entonces, la presencia de aire distaba mucho de ser menor porque, recuerdo, se levantaban unas tolvánicas y se formaban unos remolinos de viento con polvo (y quien sabe que otras cosas) que materialmente cubrían el horizonte. Yo llegaba a saber que era un remolino “eso” que veía en el horizonte por el denso, lento y pesado movimiento circular, tan inmenso que, junto con aquel color pardo oscuro, hacía cimbrar el alma de cualquier menor de tres o cuatro años de edad, aunque pensándolo bien quizá sucedía lo mismo con cualquier adulto.

Generalmente aquellos inmensos remolinos se formaban por el Oriente del lugar y se dirigían hacia el norte. Cuando se llegaban a dirigir hacia el sur era cuando verdaderamente temblaba porque entonces muchos de ellos pasaban por el lugar donde vivía, materialmente revolcando no solo a las casas sino a cualquier ser humano que tuviera el infortunio de atravesarse en su camino.

La noche era otro drama que se tenía que afrontar diariamente, aunque afinando la observación, quizá era lo único hermoso que tenía aquel terreno.

Si bien no era posible distinguir luces hacia el oriente, hacia el norte y noroeste era posible observar las pequeñas luces de la ciudad de México, iniciando con las luces del aeropuerto de la Ciudad hacia el Norte. Pero lo inolvidablemente hermoso de aquel lugar era sin duda su cielo nocturno.

Resultaba realmente un orgasmo espiritual entregarse a la contemplación de aquel hermoso cielo tachonado de estrellas con ese fondo azul oscuro. Y si eran noches de luna llena el espectáculo era sencillamente insuperable o, al menos no recuerdo haber sentido otra sensación de humildad tan grande, tan solo superada por el nacimiento de mi hijita.

Era imposible impedir el llanto al sentir que con solo levantar los brazos se podía integrar uno al infinito. Era imposible impedir el llanto al sentirse juez y parte de aquella infinita inmensidad. En aquella edad mía, aquel espectáculo era mi única y de alguna manera, ingenua posesión. No tenía otra cosa aparte de mi pequeña humanidad y aquel hermoso infinito muchísimo más grande de lo que en ese tiempo podía imaginar.

Ahora comprendo que era quizá mas rico que muchos millonarios de la época, aunque también otra riqueza del lugar eran los mosquitos, pero

la picotiza creo que valía la pena por el hecho de contemplar aquel hermoso cielo nocturno.

Siempre me había preguntado porqué gusto de mantener todas las luces de la casa encendidas aún cuando no llegue a utilizarlas al mismo tiempo, pero recordé que en Netzahualcoyotl, en la época que estoy narrando, fuera de las luces de luna y estrellas, aún no llegaba el alumbrado eléctrico, y en realidad tardó muchos años en llegar, tardó quizá mas años de los necesarios.

Pero, si no había luz, ¿cómo alumbrar por la noche la casa?. Bien, en realidad no era posible iluminar la casa, tan solo era posible iluminar el pequeño espacio donde se encontraba uno, y era menester ir siempre acompañado de una vela (encendida por supuesto), cuya frágil luz siempre amenazaba apagarse por el aire que circulaba en aquella casa. Luego entonces el interior de la casa (y mas el exterior), siempre estaba a oscuras y la lúgubre iluminación de las velas formaba sombras caprichosas que al reflejarse en las paredes del lugar sobrecogían el alma. Quizá esta sea la razón por la cual llevo a comprender un poco como era la vida en la edad media, y digo un poco porque Netzahualcoyotl tenía cosas peores.

Por supuesto que existe todavía algo mas que es digno de relatarse en esos años finales de 1950: la época de lluvias.

Si en efecto, así era, cuando en aquél páramo llegaba a llover, llovía en serio. Parecía que el cielo se desplomaba convertido en agua y recuerdo que al amanecer, el terreno era una dolorosa laguna que llegaba hasta donde la vista alcanzaba. Llegué a creer en serio que lo único que no cubría el agua eran los cerros del horizonte (fantasía de niños diría mi abuelo). Aún ahora recuerdo que al entrar a la escuela varios años después, siempre se me hizo estúpido que la profesora en turno pidiera que lleváramos tenis blancos “para deportes”.

En aquellas noches de lluvia, al calmarse la furia del cielo, el sonoro concierto de sapos estaba garantizado. Sapos por aquí y sapos por allá. Sapos de todos los tamaños y a todas las distancias imaginables. Hubiera sido fabuloso grabar aquellos fantásticos sonidos en medio del silencio. Solo se oían sapos y nada más. También sapos. Pero creo que las grabadoras portátiles surgieron algunos años después. De cualquier forma, parece que aquellos sonidos quedaron grabados en mi alma.

De todo lo que se pueda hablar de aquel municipio y en aquel tiempo era incipiente. Cinco años no eran muchos a mediados de siglo XX y sin embargo una frase que se puso de moda a principios y mediados de los 60's fue “explosión demográfica”. Pequeñas “casas” se multiplicaron por doquier pero seguían existiendo muchos llanos de todos tamaños pequeños y gigantescos. Los enormes remolinos no dejaban de formarse y realmente era tal su tamaño que aquellas

casuchas se veían totalmente indefensas ante el embate de aquellos endemoniados torbellinos de polvo. Con el tiempo empezaron a surgir otro tipo de problemas.

Por supuesto no había drenaje como ya se comentó, y el concepto de “fosa séptica” se escuchó en aquel paraje solo varios años después, de ahí que el lugar favorito para defecar de la mayoría de las personas era el humanizadamente doloroso nombre de “cielo abierto”.

Otro problema grave que empezaba a crecer eran los animales domésticos. Los perros proliferaron en forma espectacular y con ellos surgió esa cruel enfermedad llamada rabia. Pero un suceso en particular me hace confundir en lo emocional la palabra o término rabia.

Es sabido que esta enfermedad es transmitida al hombre por mordedura de perros y otros animales como la rata y el murciélago, pero el relato que voy a referir fue un tanto a la inversa.

Enfilaba mi humanidad de escasos ocho años rumbo a la casa que habitaba junto con la familia, y poco a poco fue creciendo el murmullo de unas cincuenta o más personas cuyos rostros estaban desfigurados por la rabia y el odio que reflejaban. Iban armados con palos, piedras y toda arma posible de imaginar para un ejército de pobres locos enfurecidos. Perseguían a un famélico perro, más bien cachorro y

todos juraban que aquél esquelético animal tenía rabia, juro por todos los dioses que han existido sobre la tierra desde que apareció el hombre y los dioses que estén por aparecer que, la única rabia que yo pude ver era la de los rostros desfigurados por la fantasía de aquellas personas.

El ensangrentado animal corría tratando de encontrar un lugar que lo protegiera de aquella turba de locos enfurecidos pero, al parecer, el destino del pobre perro estaba más que marcado.

Empero, esta no era la única manera en que solían morir los perros por aquella época, existía otra que era la favorita del presidente municipal en turno de aquél páramo semihabitado: el veneno.

Sí, efectivamente. En alguna desdichada época de aquél entonces, empezaron a aparecer una gran cantidad de perros muertos. Era posible encontrar perros muertos hasta junto a las puertas de salida de las casuchas, en los llanos, en fin por todos lados, pero por alguna “sabia” instrucción, esos cadáveres aparecían en correcta formación uno o dos días después de su muerte, en los llanos de aquellos lugares que a estas alturas ya era posible distinguirlos por colonias.

En aquellos llanos los cadáveres de esos perros sufrían absolutamente todo el proceso de descomposición desde su aparición ahí tirado hasta

que solo quedaba una mancha aceitosa con pelos en el piso que pronto era barrida por el viento y el polvo.

Aquí quiero hacer un breve énfasis en lo siguiente: si consideramos aquel mal hábito de aquellos colonos de orinar y defecar a cielo abierto, si consideramos aquellos animales en franco proceso de descomposición también a cielo abierto y si consideramos aquellos dantescos remolinos (con perdón de Dante), de aquel tiempo ¿qué contaminación sería peor? ¿la de aquellos años o la de ahora?, estoy cierto de que aún hoy existen lugares así en algún lugar relativamente cercano a la capital de la república o a la capital de algún estado del interior, pero por mucho no creo que existan tales cementerios de perros a cielo abierto. Por dios que no quiero ni pensar en que era lo que arrastraban aquellos remolinos. Aún ahora que me acuerdo de aquello no dejo de sentir alguna angustia al imaginarlo.

Me disculpo aquí por no narrar en detalle el espantoso olor que despedían aquellos animales muertos, me disculpo también por no narrar en detalle aquellos cadáveres descarnados y agusanados en filas aproximadas de quince, que eran fáciles de localizar en aquellos llanos.

Como decía, al paso de los años fue creciendo la población y fueron creciendo los problemas. Más o menos cuando tenía la edad de diez años, los llanos del lugar ya no eran tan grandes, pero lo que fue

creciendo en forma proporcional a la población fueron los basureros poquito más adelante hablaré de ellos, pero ahorita quisiera hablar de aquel prehistórico sistema de “drenaje”, si es que así se le pudiera llamar a aquellos caños que se veían por todos lados. Los caños iban a dar a unas zanjas y sólo dios sabe a donde iban a dar esas zanjas.

Los caños corrían paralelos a la hilera de casas que después formarían las calles y las zanjas, por lo que años después serían las avenidas. Pero pronto en cada esquina de las avenidas hizo su aparición un basurero.

Recuerdo que aquel “cáncer” de las “colonias” duró muchos años y la verdad eran sendos tiraderos a cielo abierto que en ocasiones se alargaban por varias cuadras sobre las “avenidas” y todas aquellas calles y avenidas por supuesto sin pavimentar.

Es muy difícil expresar en palabras la imagen que tengo de aquel lugar, porque ciertamente hablo de “calles” que no eran calles, “avenidas” que en realidad no eran avenidas, “drenaje” que en realidad en nada se parecía al drenaje... vida que en realidad no era vida... ¡Dios!, ¿qué existía en aquella ciénega digno de vivirse?

Recuerdo que en algún momento empezaron a salir las promociones de compañías dulceras y refresqueras, promociones que más bien eran auténticas burlas para aquella dolorida población: “por cincuenta

corcholatas y cinco pesos te dan una pluma atómica gratis”, era como el llamado de guerra para que saliera un ejercito de niños a hurgar en los basureros tratando de encontrar las corcholatas para después terminar estafando a los padres con el dinero que en aquella época era mucho más que ahora. Pero las preguntas que me hago son ¿cuántos niños habrán muerto en aquella época?, ¿cómo estaría el índice de mortalidad infantil en aquellos años y en ese lugar?, ¿cuál sería el índice de mortalidad por enfermedades como el tétanos, por ejemplo?

Otro tormento de aquella “dimensión desconocida” era el hacer llegar “luz”, que no era la luz que ahora se conoce, a los domicilios de aquellos pioneros. Ahora en algunos puntos de aquella “ciudad” aparecieron unos llamados “transformadores” y junto a ellos se colocaba un enorme tablero repleto de “tapones para luz”. Cada tablero llegaba a tener cerca de doscientos tapones para luz y en ocasiones estaban ubicados dos tableros cerca del indefenso transformador y cada tapón significaba una línea de alambre que iba a dar a una casa, de tal forma que las calles y avenidas de repente se vieron invadidas por cables de varios colores que se dirigían del domicilio al tablero o viceversa, daba lo mismo, dado el dolor de aquel espectáculo.

Esos cables se extendían sobre famélicos y/o apolillados polines de escasos tres metros de altura (variaba la altura), a los cuales se les clavaba en forma transversal y hasta la parte más alta un pedazo de palo, por ahí se tendían los cables, pero esto hacía recordar

perpetuamente la cruz que a diario cargaban aquellos infelices colonos.

En ocasiones se tenían que tender algo así como trescientos metros de cable para llegar al famoso tablero y era patético ver aquella maraña de alambres, en ocasiones de ambos lados de las calles, o la calle elegida para llegar al tablero, todo esto para ver que la luz que llegaba a los domicilios era de poca intensidad. A veces, así nada más de repente se iba aquella incipiente luz y era necesario esperar hasta el día siguiente o hasta que se tuviera tiempo y paciencia de ir a revisar el alambre para ver si se había trozado o ya se habían robado un buen tramo de él “para el kilo”, pues quemaban el plástico que envolvía el cable y vendían el cobre. La proeza aquí era seguir el cable en medio de aquella telaraña.

Otra pesadilla eran los llamados “diablitos” y que no eran otra cosa que el robo de luz al cable más próximo. Si se habían robado parte del cable, en lo que se disponía de dinero para comprar el pedazo robado, no había de otra que colgarse de cualquier cable y recuerdo que algunas personas llegaron a ser tan hábiles en esto que era casi imposible saber donde estaba el “diablito”, sólo se sabía que existía porque la intensidad de la luz bajaba a la mitad o menos de la mitad. Al menos a la casa donde vivía hubo ocasiones en que la luz llegó a tener un tercio de su “intensidad” normal, lo cual indicaba nuestra mala fortuna de tener dos “diablitos” en el cable.

No exagero al decir que ni Dante imaginó un cuadro como el aquí descrito: Las zanjas con sus basureros y que no era raro ver perros muertos en ellas, las calles llenas de barro en las cuales aparte de los perros llegaba a aparecer algún cristiano muerto, excrementos a cielo abierto, perros muertos colocados en fila en los llanos del lugar, una maraña de alambres y dolor... mucho dolor para poder sobrevivir. Tampoco exagero al pensar que los seres prehistóricos llegaron a tener una mejor calidad de vida que la de aquellos seres humanos.

Me llego a preguntar si todas aquellas dolorosas vivencias fueron necesarias, si los políticos en turno no pudieron evitar que miles de connacionales enfrentaran aquellas, en ocasiones, mortales experiencias. Pero, Cualquier contemporáneo pionero de aquella todavía lastimada ciudad puede dar fe de mis palabras, me resulta doloroso recordar también que, en medio de aquella desgracia lo que más solían cuidar las mujeres adolescentes contemporáneas de la época era su virginidad.

Todo este discurso habla de un dolor existencial explícito e implícito, discurso que en mayor o menor grado se encuentra en concordancia con las investigaciones hechas sobre las adicciones como por ejemplo en los factores de riesgo ambientales, familiares, económicos, etc., algunas de estas investigaciones puntualizadas en el capítulo I.

Posteriormente, ya en su etapa adulta, al platicar con un sujeto adicto resulta un tanto difícil seguir la secuencia de sus palabras al tratar de darles congruencia a nivel

psicológico, y esta aparente incongruencia no es debida solo a su existencia psíquica fragmentada sino también y como consecuencia, a un lenguaje fragmentado por el dolor y por el retraso en el desarrollo emocional, social, académico, etc.. el cual se ejemplifica un poco en el siguiente discurso tomado de un sujeto integrante de un grupo de alcohólicos anónimos:

“...perdido en aquel... mundo olvidado,... buscando algo que dé sentido a la existencia,... no tarda en aparecer el amigo, quizá bienintencionado, copartícipe del dolor existencial, quien invita aquello que a él mitigó ese dolor existencial común de los “bravos” del barrio (la droga), y ese dolor existencial no es otra cosa que el dolor por el abandono familiar y social que se vive desde la infancia, pero que siempre está vivo y lacerando el alma.”

Estas palabras apuntan hacia que, al compartir la droga, se busca integrar a un grupo que resulta ser la proyección del deseo de integración existencial del sujeto.

Pero más aún, ¿el abandono de quién sino de la madre?, el abandono materno reflejado en el ambiente donde se desarrolla el (o los) sujeto(s), quienes, en grupo, se encargan de dar al barrio el toque de soledad y abandono que viven en su interior.

Pero, no es que no sea real el abandono del ambiente, ¡es real!, pero esa realidad nace del abandono que sufrió el sujeto en su infancia, y que ahora revive en su entorno y revive al pasar el efecto de la droga, y revive en su matrimonio ... y revive... y revive, señalando esto la comunión de la adicción con otros rasgos de carácter como la neurosis, agudizándose el problema al no saber donde empiezan unos y donde terminan otros.

Unas palabras más sobre el efecto de abandono que sufre el sujeto al ir pasando el efecto de la drogas, (el alcohólico lo llama “cruda”).

Al sentir que le abandona el efecto de la droga de preferencia, el consumidor revive la

sensación del abandono en la infancia, es decir, entra en un duelo por la ausencia de la madre-droga y necesita aproximarse nuevamente a ella (la madre fantaseada), repitiendo este ciclo hasta el cansancio, lo cual pone de manifiesto lo dicho por Vera Ocampo (Op. Cit. p. 49), “.. la actividad corresponde a la droga, al sujeto la pasividad.” Es decir, el toxicómano necesita la droga para laborar, para estudiar, para relacionarse en forma íntima con su pareja. La droga es la encargada de realizar todos los trabajos, sin “su” droga, el adicto está perdido... desintegrado. implícitamente hablamos entonces aquí de un papel integrador del fármaco el cual se manifiesta en la psique del individuo de la siguiente forma:

En la psicología de las personas, el alimento y apoyo materno de la primera infancia, juega un papel importante para su integración emocional, pues este apoyo manifiesta el cariño de una madre vital e integrada, si el individuo llega a carecer de este alimento y apoyo, en su etapa adolescente y adulta tenderá a buscarlos hacia afuera, sin darse cuenta que las carencias son internas. así, al ingerir una droga, el sujeto consumidor en su fantasía, estará tratando de llenar un vacío que dejaron aquellas carencias tempranas y sentirá que aquella madre ausente en su infancia entra en su cuerpo, personalizada en la droga, de tal forma que al ingerir a la madre fantaseada (la droga), sentirá que logra llenar ese vacío y de esta forma se sentirá integrado o al menos con la suficiente fuerza para funcionar socialmente en tanto dure el efecto del fármaco, por desgracia, al pasar el efecto de la sustancia el individuo volverá a sentir aquel miedo existencial que dejaron las carencias maternas y se sentirá imposibilitado para enfrentar una vida que le exige un constante cambio como condición para integrarse socialmente y esto le obligará a repetir este ciclo.

Dicho en forma tajante, lo que el individuo busca recuperar al ingerir una droga es a la madre que en realidad nunca tuvo, aun cuando siempre haya estado presente físicamente, a nivel psicológico esta madre siempre se mantuvo ausente, y permanecerá ausente por mas droga que trague el sujeto en etapas posteriores de su vida, porque el cariño que no tuvo la persona en la cuna, estará imposibilitado en forma permanente para recuperarlo, podrá lograr una rehabilitación psíquica mediando

circunstancias clínicas, pero el amor de su madre jamás le será posible recuperarlo.

Por otro lado, de forma implícita en las líneas anteriores quedó explicada la diferencia entre la dependencia física y la dependencia psíquica, sin embargo, este aspecto, brevemente mencionado en la página 20 de este trabajo, requiere de afinarse un poco más.

La dependencia física será entonces la adaptación del individuo a la droga a nivel celular. el adicto no bromea, realmente necesita la droga, sus células se han acostumbrado a una acción bajo el efecto del fármaco, y esa costumbre no es estática sino que debido a que su cuerpo se adapta a las dosis que él se autoadministra, es necesario aumentar las dosis a través del tiempo para sentir el efecto necesario para funcionar, de ahí que el sujeto termine por administrarse dosis sumamente elevadas sin llegar a sentir los efectos deseados, lo cual lo conduce en no pocas ocasiones a buscar drogas mas potentes y destructivas.

Por otro lado, el efecto psicológico se manifestará en la necesidad interna de llenar un vacío que el individuo buscará colmar con la droga, pero que, al ser un vacío psicológico por la falta de la madre que nunca lo colmó, estará destinado al menos en buena parte de su vida a buscar la forma de llenar ese vacío existencial que le dejó la falta de apoyo y alimento materno, viéndose potenciada esta dependencia psicológica por la dependencia física.

Por otra parte, y a diferencia del enfoque de Vera Ocampo (Op. Cit. P. 50), pareciera como si el sujeto consumidor sintiera que, en tanto más daño le haga la droga a su organismo, más poder tendrá y más poderoso le hará, mientras más dañe su organismo (consumiendo la droga en ayunas), sin la interferencia de alimentos que atenúen el efecto de la droga, mayor será el efecto en su locomoción y en su psiquismo, esto es, mayor facilidad de movimiento y pensamiento tendrá el sujeto. Esto es fácil reconocerlo en adictos al tabaco quienes comúnmente “antes de persignarse ya están buscando el cigarro”; o en los alcohólicos que “duermen con el vicio bajo la almohada”, esto según

expresiones populares.

Otras conclusiones que pueden desprenderse del trabajo realizado se pueden extraer de la tabla de comprobación de hipótesis: se puede observar que no se cumple la hipótesis ya que, a un mayor número de actitudes negativas no se sigue un mayor consumo de solventes orgánicos sino que se observa que no existe un patrón que pudiese demostrar la hipótesis. Sin embargo, se observó otro patrón que se procedió a analizar y es el de que un buen porcentaje de estudiantes reportó carecer de una o ambas figuras paternas.

De quince niños que reportaron dos ocasiones de consumo el 60.00% de ellos reportó no tener figura paterna, y el 13.00% reportó carecer de ambos padres. De diez niños que reportaron cinco ocasiones, el 60.00% de ellos reportó carecer de una o ambas figuras paternas. De tres alumnos que reportaron diez ocasiones de consumo, un tercio, es decir el 33.33% de ellos reportó no tener padre, finalmente de ocho educandos que reportaron consumir mas de diez ocasiones el 88.88% de ellos reportó que carece de una o ambas figuras paternas.

Hablando en términos generales, de los treinta y cinco niños que reportaron 2; 5, 10 y >10 ocasiones de consumo, un 66.66% de ellos señaló carecer de uno o ambos padres. Sin duda una conclusión de lo anterior y de acuerdo con la literatura revisada en este trabajo, es que las figuras de autoridad en la infancia, para este caso el padre o la madre tienen gran importancia en el consumo o no de sustancias como los solventes orgánicos, es decir, el carecer de una o ambas figuras paternas es un factor de riesgo para el consumo de inhalables y muy probablemente de otras sustancias adictivas.

Tampoco se logró identificar un patrón confiable entre el consumo de solventes y el grado de hacinamiento en sus hogares, es posible que esto se deba a que una buena parte de su existencia transcurre en el plantel escolar.

La proporción de consumidores considerando los 630 alumnos estimados (Pág. 76), revela una población más amplia de educandos que han usado los solventes en forma de abuso, resultando de la proporción una población cercana a los 112 consumidores, sin embargo, considerando los sesenta y ocho alumnos que se detectaron como consumidores, esta población no demuestra que el consumo de solventes sea mayor en un periodo de vacaciones que en un periodo de clases, para demostrar lo anterior sería necesario aplicar la misma encuesta en un periodo escolar normal.

Lo anterior haciendo referencia a la tabla No. 4 en el cual veinticuatro niños reportaron consumo en un periodo inmediato anterior a vacaciones, también de este cuadro puede concluirse que existe una diferencia muy marcada de consumo en cuanto al sexo, los hombres superan en razón de cuatro a uno a las mujeres, es decir por cada cuatro hombres que consumen el fármaco, una mujer reportó haberlo hecho, por lo menos en los treinta días anteriores al estudio.

4. PROPUESTA DEL PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ALUMNOS DE INTERNADOS OFICIALES DEL DISTRITO FEDERAL.

Introducción

Al iniciar el presente trabajo, se consideró la posibilidad de aplicarlo en alumnos de 4º, 5º y 6º grado de primaria en internados; sin embargo, al consultar los libros de texto de español de estos grados de estudio, así como el plan y programas de estudios del nivel de educación primaria, se observó que el lenguaje y los trabajos académicos del 4º grado son más elementales de lo que se había considerado para la aplicación de este estudio; por lo tanto, se tomó la determinación de aplicar el programa únicamente a los alumnos de los dos últimos grados de educación primaria.

Ahora bien, no es posible soslayar el hecho de que, si bien el porcentaje de alumnos que reportaron inhalar solventes orgánicos se considera elevado, esto no implica que en las posteriores generaciones de alumnos, el consumo del fármaco sea igualmente elevado, aunque existe también la posibilidad de que sea superior. Para saber esto se tendría que aplicar el programa previamente. No obstante, esta observación repercute en la propuesta del presente programa en el sentido de ser cautos al presentar los ejercicios preventivos, dado que estos ejercicios se aplicarán a una o más generaciones posteriores a la aplicación del programa de detección.

Considerando lo anterior y con base en la tabla que se detallará más adelante, se observa un aproximado de 18 grupos con los cuales se trabajará el siguiente programa. Se espera laborar 6 días con cada grupo, esto implica que al egresar de 6º grado, al alumno se le habrá aplicado en promedio dos veces el presente programa preventivo.

La aplicación de esta propuesta requiere de 6 sesiones de trabajo de entre 60 y 120 minutos de labor. Todo lo anterior implica que se requiere de 36 días hábiles de trabajo por internado si se labora con un grupo diario.

**TABLA 1
POBLACION ENCUESTADA**

GRUPO	PLANTEL	1	2	17	TOTAL
	5°A	17	26	34	77
	5°B	29	24	34	87
	5°C	4	30	0	34
	6°A	30	31	27	88
	6°B	21	29	26	76
	6°C	20	0	0	20
	TOTAL	121	140	121	382

Nota: % base igual a 382. La tabla permite observar un estimado de la cantidad de grupos a los cuales se aplicaría el programa preventivo.

Por otro lado, para el mejor control de las sesiones que se hayan trabajado con cada grupo, el coordinador podrá apoyarse en la tabla 2. En ésta, el coordinador podrá anotar con un punto o una "X" en la casilla que corresponda, la sesión que ya haya trabajado con el grupo; por lo demás, las indicaciones específicas para cada sesión se detallarán más adelante.

**TABLA 2
CONTROL DE SESIONES**

GRUPO	SESIÓN	1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES
	5° A								
	5° B								
	5° C								
	6° A								
	6° B								
	6° C								

Nota: La tabla con la que se podrá apoyar el coordinador para el mejor control de las sesiones que ya haya trabajado.

4.1. Justificación

Se mencionó en otros apartados (introducción y punto 3.1) que el joven interno presenta características de orden socioeconómico y cultural que devienen en factores de riesgo para el consumo en forma de abuso de sustancias que producen adicción,

En este estudio, lo anterior fue posible comprobarlo en forma particular para los solventes orgánicos; pero además de estos aspectos, se han detectado otras particularidades en estos jóvenes, tales como: la baja autoestima; una inclinación hacia la muerte manifestada por su deseo consciente o inconsciente de morir (Freud, 1920), esto tanto en jóvenes que consumen los solventes orgánicos, como en aquéllos que no reportaron hacerlo; una marcada actitud hacia los temores, y el padre, este último aspecto observado en alumnos que reportaron consumo de solventes orgánicos.

Una vez detectados los aspectos anteriores, el interés ahora radica en prevenir el consumo no sólo de los solventes orgánicos, sino también de otras drogas en los alumnos internos aspecto que se desea lograr a través de elevar la autoestima de estos jóvenes y cambiar sus actitudes negativas o muy negativas, por otras más aceptables o positivas.

4.2 Universo de Estudio

- Todos los alumnos de ambos sexos que estén cursando el 5° ó 6° grado nivel de educación primaria en los internados pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública en el Distrito Federal.

4.3 Metas

- Aplicación del presente Programa Preventivo sobre el Consumo de Sustancias Adictivas y otras Conductas Autodestructivas en todos los alumnos de Internados Oficiales del Distrito Federal.
- Que al egresar de 6° grado, los alumnos hayan recibido la aplicación promedio de dos veces el presente programa.

4.4 - Objetivos

- Elevar la autoestima de los alumnos de ambos sexos que estudien en internados oficiales en el Distrito Federal.
- Que los alumnos de 5° Y 6° grado de educación primaria, pertenecientes a Internados de la Secretaría de Educación Pública, logren desarrollar, a través del psicodrama una autoestima, autovaloración y autocrítica saludables, como marco preventivo hacia el consumo de sustancias adictivas y otras conductas autodestructivas.

4.5 Aplicación del Programa.

La aplicación la pueden realizar pasantes de las carreras profesionales de Psicología, Sociología, Pedagogía y en específico, aquellas personas que posean una estructura emocional estable y que puedan ayudar a los educandos en momentos de catarsis, sea esta en forma individual y grupal (ver anexo 10).

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE LA BAJA AUTOESTIMA Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS			
NOMBRE DE LA SESIÓN: "SALUDO Y PRESENTACION"			
Dirigido a: Alumnos que cursen 5°. Y 6°. De primaria en internados oficiales de la SEP			
Responsable: El coordinador del grupo			
Tiempo aproximado: 60 minutos			
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS
		VALUACION	TIEMPO
Preparar el clima adecuado para el desarrollo del programa	Ejercicio de presentación.	<ol style="list-style-type: none"> Saludo y presentación del coordinador del grupo. Entrega de hoja impresa: ¿Quién soy? Solicitar a los alumnos que llenen las hojas se solicita a los participantes que intercambien la hoja ya contestada. A ningún participante le tocará la hoja que llenó. Se intenta identificar al compañero que contestó la hoja que le tocó a cada participante después de la redistribución. Se procede a presentar al compañero identificado, leyendo las respuestas de la hoja. Para procedimiento más detallado ver anexo: Con base en las opiniones de los alumnos concluir: <ol style="list-style-type: none"> Que es fundamental crear un clima de respeto, confianza y participación para el trabajo en grupo. Que lo anterior se obtiene del conocimiento entre compañeros. Que lo anterior permitirá actuar como grupo productivo, estableciendo una identidad. <p>Ver anexo. Se solicita a los participantes</p>	<p>Observación del clima de confianza desarrollado en el grupo.</p> <p>30'</p>

NOMBRE DEL PROGRAMA: "PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE LA BAJA AUTOESTIMA Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS"					
NOMBRE DE LA SESION: CUÉNTAME TU VIDA					
Dirigido a: Alumnos que cursen 5°. Y 6°. de primaria en internados oficiales de la SEP (*)					
Responsable : El coordinador del grupo					
Tiempo: 60 minutos					
Duración: 6 sesiones					
Sesión N°: 2					
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
Recordar sucesos importantes de la infancia.	1. Saludo al grupo. 2. Realizar el ejercicio "Cuéntame tu vida".	Entregar hoja impresa "Cuéntame tu vida" a los integrantes del grupo. Anexo: Se solicita a los participantes que den lectura al impreso y realizar la actividad que ahí se señala. A partir de las narraciones escritas enfatizar: 1. Que existen sucesos de nuestro pasado que nos hacen sentir en nuestro presente emociones gratas o difíciles. 2. Que estos sucesos son parte importante de nuestras vidas e influyen en nuestras posibilidades de superación.	Hoja impresa "Cuéntame tu vida". - Hojas blancas tamaño carta. - Bolígrafos.	Número de participaciones e interés puesto en las narraciones	30 minutos 30 minutos

(*).- Ver anexo de la sesión 2

NOMBRE DEL PROGRAMA: "PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE LA BAJA AUTOESTIMA Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS					
NOMBRE DE LA SESIÓN: EN BUSCA DE UNA COMUNICACIÓN POSITIVA (*)					
Dirigido a: Alumnos que cursen 5°. Y 6°. De primaria en internados oficiales de la SEP					
Responsable: El coordinador del grupo					Duración: 6 sesiones
Tiempo: 120 minutos					Sesión N°: 3
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
-Proporcionar a los alumnos internos mecanismos que les permitan desarrollar con sus compañeros conductas asertivas.	-Realizar el ejercicio de asertividad.	-El coordinador del grupo solicitará el apoyo de 3 participantes mujeres, a las cuales entregará a cada una, 1 de las 3 tarjetas media carta impresas y propiciará una dramatización, a través del siguiente guión: -"Un amigo te deja plantada y queda mal contigo". Participante 1 responde. "Eres un estúpido, la próxima vez que me dejes plantada ya verás". Participante 2 responde. -"¿Por qué me hiciste eso? Yo creo que no debiste hacerlo".	-Hojas de rotafolio impresas. Conducta asertiva: definición, características, causas y efectos. -Hojas tamaño carta impresas. Práctica-opción de comunicación. -Tres tarjetas media carta. Participante 1 responde. Participante 2 responde. Participante 3 responde.	Interés puesto en las dramatizaciones.	120 minutos.

(*).- Ver anexo de la sesión 3.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
	Ronda de opiniones sobre el ejercicio	<p>Participante 3 responde. “ Me disgusta mucho que me hayas dejado esperando; creo que no tienes una buena razón para haberlo hecho, me debes una disculpa.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El coordinador del grupo, con base en un cuestionamiento a los integrantes del grupo llegará a la conclusión de que la respuesta del participante 1, es una posición agresiva; la respuesta del participante 2, es una opción pasiva-no asertiva y la respuesta del participante 3 es una de varias opciones asertivas. Posteriormente, concluirá aclarando, que la opción agresiva y la pasiva-no asertiva, no ofrecen soluciones, siendo la 3ª. La más asertiva y por lo tanto, la más adecuada. • Si el coordinador lo considera necesario, repetirá la misma dramatización, pero ahora con 3 participantes hombres • El coordinador analizará con el grupo las hojas de rotafolio impresas: “Comunicación ■ Asertiva: Definición. Características, causas y efectos.” <p>Posteriormente, el coordinador</p>	-Tarjetas con las respuestas de las dramatizaciones Práctica Opción de comunicación		

		dramatizará brevemente, cada una de las situaciones expuestas en las hojas tamaño carta impresas:			
	Realizar ejercicio de dramatización. -Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> ■ “Práctica-opción de comunicación”. Para tales dramatizaciones se apoyará de uno, dos o tres voluntarios, según sean necesarios. <p>Cada que finalice una dramatización, el coordinador analizará con el apoyo del grupo las respuestas, valorando de acuerdo con lo expuesto en las hojas de rotafolio impresas, el por qué tales respuestas son agresivas, pasivas -no asertivas y asertivas</p>			

Tomado y adaptado de : Manual de Autoestima, (1988). Departamento de Acción Preventiva de la División Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes (DINACONTES), Quito, Ecuador.

Nombre del Programa: "PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE LA BAJA AUTOESTIMA Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS"					
NOMBRE DE LA SESIÓN: COMO DECIR NO (*)					
Dirigido a: Alumnos que cursen 5°. Y 6°. de primaria en internados oficiales de la SEP					
Responsable : El coordinador del grupo				Duración: 6 sesiones.	
Tiempo: 60 minutos				Sesión No.4	
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
-Desarrollar en los participantes argumentos para decir no frente a la presión de un amigo o grupo de amigos.	-Desarrollar el sociodrama	<p>1• Desarrolle el sociodrama:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se formarán grupos de 6 u 8 personas que ensayarán una de las situaciones expuestas. -Se seleccionará un compañero que ejerza presión a determinada situación y otro que responda "no", utilizando cualquiera de las 7 formas de decir "no". <p>SITUACIONES DEL DRAMA.</p> <p>Un amigo te propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Robar dulces de una tienda. -Fugarse del internado. -Tomar alcohol. -Fumar tabaco -Fumar marihuana. -Romper un vidrio de la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas impresas: -Siete formas de decir no (una en cada tarjeta media carta). -El valor de la amistad. 	Observación de la formación de la asertividad en los participantes, a través de los argumentos esgrimidos para decir "no" ante la presión de un amigo, etc.	60 minutos ('60').

(*).- Ver anexo de la sesión 4

OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
	Conclusiones	<p>UNA PERSONA EXTRAÑA TRATA DE QUE TÚ:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salgas a pasear con él. -Le encubras una mentira. -Le desobedezcas a tus maestros. -Le des información de tu familia. <p>2. Hacer un impreso de siete formas de decir "NO" y entregarlo.</p> <p>3. Concluya: que en muchas ocasiones, los grupos nos presionan para que hagamos cosas que en realidad no queremos hacer y las razones para manifestar un rechazo a algo que no deseamos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tenemos derecho de no dar explicaciones a personas extrañas, por lo que hacemos. -Tenemos el derecho de opinar en forma distinta. -Tenemos el derecho a no sentirnos culpables por los problemas de otras personas. -Tenemos el derecho de cometer errores y asumirlos con responsabilidad. -Tenemos el derecho a decidir sobre nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. -Tenemos el derecho a decir no. <p>Se puede cerrar el ejercicio con la lectura: el valor de la amistad.</p>			

NOMBRE DEL PROGRAMA: "PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE LA BAJA AUTOESTIMA Y OTRAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS"					
NOMBRE DE LA SESIÓN: BUSCANDO LAS CUALIDADES DE MIS COMPAÑEROS					
Dirigido a: Alumnos que cursen 5°. y 6°. De primaria en internados oficiales de la SEP					
Responsable : El coordinador del grupo				Duración: 6 sesiones	
Tiempo: 120 minutos				Sesión No: 6	
OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
<p>-Concientizar a los participantes sobre la conveniencia de observar las buenas cualidades de mis compañeros.</p> <p>-Despertar a los participantes hacia las cualidades, hasta el momento ignoradas por ellos.</p>	<p>--Realizar ejercicio de concientización</p> <p>Ronda de opiniones y Conclusiones.</p>	<p>El coordinador iniciará diciendo que en la vida diaria, algunas veces los niños si observan, no las cualidades, sino los defectos de sus compañeros.</p> <p>En este ejercicio, tendrán la oportunidad de destacar una cualidad de su compañero. Para ello, el coordinador del grupo:</p> <p>1.- Dará a cada alumno la mitad de una hoja bond en la cual, éste deberá escribir la cualidad que a su modo de ver, caracteriza a su compañero de la derecha.</p> <p>2.- La hoja media carta, deberá ser anónima, por lo cual no se anotará ni el nombre de quien la escribió, ni el nombre del alumno que está a la derecha.</p> <p>3.- A continuación, el coordinador del grupo pide a los niños doblar bien la hoja para recogerla, barajarla y distribuirla nuevamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bolígrafos ■ Hojas bond cortadas a media carta. 	<p>Observar cómo se va dando el descubrimiento de las cualidades de los compañeros y evaluar el impacto que tiene en la elevación de la autoestima.</p>	120 minutos.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACIÓN	TIEMPO
	Ronda de opiniones y Conclusiones.	<p>4.- Hecha la redistribución, cada alumno leerá en voz alta la cualidad que consta en la papeleta y buscará entre los miembros del grupo el alumno que según su parecer, se caracteriza por esa cualidad. Sólo podrá escoger a una persona de entre los participantes.</p> <p>5.- Al mencionar al alumno, deberá decir por qué la caracteriza tal cualidad.</p> <p>6.- Puede suceder que un mismo alumno del grupo sea señalado más de una vez como poseedor de cualidades; pero al final cada alumno dirá en público la cualidad que escribió para el compañero de la derecha.</p> <p>7.- Al finalizar, el coordinador pedirá los alumnos que externen su testimonio sobre el ejercicio con preguntas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se sintieron con este ejercicio? - ¿Qué opinan del ejercicio? - ¿Tienen alguna idea mejor para encontrar las cualidades de nuestros compañeros? 			

BIBLIOGRAFÍA

- BELLAK, L. y SMALL, L. (1965). Psicoterapia Breve y de Emergencia. México. Ed. Pax México. 381 p.
- BERMÚDEZ, G. (1989). Niños de la calle.....chavos sin amor. En: Revista Información Científica y Tecnológica. Vol. II. No. 151. México. CONACyT. p. 42-48.
- BERRUECOS, V. L, (1983). Aspectos Antropológicos del Alcoholismo. En: El Alcoholismo en México II. Aspectos Sociales Culturales y Económicos. Editado por Valentín Molina Piñeiro, Luis Berruecos Villalobos y Luis Sánchez Medal. p. 1-16.
- BERRUECOS, V. L. (1988). Aspectos Culturales del Consumo de Alcohol en México. En: Alcohol Consumption Among Mexican and Mexicans Americans: A Binational Perspective. Mental Health Research Center. University of California at the Angeles. Edited by Gean Gilbert. p.85-102.
- BERRUECOS, V. L. y OTROS. (1989). El Alcoholismo en México. México. Ed. Nuestro tiempo- 187p.
- BOECKX, R. y COODIN, F. (1977). Una Epidemia de Inhalación de Gasolina. En: CONTRERAS, P. Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales. México. Ed. Trillas. p. 363-371.
- BRALIC, S.;HAEUSSLER, I. LIRA, M; MONTENEGRO, H. Y RODRIGUEZ (1979). Estimulación Temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. UNICEF. Santiago de Chile
- CANO, V. (1993). Por la Vida Contra el Tabaquismo. En: La Jornada Ecológica. México. La Jornada. 15 de Julio de 1993.

- CASTRO, M. E. (1992). CHIMALLI: Modelo Preventivo de Riesgo Psicosocial. México. CONAFE.
- CANTÚ, G. (1991). Un Nuevo Enfoque Diagnóstico: El Trastorno de la Personalidad Adictiva. En: Revista Galería Médica. Vol I. Trabajo presentado por el XII Congreso Nacional. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. Acapulco, Guerrero del 19 al 24 de Noviembre de 1991. p 10-17.
- CESSAL, (1990). Las Bebidas Alcohólicas y la Salud. Curso para Padres de Familia y Educadores. México. Ed. Trillas. 182 p.
- CIE-10. (1991). Clasificación Internacional de las Enfermedades. México. Ed. Meditor.
- CONADIC, (1992b). Las Drogas y sus Usuarios. México. SSA. 69 p.
- CONADIC, (1992c) Fármacos de abuso. México. SSA. 105 p.
- CONADIC. (1992d). Programa Contra la Farmacodependencia. México, SSA. 123 p.
- CONADIC. (1993). Drogas Ilegales. En: Encuesta Nacional de Adicciones. 1993. México. SSA. 227 p.
- CONADIC. (1995). Información Básica Sobre el Tabaquismo. México. SSA. 54 p.
- CRUZ, S. (1992). Farmacología de las Sustancias Psicoactivas. México, en prensa.

- CHOPPIN, G.; JAFFE, B.; SUMMERLIN, L. y JACKSON, L. (1971). Química. México. Ed. Publicaciones Cultural S. A. 595 p.
- DABOUT, E. (1977). Diccionario de Medicina. México. Ed. Época. 839 p.
- DE ALMAGRO. C. E. (1995). Para Oír Cantar a los Pájaros. México. Ed. Diana. 176 p.
- DE LA FUENTE, R., MEDINA MORA, ME. Y CARAVEO, J. (1987). Las Adicciones en México y Problemas Relacionados. En: La salud mental en México. México. En prensa.
- DIAZ Y OVIEDO, G. (1993). Diagnóstico de la Problemática de las Adicciones en México. En: Revista CONADIC Informa. No. 15. México. SSA. 16 p.
- DIGREGORIO, J. (1990). Cocaine Update: Abuse and Therapy. In: Review American Family Physician. USA. Januari 1990.
- DOBKIN, R. (1975). Una Teoría Transcultural del Uso de los Alucinógenos de Origen Vegetal. En: Díaz, J. L. Farmacología de las Plantas Alucinógenas Latinoamericanas. México. CEMEF. 224 p.
- DOLTO, F. (1991). Psicoanálisis y Pediatría. México. Ed. S.XXI. 267 p.
- DOMÍNGUEZ, R. (1970). Curso Elemental de Química. México. Ed. Porrúa. 384 p.
- FRANKL, V. (1979). El Hombre En Busca de Sentido. Barcelona. Ed. Herder. 132 p.
- FREUD, S. (1920). Más Allá del Principio del Placer. En: Obras Completas de Sigmund Freud: Tomo III. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva. p .2507-2541.

- FREUD, S. (1930). El Malestar en la Cultura. México. Alianza Editorial. 240 p.
- GUZMÁN, V. (1991). Familia y Adicciones. En: XII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. México, Acapulco, Guerrero. Del 19 al 24 de Noviembre de 1990.
- GRADOS, E. J. y SÁNCHEZ, F. E. (1988). FIGS: Prueba de Frases Incompletas con Aplicación en la Industria. México. Ed. El Manual Moderno. 65 p.
- GRAY, H. Y HAIGHT, G. (1974). Principios Básicos de Química. México. Ed. Reverté.
- HAWKINS, J. D. CATALANO, R. F. y MILLER, JY. (1992). "Factores de Riesgo y Protección Contra Problemas de Alcohol y Otras Drogas Durante la Adolescencia y la Primara Etapa del Joven Adulto". Implicaciones y Prevención del Abuso de Sustancias. En: Boletín de Psicología. En Prensa.
- JOSÉ, F. S. (1993). Relaciones Humanas. Ejercicios Prácticos. Brasil. Ed. Vozes.
- JUDITH, G. (1991). Alcoholism in Women. In: American Family Physician. USA. September. 44(3). p. 907-913.
- KAPLAN, M. D. And SADOK, M. D. (1991). Synopsis oy Psychiatry. Maryland. Ed. Williams and Wilkins.
- KELLEY, L. R. y OTROS. (1976). Psicoterapias Especiales. En: Sólonon, P. y Patch, D. V. Manual de Psiquiatría. México. Ed. El Manual Moderno. 466 p.

- KNAPP, C. (1997). El Alcohol y Yo: Una Historia de Amor. España, Ediciones Bailén S.A.
- LAMMOGLIA, R. E. (1974). Inhalación de Solventes y Cementos Plásticos por Adolescentes. En: Farmacodependencia. Publicación de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y Territorios Federales. Morales Hnos. Editores. México. 141 p.
- LARA, T. L; GÓMEZ, P. Y FUENTES, R. (1992). Disolventes Inhalables. En: Revista CONADIC Informa No. 9. México. SSA. 16 p.
- MARCOVIH, J. (1978). Un Estudios del Síndrome del Niño Maltratado en México. Análisis de 686 casos. En: El Maltrato a los Niños. México. Edicol.
- MACKINNON, R. Y MICHELS, R. (1973). Principios Generales de Psicodinámica. En: Psiquiatría Clínica Aplicada. México. Ed. Interamericana. 424 p.
- MARTÍNEZ, C. L. (1997). ¿Fumas?, No, Gracias. Prevención del Tabaquismo en la Adolescencia. México. Ed. Panorama. 63 p.
- MEDINA MORA, M. E. y OTROS. (1992). Las Adicciones En México: Hacia Un Enfoque Multidisciplinario. México. CONADIC. SSA.
- NAHMAD, S. Y FURST, T. P. (1972). Mitos y Arte Huicholes. México. SEP/Setentas. 170 p.
- OFICINA INTERNACIONAL DE TRABAJO, GINEBRA (2000). Tratamiento de Cuestiones Relacionadas con el Alcohol y las Drogas en el Lugar de Trabajo. Repertorio de Recomendaciones Prácticas de la OIT. México. Ed. Alfaomega. 71 p.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (1993). La Adicción al Tabaco. En: Revista CONADIC Informa No. 15. México. SSA. p. 11-14.
- OCADIZ, S. F. y REYES, M. S. (S/A). Solventes Orgánicos. Tesis para Obtener el Grado de Especialista en Seguridad e Higiene en el Trabajo. IMSS-HGO. México.
- PEMEX, (s/a). Manual de Toxicología de la Industria Petrolera. México. Pemex. 144 p.
- PLAN Y PROGRAMAS DE ESTUDIO. (1993). Educación Básica: Primaria. México. SEP. 164 p.
- RODRÍGUEZ, S. Y LORTIA, P. (1990). Castigo sin crimen...crimen sin castigo. En: Revista Mira. No. 15. México. p. 88-93.
- ROJAS, A.M. y VEGA, E. M. (1994). Español Cuarto Grado (libro de texto). México. SEP. 191 p.
- RAMÍREZ, S. (1988). Efectos de la Salud Asociados a la Exposición de Disolventes Orgánicos en Trabajadores de la Industria de las Artes Gráficas. Tesis presentada como requisito parcial para obtener el grado de especialista en medicina del trabajo. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 83 p.
- SCHETINI, J. A.; PARDO, J; y RIZZOLI, A. (1974) .El Mundo de la Medicina desde la A hasta la Z. Tomo I. México. Ed. Larousse.
- SIN AUTOR. (1988). Manual de Autoestima. Departamento de Acción Preventiva de la División Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes (DINACONTES). Quito, Ecuador. 108 p.

- SMITH, E. D. (1987). Trastornos por Consumo de Sustancias: Drogas y Alcohol. En: Goldman, H. H. Psiquiatría General. México. Ed. El Manual Moderno. p. 293-314
- SOLOMON, P. y PATCH, V. (1976). Manual de Psiquiatría. México. Ed. El Manual Moderno.
- SUMMERS, G. F. (1978). Medición de actitudes. México. Ed. Trillas. p.12-17.
- RUBINSTEIN, S. L. (1974). Principios de Psicología General. México. Ed. Grijalvo. 767 p.
- RUIZ, H. C. (1989). Ayuda Para Niños Torturados por sus Padres. En: Revista Contenido No. 317. México. p. 88-96.
- URIARTE, V. (1990). Drogas de Abuso. En Psicofarmacología. México. Ed. Trillas. p. 201-235.
- VALDÉZ, G.V. (1999). Las Drogas. México. CONACULTA. Ed. Tercer Milenio. 63 p.
- VIZZOLTO, S.M. y SEGANFREDO C.A. (1999). "LALO": El Consumo de Bebidas Alcohólicas, un Problema para Debatir con los Adolescentes. México, Ed. Diana. 97 p.
- VELASCO, F. R. (1985). La Educación como Medida de Prevención del Alcoholismo. Una Experiencia Mexicana. En: Alcoholismo Visión Integral. México. Ed. Trillas. P421-434.

VELASCO, F. R. (1997). Las Adicciones. Manual para Maestros y Padres. México.
Ed. Trillas. p. 139-159.

VERA, O. V. (1988). Droga, Psicoanálisis y Toxicomanía. Las Huellas de un
Encuentro. México, Ed. Paidós. 142 p.

ANEXO 1.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
DIRECCION DE EDUCACION EXTRAESCOLAR
UNIDAD DE INTERNADOS DEL DISTRITO FEDERAL

Este cuestionario es parte de un estudio que se realizará en todos los internados del Distrito Federal. Consiste en preguntas sobre drogas y unas frases incompletas que tú debes completar; para ello, te pedimos que seas sincero y rápido al contestar. Todos los alumnos de 5° y 6° grado de los demás internados oficiales, responderán este cuestionario que esperamos te guste resolver.

GRACIAS POR TU COOPERACION.

A) ¿Eres?

() Mujer () Hombre

B) ¿Cuántos años tienes?

_____ Años _____ Meses

ANEXO 1

- .- Siento que mi padre rara vez _____
- .- Cuando la suerte está en mi contra _____
- .- Siempre he querido _____
- .- Las personas que son mis maestros _____
- .- Se que es una tontería pero tengo miedo de _____
- .- Siento que un verdadero amigo _____
- .- Comparada con la mayoría de las familias la mía _____
- .- En mi escuela _____
- .- Mi madre _____
- .- Si mi padre solamente _____

) ¿Has aspirado o inhalado alguna vez en tu vida sustancias como pegamento; sprays en aerosol, thinner u otros gases?

() No () Sí

) ¿Has aspirado o inhalado alguna de estas sustancias en los últimos 30 días?

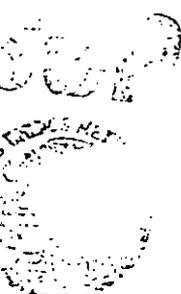
() Sí () No

) ¿Has aspirado o inhalado alguna de estas sustancias en los últimos 12 meses?

() No () Sí

) ¿Cuántas veces en tu vida has aspirado o inhalado alguna de estas sustancias?

- _____ Nunca he aspirado o inhalado sustancias
- _____ 2 veces
- _____ 5 veces
- _____ 10 veces
- _____ Más de 10 veces.



ANEX01

- 17.- Creo que tengo habilidad para _____
- 18.- Sería completamente feliz si _____
- 21.- En la escuela mis maestros _____
- 22.- La mayoría de mis amigos no saben que yo tengo miedo de _____
- 23.- No me gusta la gente que _____
- 27.- Mi familia me trata _____
- 28.- Las personas con que estudio son _____
- 29.- Mi madre y yo _____
- 31.- Deseo que mi padre _____
- 32.- Mi mayor debilidad _____

G) ¿Cuántas personas viven en tu casa?

_____ personas

H) ¿Cuando estas de vacaciones en tu casa, tu papá y tu mamá se pelean mucho con palabras sin llegar a darse de golpes?

() Sí discuten (más de 3 veces a la semana)

() Discuten poco () No discuten

() No tengo papá () No tengo mamá

() No tengo papá ni mamá

33.- Mi ambición secreta en la vida _____

36.- Cuando veo venir a mi maestro _____

37.- Me gustaría perder el miedo a _____

38.- La gente que más me gusta _____

42.- La mayoría de mi familia _____

43.- Me gustaría estudiar con personas que _____

44.- Pienso que la mayoría de las madres _____

ANEXO 1. ✓

- Pienso que mi padre es _____
- Cuando las circunstancias están en mi contra _____

¿Cuando estas de vacaciones en tu casa, tu papá y tu mamá llégan a discutir con palabras golpeándose entre sí?

- () Sí, una vez a la semana
- () No discuten () No tengo papá
- () No tengo mamá () No tengo papá ni mamá

¿Tienes agua entubada en tu casa?

- () Sí, dentro de la casa o vivienda
- () Sí, fuera de la casa o vivienda, pero dentro del terreno
- () Sí, de llave pública.
- () No disponemos de agua entubada. (P)

- .- Lo que más deseo en la vida es _____
- .- La gente que yo creo mis superiores _____
- .- A veces mis miedos me impulsan a _____
- .- Cuando no estoy presente mis amigos _____
- .- Cuando era más niño mi familia _____
- .- La gente que estudia conmigo generalmente _____
- .- Me gusta mi madre pero _____

) ¿Cuántos cuartos hay en tu casa o vivienda sin contar la cocina, el baño ni los pasillos?
_____ cuartos.



ANEXO 2

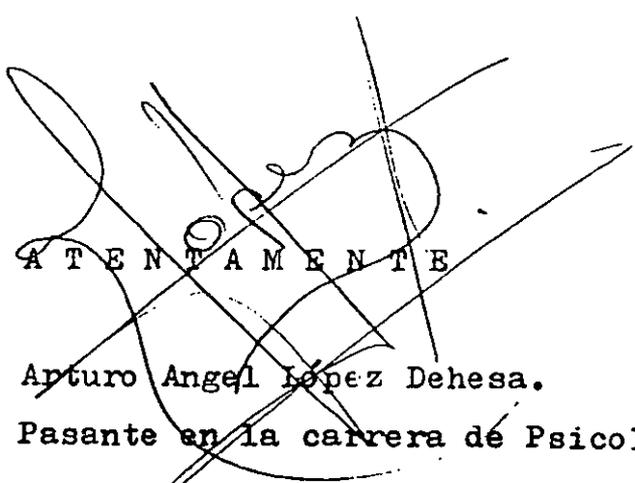
México, D.F. a 20 de Octubre de 1994.

C. LIC. CLAISALIA ROBERTSON AMADOR
SUBDIRECTORA DE LA UNIDAD DE INTERNADOS
EN EL DISTRITO FEDERAL.
PRESENTE.

Por este conducto me dirijo a su amable persona, con el objeto de solicitarle su autorización para que sean aplicados cuestionarios como el adjunto, a todos los niños de 5° y 6° de primaria que estén en los cuatro internados del Distrito Federal.

El objetivo del cuestionario es doble. Por un lado, permitirá detectar un eventual consumo de solventes orgánicos con fines de abuso en esta comunidad estudiantil y por otro lado, permitirá evaluar nueve actitudes de los alumnos, mismas que se mencionan en el programa adjunto y que lleva por nombre: "EVALUACION DIAGNOSTICA SOBRE EL CONSUMO DE SOLVENTES ORGANICOS EN ALUMNOS DE INTERNADOS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL."

Agradeciendo de antemano su apoyo, me es grato enviarle un cordial saludo.


A T E N T A M E N T E

Arturo Angel López Dehesa.
Pasante en la carrera de Psicología.

ANEXO 3

INTERNADO 1 GERTRUDIS BOCANEGRA DE DEL LAZO DE LA VEGA

Adolfo Prieto No. 1118 Col.
Col. Del Valle
Delegación Benito Juárez.
Teléfonos 55-59-31-86 y 55-59-30-97

INTERNADO 2 EJÉRCITO MEXICANO

Calzada Atzacapotzalco-la Villa No. 269
Col. Santa Catarina
Delegación Azcapotzalco
Teléfonos 53-94-55-13 y 53-94-41-13

INTERNADO 17 FRANCISCO I. MADERO

Av. Circunvalación No. 87
Col. Morelos
Delegación Venustiano Carranza
Teléfonos 57-89-53-52 y 57-89-48-29

INTERNADO 28 LÁZARO CÁRDENAS DEL RÍO

Calle Pachicalco sin número
Barrio de San Ignacio
Delegación Iztapalapa
Sin Teléfonos

DEPENDENCIA DIRECCION DE EDUCACION
PRIMARIA EN EL D. F.

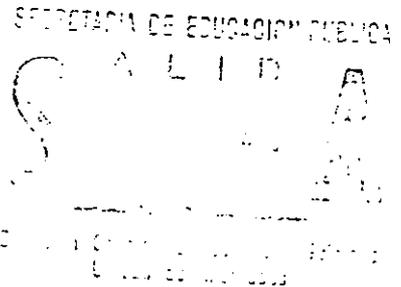
SECCION UNIDAD DE INTERNADOS
MESA
NUMERO DE OFICIO 802/94
EXPEDIENTE



ASUNTO: Autorización para desarrollo de Programa

México, D. F., Diciembre 6 de 1994

C. LIC. ARTURO ANGEL LOPEZ DEHESA
PASANTE DE PSICOLOGIA
PLANTEL IZTACALA
ESCUELA NACIONAL DE
ESTUDIOS PROFESIONALES UNAM
P R E S E N T E



En respuesta a su solicitud del 02 de Diciembre de este año, para desarrollar el Programa "Evaluación Diagnóstica sobre el Consumo de Inhalantes por Educandos de los Tres Internados" que administra esta instancia a mi cargo en el Distrito Federal, comunico a usted que he tenido a bien otorgarle la autorización procedente para que a partir del día 02 de Enero del año 1995, aplique los Cuestionarios rubricados por esta titularidad, entre becarios de 5° y 6° grados de los Internados de Educación Primaria 1, 2 y 17, en jornada vespertina, que además deberán ponderar 09 Areas Actitudinales de dichos alumnos, como aspectos del "TEST FIGS".

Subrayo a usted que esta autorización le compromete a reportar de inmediato a esta Unidad, la concentración, interpretación, diagnóstico y pronóstico de la investigación, y que los mismos no podrán ser publicados ni utilizados en eventos públicos.

A T E N T A M E N T E

Claisalia Robertson Amador
PROFRA. CLAISALIA ROBERTSON AMADOR
SUBDIRECTORA DE INTERNADOS

DIRECCION DE EDUCACION
PRIMARIA
UNIDAD DE INTERNADOS

- c.c.p.- PROFRA. BENJAMIN FUENTES GONZALEZ.- Director de Educación Primaria en el Distrito Federal.- Presente.
- DRA. SARA MARGARITA ZENDEJAS MERINO.- Directora Técnica.- Presente.
- PROFRA. CONCEPCION VACA BARRAGAN.- Supervisora de Internados de Educación Primaria, Zona Escolar 101.- Presente.
- PROFRA. MA. ELENA SOL ESQUINCA.- Directora del Internado de Educación Primaria No. 1.- Presente.
- PROFR. LUIS CABRERA ORTEGA.- Director del IEP NUM. 2.- Presente.
- PROFR. JOSE ARMANDO GAYTAN MONZON.- Director del IEP # 17.- Pte.



SUBSECRETARIA DE SERVICIOS EDUCATIVOS PARA EL D.F.
UNIDAD DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA, CENTRO.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

ASUNTO: Se concede autorización

México,D.F., a 4 de enero de 1995.

PROFR. ARTURO A. LOPEZ DEHESA
ASESOR TECNICO EN USEI
PRESENTE.

En atención a su solicitud de fecha 14 de diciembre de 1994, para aplicar el programa "Evaluación Diagnóstica" sobre el consumo de inhalantes en alumnos de internados pertenecientes a la SEP en el D.F. Esta Dirección no tiene inconveniente para que lleve a cabo dicho proyecto, solicitándole que al término de las actividades programadas, nos envíe una copia del documento emanado de las mismas.

Le deseo éxito en su labor.



T A M E N T E

[Handwritten signature]

S. E. I. S. S. E. D. F.
PROFRA. ELIZABETH BEUTELSPACHER HUIZAR
DIRECTORA DE SERVICIOS EDUCATIVOS CENTRO.

SECCION DE SERVICIOS EDUCATIVOS CENTRO

- c.c.p. Profr. Alexis López Pérez.-Director General de la USEI.-Presente
- c.c.p. Profra. Ma. del Rocío Millán.-Jefa del IV Sector.-Presente
- c.c.p. Profra. Graciela Montalvo Morales.- Supervisora de Zona 30 Bis.-Presente
- c.c.p. Profra. Ana Ma. Jácome Gamboa.-Directora del Internado 28.-Presente
- c.c.p. Profra. Edith Llamosas Ramírez.-Coordinadora Operativa de la Región Centro.-Presente.

EBH/ELR/BACM!atm

H

ANEXO 5

I. ACTITUD ANTE EL PADRE.

- 1. Siento que mi padre rara vez.....
- 16. Si mi padre solamente.....
- 31. Deseo que mi padre.....
- 46. Pienso que mi padre es.....

II. ACTITUD ANTE LAS CAPACIDADES

- 2. Cuando la suerte está en mi contra.....
- 17. Creo que tengo habilidad para
- 32. Mi mayor debilidad.....
- 47. Cuando las circunstancias están en mi contra.....

III. ACTITUD ANTE LAS.....

- 3. Siempre he querido
- 18. Sería completamente feliz si.....
- 33. Mi ambición secreta en la vida es.....
- 49. Mi mayor deseo en la vida es.....

IV. ACTITUD ANTE LOS SUPERIORES

- 6. Las personas que son mis maestros.....
- 21. En la escuela mis maestros.....
- 36. Cuando veo venir a mi maestro.....
- 50. La gente que yo creo mis superiores.....

V. ACTITUD ANTE LOS TEMORES

- 7. Es una tontería pero tengo miedo de.....
- 22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de.....
- 37. Me gustaría perder el miedo a.....
- 51. A veces mis miedos me impulsan a.....

VI. ACTITUD ANTE AMIGOS Y CONOCIDOS

- 8. Siento que un verdadero amigo.....
- 23. No me gusta la gente que.....
- 38. La gente que mas me gusta.....
- 52. Cuando no estoy presente mis amigos.....

VII. ACTITUD ANTE EL GRUPO FAMILIAR

- 12. Comparada con la mayoría, mi familia.....
- 27. Mi familia me trata.....
- 42. La mayoría de mi familia.....
- 57. Cuando era mas niño mi familia.....

VIII. ACTITUD ANTE LOS COMPAÑEROS EN LA ESCUELA

- 13. En mi escuela.....
- 28. Las personas con que estudio.....
- 43. Me gustaría estudiar con personas que.....
- 58. La gente que estudia conmigo generalmente.....

IX. ACTITUD ANTE LA MADRE

- 14. Mi madre.....
- 29. Mi madre y yo.....
- 44. Pienso que la mayoría de las madres.....
- 59. Me gusta mi madre pero.....

ANEXO 6

ALD-1

**TEST DE FRASES INCOMPLETAS APLICADO A ALUMNOS DE INTERNADOS
CONCENTRADO DE DATOS POR AREA EVALUADA Y GRUPO EVALUADO**

Área evaluada: ACTITUD ANTE LA MADRE				Hoja:	
Grupo:		Plantel:		Tot. Alumnos:	
Reactivo	Mi Madre... (14)	Mi madre y yo... (29)	Pienso que la mayoría de las madres.... (44)	Me gusta mi madre pero...	Total de Puntos.
Alumnos					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
18					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

Total niños _____

total niñas _____

ANEXO 7

ALD-2

TEST DE FRASES INCOMPLETAS APLICADO A ALUMNOS DE INTERNADO						
CONCENTRADO DE DATOS POR PLANTEL						
Plantel:				Tot. De alumnos:		
	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	% 0 a 4	% 5 a 6	% 7 a 8
1. PADRE						
2. CAPACIDADES						
3. METAS						
4. SUPERIORES						
5. TEMORES						
6. AMIGOS Y CONOCIDOS						
7. FAMILIA						
8. COMPAÑEROS						
9. MADRE						

ANEXO 8

ALD-3

TEST DE FRASES INCOMPLETAS APLICADO A ALUMNOS DE INTERNADO
CONCENTRADO GENERAL DE DATOS OBTENIDOS

Plantel:				Tot. De alumnos:		
	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	% 0 a 4	% 5 a 6	% 7 a 8
1. PADRE						
2. CAPACIDADES						
3. METAS						
4. SUPERIORES						
5. TEMORES						
6. AMIGOS Y CONOCIDOS						
7. FAMILIA						
8. COMPAÑEROS						
9. MADRE						

Notas.-

PUNTAJE DE 0 A 4

PUNTAJE DE 5 A 6

PUNTAJE DE 6 A 7

NO EXISTE CONFLICTO.

EL CONFLICTO ES MANEJABLE.

EL CONFLICTO ES EVIDENTE.

ANEXO 09

ALGUNOS CONSEJOS PRÁCTICOS EN LA APLICACIÓN DEL PRESENTE PROGRAMA SON LOS SIGUIENTES:

- 1 **No califique las actividades.** La forma de evaluar el programa ya se especificó anteriormente, por tanto, el proceso que se va a desarrollar no necesita ser evaluado en forma cuantitativa. No ponga nota por la participación en estas actividades.

- 2 **Promueva un clima de aceptación.** No es necesario pedir respuestas correctas, es más importante explorar y jugar con distintas ideas y posibilidades, por ejemplo, no diga "...esto está mal." Es más conveniente decir: ¿ qué sucedería si lo hiciéramos de este otro modo .

- 3 **Promueva un clima de confianza.** Si algún estudiante no desea hablar es importante que no se le obligue o ridiculice.

- 4 **Promueva un clima de respeto.** No permita burlas ni ridiculizaciones, pues esto anularía el efecto del trabajo.

- 5 **Escuche atentamente lo que dicen los estudiantes.** Esto promueve que los demás alumnos escuchen también a sus compañeros.

6 **Atienda las individualidades.** El estudiante con problemas individuales o familiares serios es conveniente, más que conversar con él, escucharlo en privado y si al final de su discurso tiene alguna buena idea para ayudarlo, exponérsela. Nunca ventilar estos problemas en el grupo.

7 **Sea flexible.** Permita suficiente tiempo para discutir temas importantes.

8 **Promueva la participación y discusión.** Haga preguntas que requieran pensar y promuevan discusión de valores, puntos de vista y sentimientos. Esté alerta y acepte, incluso promueva la catarsis grupal.

9 **Promueva la comunicación abierta.** No juzgue como buena o mala la opinión de los estudiantes, esto les desanimaría en su participación.

10 **Pida ejemplos y promuévalos.** El uso de ejemplos ayuda a clarificar conceptos y hace la discusión amena interesante.

11 **No dé las soluciones.** Permita que los estudiantes lleguen a sus propias conclusiones.

TOMADO Y ADAPTADO DE:

- **MANUAL DE AUTOESTIMA, (1988).** Departamento de Acción Preventiva de la División Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes (DINACONTES). Quito, Ecuador.

ANEXO DE LA SESIÓN 1

CONTENIDOS DE APOYO PARA EL COORDINADOR

Identidad

Desde muy pequeños y a medida que crecemos, vamos formando una imagen de nosotros mismos, que nos permite percibirnos diferentes a las demás personas, con nuestras propias características.

Durante ese proceso, existen ocasiones en las que aceptamos la forma como la sociedad define nuestro comportamiento sin cuestionar esta definición, limitando así la visión que tengamos de nuestra propia identidad.

El apreciar que se es único y especial puede ayudar al alumno a valorarse a sí mismo. Este conocimiento puede capacitarlo para resistir presiones y no ser conformista, así como valorar la importancia de tener sus propios pensamientos, interpretaciones y evaluaciones. Conociéndose a sí mismo, el joven comprenderá, respetará y apreciará las diferencias entre las personas.

ANEXO DE LA SESIÓN 2

EJERCICIO CUÉNTAME TU VIDA

¿Recuerdas cuando eras pequeño y jugabas al peluquero y le cortabas el pelo a los muñecos de tu hermana utilizando tus deditos como tijeras?, o quizá eras de los médicos que jugaban a inyectar a toda la familia. Luego creciste y quizá te gustaba jugar al turista o simplemente a la pelota.

Amiguito¿cómo era tu infancia?, seguramente en algunas ocasiones has tenido que enfrentar circunstancias difíciles para satisfacer tus necesidades básicas, contando sólo contigo mismo.

Te pedimos por favor, elabores una narración de la historia de tu vida en la que cuentes cuáles eran tus juegos favoritos y otros momentos agradables o

Quizá prefieras contar algún momento de tu vida que haya resultado difícil enfrentarlo. Cuando termines tu historia si los deseas, coméntala con tu grupo aunque tal vez prefieras comentarla a solas con tu profesor, o con el profesor o profesora que más confianza le tengas. Reflexiona también sobre lo que esperas de ti mismo para tu presente y tu futuro, cuando estés reflexionando en ello, recuerda el dicho que dice "lo importante no es ganar sino competir" y piensa que, a la única persona que tienes que ganarle en esta vida es a ti mismo, siendo cada día mejor, siendo cada día tú mismo tu mejor amigo y piensa que el éxito no consiste en más fuerte que los demás, sino en aceptarte a ti mismo tal y como

eres. Piensa que la mejor persona con la que podrás contar durante toda tu vida, eres tú mismo.

TOMADO DE: CASTRO, ME. (1992). CHIMALLI. MODELO PREVENTIVO DE RIESGO PSICOSOCIAL. MÉXICO. CONAFE

ANEXO DE LA SESIÓN 3

CONTENIDO DE LAS HOJAS DE ROTAFOLIO IMPRESAS

CONDUCTA ASERTIVA: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y EFECTOS.

Definición: Las conductas asertivas expresan pensamientos, creencias, opciones y sentimientos de respeto a las necesidades y derechos propios y de los demás.

Cracterísticas: Una persona que posee conductas asertivas:

- Escucha con respeto y expresa con honestidad y sinceridad sus pensamientos.
- Se adapta a la situación con la persona que se relaciona.
- Se hace responsable de sus conductas que acaso llegasen a afectar a los demás, pero sin ponerse por ello en segundo lugar.
- Es firme sin ser agresiva.
- No permite que las tensiones se acumulen hasta explotar.
- Se conduce en forma adecuada cuando tiene algún conflicto con otros.
- Expresa y recibe con alegría noticias agradables.

-Su comunicación no-verbal está en armonía con su comunicación verbal.

-Sabe que ser respetuosamente activo, es mejor que ser pasivo o agresivo al comunicarse.

Causas:

-Una persona asertiva tiene conciencia de los derechos humanos propios y los de los demás, así como conciencia de lo que ello implica.

-Considera tan importante como las de los demás.

-Siempre busca ser “él mismo”, respetando al “otro”.

Efectos:

Una persona asertiva:

-Logra y mantiene una comunicación interesante.

-Mantiene una comunicación psicológica y emocionalmente saludable.

-Mantiene elevada la autoestima, el respeto y la confianza en sí mismo.

(Anexo de la sesión 3)

PRACTICA OPCIÓN DE COMUNICACIÓN

Con el apoyo de uno, dos o tres participantes, el coordinador del grupo realizará breves dramatizaciones a manera de ejercicios con los siguientes guiones. El coordinador planteará la “situación” y pedirá al voluntario o voluntarios que dramaticen la respuesta, misma que entregará a los voluntarios en una tarjeta impresa. Finalmente discutirá con el grupo porqué la respuesta dada a la “situación” se considera agresiva, asertiva o pasiva no asertiva.

SITUACIÓN	RESPUESTA	OPCIÓN
El novio siente que ella dedica más tiempo a sus amistades. Que lo ha descuidado a él y le dice:	“..lo único que te interesa son tus amistades, bueno, pero yo me basto solo..”	AGRESIVA
El joven insiste en acompañar a sus tíos a una reunión de adultos, la tía le dice:	“.. entiendo que te gustaría ir con nosotros, pero no es una fiesta de jóvenes por lo que te quedarás en casa..”	ASERTIVA

<p>En una tienda de ropa, un hermano mucho mayor le compra un pantalón a su hermanito menor sin importarle si le gusta. El hermanito menor responde:</p>	<p>" bueno, está bien si tú me lo elegiste, me lo voy a poner.."</p>	<p>PASIVA NO ASERTIVA</p>
<p>La hermana desea ir al cine a ver una película de su interés y le dice a su hermano:</p>	<p>" oye, ¿no te parece que necesitas un descanso o salir a tomar aire ?"</p>	<p>PASIVA NO ASERTIVA</p>
<p>Un joven comienza a poner apodos a sus compañeras diciéndoles: "tonta", "lenta", "gorda", la maestra le dice:</p>	<p>" en esta escuela no se insulta a nadie, tu eres el tonto por poner apodos estúpidos."</p>	<p>AGRESIVA</p>

<p>El Director y los profesores, están orgullosos porque un alumno sacó el primer lugar en ortografía en el curso de internados y le dicen:</p>	<p>"Nos agrada mucho que hayas obtenido el primer lugar y estamos agradecidos y felices contigo, por ello te damos las gracias."</p>	<p>ASERTIVA</p>
<p>Una esposa reclama en forma agresiva a su esposo porque no consiguió boletos para el cine y el esposo responde</p>	<p>"Está bien, todo es por mi culpa, perdóname"</p>	<p>PASIVA NO ASERTIVA</p>

ANEXO DE LA SESIÓN 4

SIETE FORMAS DE DECIR NO.

A. DAR UNA EXCUSA.

La excusa puede ser real o no. Por ejemplo: "No puedo ir a tu fiesta porque me voy de paseo este fin de semana".

B. EL DISCO RAYADO.

Repite la misma respuesta hasta que el otro se canse. Por ejemplo: alguien te dice: "...agarra este cigarro y fúmalo". Tú puedes contestar:

No, gracias", te dice otra vez: "...fuma, no te va a pasar nada..."...muy amable, agradezco tu gentileza pero ahorita no puedo fumar...gracias." Él o ella insiste nuevamente...si lo deseas, aléjate de ahí con un "no, gracias" nuevamente.

C. POSTERGA TU DECISIÓN.

Di que ahora no quieres hacerlo, que quizá otro día. Puedes postergar todas las veces que te inviten a hacer algo que no quieres hacer. ¿ Has visto esos letreros en las "tienditas" que dicen: "Hoy no fío, mañana sí?", y al día siguiente vas a la misma tienda y nuevamente puedes leer: "Hoy no fío, mañana sí". Pues ¡tú puedes hacer lo mismo! , Por ejemplo: "Hoy no fumo, mañana sí", y al día siguiente si te vuelven a invitar puedes decir nuevamente: "Hoy no fumo mañana sí".

D. DI QUE HAS DECIDIDO NO HACERLO.

Por ejemplo: di que tú has decidido no beber alcohol porque has visto a un familiar cómo murió del hígado por beber alcohol.

E. EVITA LA SITUACIÓN.

Piensa cómo puedes evitar a las personas que te presionan a hacer algo que no quieres hacer. Tú tienes el derecho de poder retirarte y de evitar el lugar donde te presionan.

F. CAMBIA EL TEMA DE LA CONVERSACIÓN.

Di que no y cambia el tema enseguida. Por ejemplo: ¿quieres fumar?, "No, gracias... ¿oye, quién ganó el partido de fútbol? ¿Perdió México?."

G. IGNORA A LA PERSONA O PERSONAS.

Puedes mirarlos fijamente por unos segundos y sin decir nada, luego continúas haciendo lo mismo que antes, caminando, leyendo, jugando, etc.

ANEXO DE LA SESIÓN 4

EL VALOR DE LA AMISTAD.

La amistad es una parte importante en la vida, especialmente durante la adolescencia. Cuando eras pequeño o pequeña hacías poco esfuerzo por seleccionar a tus amistades. En la adolescencia las amistades adquieren un nuevo significado. Las eliges de acuerdo a tus preferencias y gustos.

En la adolescencia buscas la aprobación del grupo social al cual perteneces. La importancia que tiene para ti la opinión del grupo es parte de un proceso normal. Si el grupo te rechaza, tratas de cambiar para lograr la aceptación que deseas.

Ante todo, recuerda que tú eres una persona valiosa y que mereces respeto. Recuerda que las cosas dolorosas que te hayan sucedido en el pasado, son cosas que por desgracia ya no puedes cambiar, pero lo que sí puedes cambiar es tu futuro y tu destino y para poderlas cambiar, primero debes sentir respeto por ti mismo.

Recuerda también que la amistad de un hombre con un hombre es algo muy estimulante; también la amistad de una mujer con una mujer puede ser igualmente estimulante y pueden ayudar mucho... pero, ten siempre presente que la amistad

entre un hombre y una mujer puede ser algo maravilloso y que una amistad entre hombres, entre mujeres, o entre hombre y mujer pero que esta basada en el respeto mutuo, es un factor humano que puede ayudarnos al logro de una vida de satisfacción y respeto.

La verdadera amistad, es aquella relación humana que se caracteriza por un afecto sincero y desinteresado que sienten recíprocamente dos personas, una verdadera amistad, es también aquella relación humana que te puede ayudar a superar problemas que se te presentan en la vida diaria si sabe escucharte con respeto.

El tiempo es indispensable para profundizar una amistad, por todo esto, lucha por tener excelentes amistades, sean hombres o sean mujeres y rechaza a aquellas personas que persigan inducirte a fumar, beber alcohol o consumir otras drogas.

TOMADO Y ADAPTADO DE:

MANUAL DE AUTOESTIMA. (1988). Departamento de Acción Preventiva de la División Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes. (DINACONTES). Quito, Ecuador.

- 17 ¿Qué es lo que más te gusta de la vida?
- 18 ¿Qué país te gustaría visitar?
- 19 ¿Qué carrera profesional te gustaría lograr?
- 20 ¿Cuál de tus libros de texto te gusta leer más?
- 21 ¿Qué opinión tienes de ti mismo (o misma)?
- 22 ¿Qué te gustaría cambiar de tu personalidad?
- 23 ¿De qué forma crees tú que se puede recuperar la alegría, cuando uno está triste?
- 24 ¿De qué forma crees tú que se puede obtener una carrera profesional?
- 25 De las preguntas que han hecho tus compañeros, ¿ cuál es la que te ha parecido más interesante?....¿Cómo responderías tú a esa pregunta?
- 26 ¿Cuáles son las cosas que más te gustan de la naturaleza?
- 27 ¿Cuál es el deseo más grande de tu vida?
- 28 ¿Di cuáles son las cinco cosas que más te gustan de tí mismo?
- 29 Si lograras ser Presidente....¿Cuál sería la primera cosa que ordenarías?
- 30 ¿Qué te gustaría hacer cuando seas adulto?...¿Qué has hecho para lograrlo?

Este ejercicio fue tomado y adaptado de:

JOSÉ, F S. (1993). Relaciones humanas. Ejercicios prácticos. Brasil. Vozes Editora.