



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

**TEORÍA SOCIO HISTORICO CULTURAL APLICADA AL  
FENÓMENO DE LAS DROGAS**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**FABIAN FERREYRO RIOS**

**JURADO DE EXAMEN**

**TUTOR: LIC. ARMANDO RIVERA MARTÍNEZ**

**COMITÉ: DR. RUBEN LARA PIÑA**

**MTRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS**

**LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ**

**DR. RAMÓN RIVERA ESPINOSA**



**MÉXICO, D.F.**

**JUNIO 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## **Dedicatoria**

A las dos mujeres más importantes, mi esposa Elena Núñez y mi hija en camino María Ferreyro Núñez, con infinito amor.

A la familia Ríos, mi abuelita Concepción Elizalde por cuidarme desde niño, a mi tío Luis por el interés y la confianza en cerrar este ciclo, a mis tías Roció y Ely, y mi hermano Alan con mucho cariño.

A la familia Ferreyro y anexos, mi padre Jesús Ferreyro, a Christopher, Stephen, David, Yeny, Pilar, Mariana, Rodrigo (pepito de mi corazón), Valeria y Julieta con mucho cariño.

A mi familia putativa los Gómez-de Teresa, el ejemplo de Adriana, la energía de Aurelia y la confianza de Andrés, indispensables en la vida.

Mis grandes amigos de Copilco, Luis Bazán, Adrian Álamo, Pablo Tonda, Leonel Paniagua (padre e hijo), Eva Mendizábal, Horacio Mendizábal y Anaite Sagastume, por todos estos años de poder contar con ustedes.

A mis compañeros y amigos del Programa Universitario México Nación Multicultural, María José, Wilfrido, Esther, Karina, Ofelia, Citlali, Javier, Rafael, Mario, Hugo y Sacnité, por el apoyo, cariño, y amistad en cada jornada laboral.

## Índice

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>Capítulo I, Drogas en México, Modelo Occidental o Moderno.</b>	
1.1 Historia	4
1.1.1 Prohibición Religiosa de las Drogas	4
1.1.2 Prohibición de las Drogas Como Problema de Salud y Jurídico	5
1.1.3 Contexto Actual	9
1.2 Modelo Occidental en Materia de Drogas	12
1.2.1 Ético-Jurídico	12
1.2.1.1 Código Penal Federal y Ley General de Salud	13
1.2.1.2 Artículo 193. Código Penal Federal (definición de narcótico, conductas punibles).	14
1.2.1.3 Artículo 194. Código Penal Federal (delito-narcótico).	17
1.2.1.4 Artículo 195. Código Penal Federal (pena por posesión de narcóticos)	18
1.2.1.5 Artículo 195bis. Código Penal Federal (exentos de pena por posesión de narcóticos).	19
1.2.1.6 Artículo 196 (aumento de penas de conductas mencionadas en el artículo 194).	20
1.2.1.7 Artículo 197. Código Penal Federal (administración y suministro de narcóticos)	21
1.2.1.8 Artículo 198 Código Penal Federal (penalización de la producción)	21
1.2.1.9 Artículo 199 Código Penal Federal (sobre farmacodependientes)	22

1.3 Medico-Sanitario	22
1.3.1 Organización Mundial de la Salud (OMS)	23
1.3.2 Secretaria de Salud	23
1.3.3 Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)	23
1.3.4 Droga	24
1.3.5 Droga de Abuso	24
1.3.6 Uso de Drogas	24
1.3.7 Abuso de Drogas	24
1.3.8 Habito/Habituación	24
1.3.9 Drogodependencia/ Toxicomanía/Farmacodependencia/ Adicción	25
1.3.10 Intoxicación	25
1.3.11 Farmacodependiente/Adicto	26
1.3.12 Dependencia	26
1.3.13 Dependencia Física	27
1.3.14 Dependencia Psicológica	27
1.3.15 Síndrome de Abstinencia	27
1.3.16 Tolerancia	28
1.3.17 Politoxicomanía	28
1.3.18 Clasificación de las drogas	28
1.3.19 Clasificación de Drogas OMS	29
1.3.20 Drogas Psicotrópicas	30
1.3.21 Naturales/Sintéticas	30
1.3.22 Duras/Blandas	30
1.3.23 Vías de Administración	31
1.3.24 Vía Oral	31
1.3.25 Vía Fumada	31
1.3.26 Vía Esnifada.	31
1.3.27 Vía Inyectada	31
1.4 Las Drogas y sus Efectos	32
1.4.1 Alucinógenos	32
1.4.1.1 Efectos Inmediatos del Consumo	32
1.4.1.2 Consecuencias del Consumo Reiterado	33

1.4.2 Alcohol	33
1.4.2.1 Efectos Inmediatos del Consumo	33
1.4.2.2 Consecuencias del Consumo Reiterado	34
1.4.2.3 Consumo Durante el Embarazo	34
1.4.3 Anfetaminas	35
1.4.3.1 Efectos Inmediatos del Consumo	35
1.4.3.2 Consecuencias del Consumo Reiterado	35
1.4.4 Cocaína	35
1.4.4.1 Crack: Derivado de la cocaína	36
1.4.4.2 Efectos Inmediatos del Consumo	36
1.4.4.3 Consecuencias del Consumo Reiterado	37
1.4.5 Éxtasis	37
1.4.5.1 Efectos Inmediatos del Consumo	37
1.4.5.2 Consecuencias del Consumo Reiterado	38
1.4.6 Inhalables	38
1.4.6.1 Consumo Frecuente de Solventes	39
1.4.7 Marihuana	39
1.4.7.1 Efectos Inmediatos del Consumo	40
1.4.7.2 Consecuencias del Consumo Reiterado	40
1.4.8 Tabaco	41
1.4.8.1 Efectos Inmediatos del Consumo	41
1.4.8.2 Consecuencias del Consumo Reiterado	41
1.5 Consecuencias y Consejos CONADIC	42
Síntesis	44

## **Capítulo II, Drogas, Modelo Tradicional**

2.1 Modelo Tradicional	45
2.2 Cosmovisión Indígena	45
2.3 El Pueblo Mazateco	46
2.3.1 Estado y Lugar Geográfico	46
2.3.2 Significado de Mazateco	46
2.3.3 Vida Religiosa	46
2.3.4 Medicina Tradicional	48
2.3.5 Hongos Sagrados	49
2.3.6 Curanderos	51
2.3.7 Curandero-Hongos (ceremonia ritual)	53
2.3.8 Veladas	54
2.3.9 Requisitos de la Velada	54
Síntesis	56

## **Capítulo III, Teoría Socio Histórico Cultural, Lev S. Vygotsky**

3.1 Biografía	57
3.2 Teoría Socio Histórico Cultural	57
3.3 Procesos Psicológicos Superiores	58
3.4 Operaciones con Signo	59
3.5 La Historia Natural de las Operaciones con Signos	60
3.6 Herramienta y Lenguaje (Signo)	60
3.7 Internalización de las funciones psicológicas superiores	62
3.8 Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores	63
3.8.1 Percepción y Atención	63
3.8.2 Memoria y Pensamiento	64
3.8.3 Aprendizaje y Desarrollo	65
3.9 Pensamiento y Lenguaje	68
3.9.1 Lenguaje Egocéntrico	68
3.9.2 Ontogénesis del Pensamiento y el Lenguaje	69

3.9.3 La Formación del Concepto	70
3.9.4 Pseudoconceptos	72
3.9.5 Conceptos	73
3.10 Abstracción	74
3.11 Interacción Pensamiento y Lenguaje	74
Síntesis	75

## **Capítulo IV, Teoría de Vygotsky Aplicada al Fenómeno de las Drogas**

4.1 Drogas y cultura	76
4.2 Teoría de Vygotsky Aplicada al Fenómeno de las Drogas.	77
4.2.1 Operaciones con Signo	77
4.2.2 Cambio en el Signo	78
4.2.3 Lenguaje y Desarrollo.	79
4.2.4 Percepción y Atención (Sobre Drogas)	80
4.2.5 Memoria y Pensamiento (Sobre Drogas)	80
4.2.6 Aprendizaje y Desarrollo (Sobre Drogas)	80
4.2.7 Pensamiento y Lenguaje (Sobre Drogas)	81
4.3 Modelo Socio Histórico Cultural en Drogas (Implicaciones)	82
4.3.1 Ilegalidad	83
4.3.2 Marginación	86
4.3.3 Estigmatización	88
4.3.4 Insalubridad	89
4.3.5 Desinformación	92
Síntesis	95

<b>Discusión y Conclusiones</b>	<b>97</b>
---------------------------------	-----------

<b>Bibliografía</b>	<b>101</b>
---------------------	------------



## **Resumen**

Este trabajo es una alternativa para enfrentar el problema de las drogas en México. Se estudian dos modelos, el Occidental (MO) y el Tradicional (MT) para conocer las formas de concebir el fenómeno de “Las Drogas”, en lo particular el papel del consumidor, de la sustancia y la manera de interpretar socialmente la relación sujeto-droga. Al poder comparar estos modelos dentro de la teoría Socio Histórico Cultural de Lev S. Vygotsky, permite observar la forma de construcción y reproducción de un modelo de pensamiento y plantear una alternativa de cambio social. La propuesta es incidir en la interacción sujeto-droga a través del impacto en cinco esferas sociales que rodean a las drogas en el Modelo Occidental que son: la ilegalidad, la marginación, la estigmatización, la insalubridad y la desinformación. Esta investigación propone una manera distinta de combatir el problema de las drogas en el pensamiento occidental.

## Introducción

En este trabajo se revisará la manera en que se concibe el fenómeno de las Drogas en México desde dos modelos, el Occidental o Moderno y el Tradicional, el primero estudiado desde sus dos formas complementarias de interpretación el Ético-Jurídico y el Médico-Sanitario, el segundo se revisa a través de la relación que tiene el Pueblo Mazateco de Oaxaca con los hongos sagrados. Conocer estos modelos nos brinda la oportunidad de comparar dos diferentes realidades y así reformar la nuestra (Occidental o Moderna) planteando una alternativa que considere cuestiones sociales, históricas y culturales, y no busque la reproducción infinita de un solo modelo.

La importancia de desarrollar nuevas estrategias en relación al fenómeno de las drogas radica en intentar resolver problemáticas sociales que se desprenden de éste como lo es la criminalidad por grupos armados ilegales que obtienen fondos a partir del control de la producción y el tráfico de drogas, o como problema de salud por el uso desinformado de sustancias, así como, la calidad de las drogas utilizadas.

El fenómeno de las drogas es cada vez más grande y es considerado un problema jurídico y de salud que siendo reprimido no ha logrado reducir la producción, el tráfico o consumo. En el mundo entre 155 y 250 millones de personas de entre 15 y 64 años de edad consumieron drogas ilegales en el año 2008 lo cual equivale 3.5% a 5.7% de la población mundial y sustancias como el opio en 11 años (de 1998 a 2009) incrementó su producción en un 78% (UNODC, 2010).

Complementar el modelo occidental en materia de drogas que predomina en nuestra sociedad es relevante como una alternativa al planteamiento represivo y criminalista en la llamada “Guerra Contra el Narcotráfico” que ha dejado 47 mil muertos y entre 10 y 15 mil desaparecidos en un plazo comprendido de 2006 a 2011, en cifras reportadas por Procuraduría General de la Republica (PGR) (Castillo & Camacho, 2012).

Este trabajo propone una visión del fenómeno de las drogas desde la construcción y reproducción del conocimiento, incidiendo en la interacción sujeto-droga a través del impacto en 5 esferas sociales que rodean a las drogas en el Modelo Occidental que

son la ilegalidad, la marginación, la estigmatización, la insalubridad y la desinformación.

El sustento de esta investigación es la teoría Socio-Histórico-Cultural de Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934) ya que sus trabajos se centran en el desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores, que se crean en la relación dialéctica del hombre con la sociedad y que son exclusivos de los seres humanos.

Esta teoría nos permite comparar dos formas distintas (el MO y el MT) de comprender la relación sujeto-droga, entender el proceso de construcción del conocimiento a través del lenguaje como instrumento de mediación (signos) y nos da las herramientas teóricas para poder intervenir en los signos y crear un cambio social.

## CAPITULO I

### **Drogas en México, Modelo Occidental o Moderno.**

En este capítulo se desarrolla el modelo actual predominante en México en relación a drogas, el Modelo Occidental o Moderno, a través de sus dos formas de reproducción que son el Ético-Jurídico y el Médico-Sanitario, traducidos en términos generales como delincuencia y enfermedad respectivamente. Para abordar este tema se hace un recorrido histórico de la prohibición de drogas en México, la explicación de cada una de las formas de reproducción y la manera particular en que cada uno concibe al individuo, la sustancia y la relación Sujeto-Droga dentro de la sociedad moderna.

#### **1.1 Historia**

Este es un tema que inicia en América con la llegada de los españoles en el siglo XVI, por un lado el español aventurero, pragmático y realista y por el otro el místico y mágico del indígena. Los conquistadores prohibieron e intentaron desaparecer las prácticas tradicionales incluyendo el uso de sustancias, por ejemplo, el caso de Perú con la hoja de coca, en México con los Huicholes y los Mazatecos (tema trabajado en el capítulo II) (Ramírez, 1977).

##### **1.1.1 Prohibición Religiosa de las Drogas**

En el caso de Perú, cuando los conquistadores llegaron, la hoja de coca se cultivaba y estaba estrechamente relacionada con las costumbres religiosas del lugar. Se ofrecían las hojas de coca a sus dioses, las masticaban durante las ceremonias religiosas y las ponían en la boca de los muertos para asegurarles buen recibimiento en el otro mundo. (García, 2002).

Los españoles prohibieron su consumo por ser pagano y pecaminoso, no creían en su efecto maravilloso, se le asociaba al diablo, principalmente por su uso en ceremonias religiosas (García, 2002).

En México los huicholes son una comunidad que a través del peyote se comunican con sus dioses, la conquista los expulsó de los Valles de Tepic y la costa, a las montañas del suroeste del país. Para ellos el maíz, el venado y el peyote son cosas sagradas y sus dioses son el sol y el fuego (Benítez, 1969).

En el caso de los Mazatecos, los españoles escribían que los indígenas comulgaban al comer hongos como lo hacen los españoles al comer la ostia, pero a diferencia de hacerlo con dios, los mazatecos lo hacían con el diablo (Benítez, 1964).

### **1.1.2 Prohibición de las Drogas Como Problema de Salud y Jurídico**

En 1821 con el comienzo del México independiente inicia la represión hacia las drogas, en el caso de la marihuana por ejemplo se deja el uso del cáñamo en la industria textil, pero permanece como uso medicinal entre los indígenas, sin embargo, también inicia su uso dentro de las diversiones populares (García, 2010).

En general el uso recreativo de las drogas estaba asociado a “los léperos”. Este era un sector social muy grande pero excluido de la vida social, económica y política, eran los pobres indignos, carentes de moral y de ambiciones, lejanos a las costumbres de la modernidad anhelada, los pobres indignos eran los desempleados. La visibilidad de esta mayoría de pobres, se dio en el siglo XVIII con el aumento de la pobreza y de mendigos en la ciudad de México que representaba una amenaza social para las autoridades (García, 2010).

El lépero es el hombre pobre de las ciudades, minas y obrajes en México en los siglos XVIII y XIX, el consumo de marihuana peyote y otras sustancias psicoactivas es más abierto en los léperos, este sector es la primera manifestación contracultural de la nueva España, pero siempre fue excluido, sus costumbres estaban alejadas de las normas de convivencia novohispanas, a las creencias religiosas de pureza, castidad y virginidad, de lealtad y obediencia a la autoridad (García, 2010).

El consumo de drogas se adjudica abiertamente a sectores provenientes de clases bajas: soldados, pepenadores, trabajadores, asociando el consumo a la pobreza y consecuentemente con la delincuencia. Se estableció una estigmatización moral y clasista para controlar a este amplio sector social y su vicio deja de tener connotaciones religiosas, para adquirir una nueva percepción como problema social a través del tabú de su consumo, se considera una mala costumbre en la naciente sociedad burguesa secular (Concheiro, 2010).

En 1841 se crea la “Política Sanitaria”, con el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, se promulga el ordenamiento “que en las boticas no se vendan drogas o medicinas rancias o adulteradas” una medida de control restrictiva

que autoriza el comercio de drogas en establecimientos autorizados (Concheiro, 2010).

En los años cuarentas el consumo de drogas es una cuestión de salud, su venta sin control presentó problemas de adulteración que ponían en peligro a los enfermos (García, 2010).

En 1850 inicia el periódico “Siglo XIX” uno de los medios impresos más importantes de ese momento el periodismo de nota roja, donde aparecieron muchas noticias urbanas referentes a la diabólica y criminal marihuana. El consumo se suscribe al mundo de los léperos, los carcelarios y soldados, y todas las clases peligrosas para la gente de bien, la burguesía decimonónica. La participación de la prensa en la representación social de los consumidores de droga fue demonizada completamente porque se le constriñe al ambiente de la cultura criminal (García, 2010).

En 1883 el Consejo Superior de Salud Pública inicia un “Proyecto de Reglamentación sobre el Expendio de Medicinas y Otras Sustancias de Uso Industrial en Boticas, Droguerías y Otros Establecimientos” donde señala que los medicamentos peligrosos no podrán venderse sino por prescripción médica o a petición del facultativo, así mismo se estipula que quienes se dedican a la recolección y venta de plantas y animales medicinales no podrán vender aquellos que sean venenosos o nocivos sino a los farmacéuticos, en esta clasificación se incluye la mariguana, las hojas de coca, las flores y jarabes de amapola, los frutos y semillas de la capsulas de adormidera, los jugos, extractos, jarabes y tinturas de opio (Astorga, 1996).

En el último tercio del siglo XIX el consumo de marihuana se asocia cada vez más con los ambientes carcelarios, militares y sectores pobres considerados peligros por ser los principales protagonistas de amotinamientos y revueltas políticas que ponían en riesgo la estabilidad social y la duración de los gobiernos y en la nota roja y novelas se describe este sórdido ambiente (Pérez, 1997).

En el caso de la farmacopea, vinos con coca y los cigarrillos de marihuana (para combatir el asma) formaban parte de los productos que se ofrecían normalmente. Las preocupaciones que surgen se refieren a las dosis a partir de las cuales el uso

de estas sustancias de farmacopea provocan intoxicaciones, así como a las adulteraciones realizadas por personas ajenas a la profesión farmacéutica. En otras palabras preocupan la medida justa, el control de calidad y los agentes sociales que pueden garantizar tales cosas legítimamente. El uso terapéutico no se pone en duda y los juicios morales existen pero no permean por completo a las drogas. Los farmacéuticos defienden su profesión y los intereses de su corporación (Astorga, 1996).

La lucha contra la pobreza capitalista creó varias instituciones de control social cárceles, hospicios de huérfanos, hospicios de pobres y mendigos, hospitales para enfermos mentales y madres solas. (Pérez, 1997).

En 1900 el sistema carcelario como institución controladora recicla constantemente los procesos de exclusión social y genera, al mismo tiempo, formas de resistencia cultural que convive con la corrupción y los beneficios que obtienen de ellas las autoridades penitenciarias (García, 2010).

Para 1917 se contempla la necesidad de legislar sobre las drogas por considerarlas un problema de salud por que “degenera la raza”, considerando la heroína, el opio, la cocaína y la marihuana sustancias de comercio ilegal y de un peligro social intrínseco (García, 2010).

El día 15 de enero de 1917 en el primer congreso constituyente el doctor J.M. Rodríguez menciona: “como la degeneración de la raza mexicana es un hecho demostrado también por los datos estadísticos, sacados principalmente de la ciudad de México, es indispensable que las disposiciones dictadas para corregir esta enfermedad de la raza proveniente principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por sustancias medicinales como la morfina, el éter, la cocaína, la marihuana, etc., sean dictadas con tal energía que contrarresten de una manera eficaz el abuso del comercio de estas sustancias tan nocivas para la salud.” (Concheiro, 2010). Esto da comienzo a la era de intolerancia de condena moralista y de represión hacia las drogas. Esta época trajo un vicio peor la sociedad mexicana, la corrupción de policías y las instituciones de justicia (García, 2010).

Antes de la prohibición del cultivo y comercio de marihuana y la adormidera, las noticias relacionadas con esas plantas se refieren principalmente a los usos sociales

de la mariguana, como ya vimos: entre los soldados, prisioneros, gente del bajo mundo, pero también de gente acomodada que asiste a fumaderos especiales decorados al estilo oriental. Cuando se habla de fumaderos de opio se les relaciona invariablemente con las minorías chinas (Astorga, 1996).

En 1920 Carranza continúa con la prohibición de drogas, alcohol y juegos de azar (García, 2010). En 1920 las autoridades sanitarias mexicanas simpatizando con las ideas de criminalización expuestas en las reuniones internacionales (Shanghai 1909, la Haya 1912) establecen la: “Disposiciones Sobre el Cultivo y Comercio de Productos que Degeneran la Raza” que prohíbe el cultivo y comercialización de mariguana, en el caso de la adormidera solo con permiso correspondiente, ésta se prohíbe en 1926 (Astorga, 1996).

En 1931 México sigue importando políticas prohibicionistas se afilia a la Convención Internacional de Ginebra para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de drogas estupefacientes (García, 2010).

En 1937 la Liga Femenil de Lucha contra la Toxicomanía envía un documento al Presidente de la Republica en el que demanda que la PGR sea la encargada de la persecución, aprehensión y consignación de los traficantes y Salubridad atienda solamente a los enfermos (Astorga, 1996). Este mismo año comienza la investigación del problema de tráfico de drogas con la creación del Comité Nacional Auxiliar del Departamento de Salud Pública, encargado de la investigación, estudio y resolución de los problemas que impliquen el tráfico y consumo ilícito de drogas enervantes (García, 2010).

En 1940 Lázaro Cárdenas publica el reglamento federal de toxicomanía donde se propone el suministro terapéutico de drogas a los adictos por parte del Departamento de Salud, nace el modelo abstencionista que continua hasta nuestros días (García, 2010).

En 1947 en el Gobierno de Miguel Alemán como parte del programa “Programa de Moralización y Defensa Social” las campañas generalmente a cargo de autoridades sanitarias serán dirigidas por la PGR con ello se abandona casi definitivamente la preocupación por la salud y se concentran las acciones en la destrucción de sembradíos y la persecución policiaca de los productores, traficantes y



consumidores, los decomisos, incineraciones y detenciones se convierten en la medida del éxito o el fracaso. Se busca la defensa de la salud pública, de la economía nacional y el prestigio internacional. Se contempla la utilización de aviones de la Fuerza Aérea para fumigar con productos químicos especiales los plantíos de adormidera (Astorga, 1996).

En los años sesenta los nombres, cantidades, lugares, enfrentamientos armados, asesinatos, designaciones y calificativos conforman el contenido noticioso básico en el tema de la drogas. Policías, juristas y periodistas siguen normando, recreando e imponiendo su propio esquema de percepción y apreciación. La palabra narcotraficante tenderá a integrar y sustituir la totalidad de la gran variedad de significantes anteriores para referirse a los diversos agentes sociales relacionados con el cultivo, procesamiento, consumo y tráfico de fármacos prohibidos (Astorga, 1996).

En 1977 inició oficialmente la mas gigantesca batida contra el tráfico de drogas que se hubiera realizado en México, con la participación de 10,000 soldados, la medida se llamó "Operación Cóndor" al mando de ella se encontraban el general José Hernández Toledo por parte del ejercito y Carlos Aguilar Garza por la PGR. El militar veterano de la masacre de estudiantes en Tlatelolco en 1968 y pronosticó el fin del narcotráfico (Astorga, 1996).

Para los años 80 y 90 la situación general no es distinta, pero a diferencia de la década de los 2000 en lo académico no existía un conocimiento mínimo acumulado capaz de explicar el fenómeno en términos históricos y coyunturales y de proponer una o varias visiones diferentes (Astorga, 1996).

### **1.1.3 Contexto Actual**

En el 2006 con la llegada de Felipe Calderón a la Presidencia se crea una política de ataque frontal contra el narcotráfico que inicia en Michoacán el 11 de diciembre. El Combate al narcotráfico está a cargo de la Procuraduría General de la Republica (PGR) y sus acciones y estrategias se justifican por considerar al narcotráfico como un problema de salud que afecta la seguridad nacional. La intervención se hace tanto a la oferta como a la demanda, en el primer caso se intenta erradicar cultivos ilícitos, intercepción de estupefacientes y el combate al crimen organizado. Esta

lucha incluye a la Secretaria de Marina (SEMAR) y la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA) (Procuraduría General de la República, 2011).

En la lucha contra el narcotráfico SEDENA y SEMAR duplicaron su presupuesto, en el 2006 la Cámara de diputados asignó al Ejército y Fuerza Aérea 26 mil millones de pesos y en 2011, 50 mil millones. En el caso de la SEMAR pasó de 8 mil millones en 2006 a 18 mil millones en 2011 (Aranda, 2011).

En el 2007 se publica la primera cifra oficial de los costos humanos ocasionados por el combate a las drogas, se registran 2,837 asesinatos. En el 2012 la PGR señala que en la guerra contra el narcotráfico durante el sexenio de Calderón han ocurrido 47,000 asesinatos, cifra que no contempla el aproximado de 10,000 a 15,000 desaparecidos (Castillo & Camacho, 2012).

El entorno de violencia e inseguridad causado por la estrategia de combate al narcotráfico desencadenó distintos movimientos sociales, protestas y manifestaciones en desacuerdo. Las notas periodísticas sobre el tema son puntualmente, la violencia y las protestas de la sociedad civil.

Algunas notas periodísticas en el tema de la violencia:

-En Junio 2007 en Nuevo Laredo, Tamaulipas, un hombre murió de un impacto de bala, cuando viajaba con otra persona a bordo de una camioneta, que no respetó el alto obligatorio en un retén militar (Alegre, 2007).

-En octubre 2007, dos jóvenes de 19 y 16 años aparecen decapitados en el D.F. ninguno con antecedentes penales o relación con actividades ilícitas (Cruz, 2011).

-En abril de 2010 en Nuevo Laredo, Tamaulipas elementos del Ejército mexicano dispararon y arrojaron granadas de fragmentación contra camioneta donde viajaban dos familias rumbo a la playa de Matamoros después de pasar un reten militar, el saldo fue de dos niños muertos y dos adultos heridos (Figuroa, 2010).

-En abril de 2011, encuentran 61 cadáveres en narcofosas en San Fernando, Tamaulipas (Redacción La Jornada, 2011).

-En febrero 2012 la Armada de México descubre 15 cuerpos en fosas clandestinas en Acayucan, Veracruz (Aranda, 2012).

En el caso de protestas de la sociedad civil:

-En febrero de 2009 En Monterrey, Veracruz, Tamaulipas y Nuevo León con bloqueos de vialidades se demanda el retiro de las fuerzas armadas, por los abusos cometidos en el curso de los *operativos* militares emprendidos por el gobierno federal (Editorial La Jornada, 2009).

-En enero de 2011, caricaturista Eduardo del Rio (Rius) inicia la campaña “No Mas Sangre” como protesta contra la violencia que se vive producto de la estrategia contra el narcotráfico (Mateos-Vega, 2011).

-En enero de 2011, en Guadalajara se manifiestan ciudadanos frente al palacio de gobierno por el asesinato de activistas por la paz y los derechos humanos, la consigna es “No Más Sangre” (Vivar, 2011).

-En mayo de 2011, cerca de 10 mil marchistas salieron de la explanada de Rectoría de la UNAM hacia el Zócalo en unas cuantas horas se convirtieron en decenas de miles en contra de las políticas del Gobierno Federal (Pérez & Ballinas, 2011).

-En junio de 2012, en la Universidad de Stanford donde el Presidente Calderón se encontraba dando un discurso a 4,000 graduados, una avioneta arrastraba la manta con la frase “40,000 dead. How many more” (Herrera, 2011).

Las distintas manifestaciones de la sociedad se concretizan con el “*Movimiento por la Paz con Justicia y Dignidad*” iniciado por el poeta Javier Sicilia que tras el asesinato de su hijo Juan Francisco Sicilia Ortega en marzo de 2011 toma un papel socialmente activo y se convierte en una figura emblemática de la infinidad de víctimas causadas por la guerra del Gobierno Federal, su caravana recorre distintos estados de la república exigiendo a las autoridades un enfoque distinto de seguridad nacional (Lizárraga, 2012).

En el sexenio 2006-2012 con el incremento de la violencia y la inseguridad además de los movimientos de la sociedad civil inicia la participación del sector académico, fenómeno que no se había presentado de manera concreta en la larga historia de prohibición en México.

En septiembre de 2011 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) presenta la propuesta “*Elementos para la Construcción de una Política de Estado*”

*para la Seguridad y la Justicia en Democracia*” resultado del foro realizado en junio del mismo año sobre Seguridad y Justicia en Democracia. Esta propuesta de 36 puntos que no fue tomada en cuenta por el Gobierno Federal plantea celebrar un pacto político y social que impulse el cambio en la estrategia de seguridad, entre sus puntos elaborar un plan para regresar a las fuerzas armadas a sus funciones naturales y generar políticas de apoyo a la juventud. Este documento es una alternativa para el problema que vive el país de inseguridad, violencia y criminalidad (Olivares, 2011).

En abril del 2012 la UNAM realiza el “Foro Internacional sobre Políticas de Regulación del Consumo de Drogas” que tiene como objetivo discutir en forma amplia e incluyente la política pública referente a las drogas, para evaluar el impacto y consecuencias de los distintos tipos de políticas públicas, que se podrían adoptar, en relación al consumo de drogas, tomando en consideración, el conocimiento científico de vanguardia sobre la materia, las experiencias de los distintos países que han tomado enfoques regulatorios diversos al vigente en México, ase como sus repercusiones sociales, económicas y en materia de salud pública (Romero, Arce, López & Frías, 2012).

## **1.2 Modelo Occidental en Materia de Drogas**

En México la prevención, el tratamiento y la readaptación en materia de drogas se hace a partir de dos grandes modelos que son el Ético-Jurídico y el Médico-Sanitario. El primero clasifica las características del desviado y los castigos que le sobrevienen, por otro lado, el modelo Medico-Sanitario da las características toxicológicas de lo que ocurre a partir de la ingesta de drogas. (Bulacio & Calebrese, 1988).

### **1.2.1 Ético-Jurídico**

El enfoque jurídico distingue entre drogas inocuas y drogas peligrosas. Este criterio parte de la base que la droga es el agente activo y el individuo, la víctima no informada que hay que proteger, la sanción constituye el elemento principal de este enfoque de análisis: represión de cultivo, elaboración, fabricación, distribución, venta, posesión de la sustancia e incluso la posesión de instrumentos para su uso (Díaz, 1994).

El enfoque ético-jurídico considera que las principales formas de disuasión son:

- Control de las drogas disponibles
- Aumento de su costo por prohibición
- Castigo o la amenaza de castigo
- Divulgación de los grandes daños físicos, psicológicos y sociales.

El enfoque hace en términos generales la distinción entre drogas ilícitas y lícitas sin tener en cuenta el tipo de droga y la utilización una vez que se rebasa la cantidad considerada de uso personal, es en esencia un enfoque represivo (Díaz, 1994).

### **1.2.1.1 Código Penal Federal y Ley General de Salud**

Este modelo se rige a partir de dos documentos, uno de ellos es el Código Penal Federal, donde se definen los delitos, al sujeto que los comete, las penas y sanciones, la aplicación de sentencias, la rehabilitación y la libertad.

Los artículos relacionados con drogas en el Código Penal Federal se encuentran en el Libro Segundo, Título Séptimo “Delitos Contra la Salud”, Capítulo I “De la Producción, Tenencia, Tráfico, Proselitismo y otros Actos en Materia de Narcóticos” y abarca los siguientes artículos: 193, 194, 195, 195bis, 196, 197, 198 y 199.

El segundo documento es la Ley General de Salud, que contiene los lineamientos que se deben seguir para un adecuado funcionamiento y regulación de las actividades relacionadas con la salud, para nuestro tema es importante porque señala las sustancias prohibidas en el territorio nacional.

La ley general de salud tiene como objetivo principal definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud (Díaz, 1994).

- Establecer las bases jurídicas para hacer efectivo este derecho
- Definir la participación de los sectores público, social y privado
- Establecer las bases de operación del sistema nacional de salud.

Poco se habla de construir una política antidroga que considere el problema como un hecho social (Díaz, 1994).

En esta ley revisaremos el Título decimo segundo, el “Control Sanitario de Productos y Servicios de su Importación y Exportación”, sobre este título nos interesa el Capítulo V “Estupefacientes”, el Artículo 237, el Capítulo VI “Sustancias Psicotrópicas” Artículos 245 (Fracciones I, II, III), 247 y 248, del Título decimo octavo “Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos” Capítulo VII “Delitos Contra la Salud en su Modalidad de Narcomenudeo” Artículo 479.

La importancia de revisar el Código Penal Federal y Ley General de Salud es el conocer los dos principales documentos que reproducen en modelo prohibicionista y de delincuencia en relación a las drogas, estos documentos se complementan en la relación: individuo-drogas-delincuencia.

#### ***1.2.1.2 Artículo 193. Código Penal Federal (definición de narcótico, conductas punibles).***

En el artículo 193 del código penal federal se estipula que: “Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la ley general de salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia”. (Código Penal Federal, 2011: 67)

“Son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública” (Código Penal Federal, 2011: 67). Estos artículos se encuentran en Título decimo segundo, Control Sanitario de Productos y Servicios de su Importación y Exportación.

Las sustancias mencionadas en el Artículo 237 de la Ley General de Salud son: opio preparado, para fumar, diacetilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera, papaver bacteatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones (Ley General de Salud, 2011).

En el Artículo 245 en las Fracciones I, II, III, encontramos:

I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública, y son:

Tabla 1.

Denominación Común Internacional	Otras Denominaciones Comunes o Vulgares	Denominación Química
CATINONA	NO TIENE	(-)- $\alpha$ - aminopropiofenona.
NO TIENE	DET	n,n-dietiltriptamina
NO TIENE	DMA	dl-2,5-dimetoxi- $\alpha$ -metilfeniletilamina.
NO TIENE	DMHP	3-(1,2-dimetilhetil)-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimetil-6H dibenzo (b,d) pirano.
NO TIENE	DMT	n,n-dimetiltriptamina.
BROLAMFETAMINA	DOB	2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina.
NO TIENE	DOET	-2,5-dimetoxi-4-etil- $\alpha$ -metilfeniletilamina.
(+)-LISERGIDA	LSD, LSD-25	(+)-n,n-dietilisergamida-(dietilamida del ácido d-lisérgico).
NO TIENE	MDA	3,4-metilenodioxianfetamina
TENANFETAMINA	MDMA	dl-3,4-metilendioxi-n,-dimetilfeniletilamina.
NO TIENE	MESCALINA (PEYOTE; LOPHOPHORA WILLIAMS II ANHALONIUM WILLIAMS II; ANHALONIUM LEWIN II.	3,4,5-trimetoxifenetilamina.
NO TIENE	MMDA	dl-5-metoxi-3,4-metilendioxi- $\alpha$ -metilfeniletilamina
NO TIENE	PARAHEXILO	3-hexil-1-hidroxi-7,8,9,10-tetrahydro-6,6,9-trimetil-6h-dibenzo [b,d] pirano
ETICICLIDINA	PCE	n-etil-1-fenilciclohexilamina
ROLICICLIDINA	PHP, PCPY	1-(1-fenilciclohexil) pirrolidina
NO TIENE	PMA	4-metoxi- $\alpha$ -metilfenile-tilamina
NO TIENE	PSILOCINA, PSILOTSINA	3-(2-dimetilaminoetil)-4-hidroxi-indol.
PSILOCIBINA	PSILOCIBINA HONGOS ALUCINANTES DE CUALQUIER VARIEDAD BOTANICA, EN ESPECIAL LAS ESPECIES PSILOCYBE MEXICANA, STOPHARIA CUBENSIS Y CONOCYBE, Y SUS PRINCIPIOS ACTIVOS.	fosfato dihidrogenado de 3-(2-dimetilaminoetil)-indol-4-ilo.
NO TIENE	STP, DOM	2-amino-1-(2,5 dimetoxi-4-metil) fenilpropano
TENOCICLIDINA	TCP	1-[1-(2-tienil) ciclohexil]-piperidina

NO TIENE	THC	Tetrahidrocannabinol, los siguientes isómeros: Δ6a (10a), Δ6a (7), Δ7, Δ8, Δ9, Δ10, Δ9 (11) y sus variantes estereoquímicas
NO TIENE	TMA	dl-3,4,5-trimetoxi—metilfeniletilamina
PIPERONAL O HELIOTROPINA		
ISASOFROL		
SAFROL		
CIANURO DEBENCIOLO		

Además de lo señalado en el cuadro anterior, también, cualquier otro producto, derivado o preparado que contenga las sustancias señaladas en la relación anterior y cuando expresamente lo determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General, sus precursores químicos y en general los de naturaleza análoga. (Ley General de Salud, 2011: 124-126)

II.- Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública, y que son:

Tabla 2.

AMOBARBITAL	ANFETAMINA	BUTORFANOL	CICLOBARBITAL
DEXTROANFETAMINA (DEXANFETAMINA)	FENETILINA	FENCICLIDINA	HEPTABARBITAL
MECLOCUALONA	METACUALONA	METANFETAMINA	NALBUFINA
PENTOBARBITAL	SECOBARBITAL		

Y sus sales, precursores y derivados químicos (Ley General de Salud, 2011: 126)

III.- Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública, y que son (Benzodiazepinas):

Tabla 3.

ACIDO BARBITURICO (2, 4, 6 TRIHIDROXIPIRAMIDINA)	ALPRAZOLAM	AMOXAPINA	BROMAZEPAM	BROTIZOLAM
CAMAZEPAM	CLOBAZAM	CLONAZEPAM	CLORACEPTATO DIPOTASICO	CLORDIAZEPOXIDO
CLOTIAZEPAM	CLOXAZOLAM	CLOZAPINA	DELORAZEPAM	DIAZEPAM
EFEDRINA	ERGOMETRINA (ERGONOVINA)	ERGOTAMINA	ESTAZOLAM	1- FENIL -2-PROPANONA



FENILPROPANOLAMINA	FLUDIAZEPAM	FLUNITRAZEPAM	FLURAZEPAM	HALAZEPAM
HALOXAZOLAM	KETAZOLAM	LOFLACEPATO DE ETILO	LOPRAZOLAM	LORAZEPAM
LORMETAZEPAM	METAZEPAM	NIMETAZEPAM	NITRAZEPAM	NORDAZEPAM
OXAZEPAM	OXAZOLAM	PEMOLINA	PIMOZIDE	PINAZEPAM
PRAZEPAM	PSEUDOEFEDRINA	QUAZEPAM	RISPERIDONA	TEMAZEPAM
TETRAZEPAM	TRIAZOLAM	ZIPEPROL	ZOPICLONA	

Y sus sales, precursores y derivados químicos (Ley General de Salud, 2011: 126)

Otros:

Tabla 4.

ANFEPRAMONA (DIETILPROPIÓN)	CARISOPRODOL	CLOBENZOREX (CLOROFENTERMINA)	ETCLORVINOL
FENDIMETRAZINA	FENPROPOREX	FENTERMINA	GLUTETIMIDA
HIDRATO DE CLORAL	KETAMINA	MEFENOREX	MEPROBAMATO
TRIHEXIFENIDILO			

El Artículo 248 de la ley general de salud enfatiza la prohibición de las sustancias mencionadas en la fracción I del Artículo 245 (ya expuesto) y los actos mencionados en el artículo 247 de esta misma ley, la cual indica que:

“La siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias psicotrópicas o cualquier producto que los contenga”. Y sus sales, precursores y derivados químicos (Ley General de Salud, 2011: 130)

### **1.2.1.3 Artículo 194. Código Penal Federal (delito-narcótico).**

La importancia de este artículo radica en conocer las conductas específicas que son acreedoras a sanciones, en todos los casos de este artículo cuando se habla de narcóticos o sustancia se refiere a los expuestos anteriormente en el Artículo 193 de este código.

El artículo 194 del Código Penal Federal se menciona que e impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I. Produzca (Manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico), transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba algún narcótico sin la autorización correspondiente (por suministro se entiende, la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos).

II. Introduzca o extraiga del país alguno narcótico, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos contra la salud.

IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualquiera sustancia.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo. (Código Penal Federal, 2011: 68)

#### ***1.2.1.4 Artículo 195. Código Penal Federal (pena por posesión de narcóticos).***

En este artículo se dan a conocer las penas por posesión de narcóticos las cuales van de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas (Código Penal Federal, 2011).

El Artículo 479 de la ley general de salud menciona que: “se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en el listado siguiente” (Ley General de Salud, 2011: 148):

Tabla 5.

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg	
	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
MDA, Metilendioxfanfetamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-ndimetilfeniletamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

**1.2.1.5 Artículo 195bis. Código Penal Federal (exentos de pena por posesión de narcóticos).**

La importancia de este artículo es la tolerancia y respeto a su cultura de los pueblos indígenas. El ministerio público federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias. (Código Penal Federal, 2011: 69-70).

**1.2.1.6 Artículo 196 (aumento de penas de conductas mencionadas en el artículo 194).**

Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca, y se le inhabilitara hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso.

II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos.

IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan.

V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta.

VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella.

VII. Se trate del propietario, poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurara en definitiva el establecimiento. (Código Penal Federal, 2011: 70-71).

**1.2.1.7 Artículo 197. Código Penal Federal (administración y suministro de narcóticos).**

En este artículo se dan a conocer las penas a los que: “sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuere la cantidad administrada. Las penas se aumentaran hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente”.

“Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentaran hasta en una mitad” (Código Penal Federal, 2011: 71-72).

**1.2.1.8 Artículo 198 Código Penal Federal (penalización de la producción).**

En este artículo se dan a conocer las penas a las personas que dedicándose al campo o que cuenten con un predio y ahí se realice lo siguiente: “siembre, cultive o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares” (Código Penal Federal, 2011: 72). En el caso de personas con extrema necesidad económica la pena es de uno a seis años de prisión, cuando no exista esto será de dos a ocho años de prisión.

“Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitara de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en situación de retiro, de reserva o en

activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca y se le inhabilitara de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos” (Código Penal Federal, 2011: 72).

#### ***1.2.1.9 Artículo 199 Código Penal Federal (sobre farmacodependientes).***

Este artículo aplica cuando el sujeto exceda la posesión de algún narcótico mencionado en el art 195 y no esté contemplado en el artículo 195bis (revisados anteriormente), en este caso se le denomina “farmacodependiente” y el ministerio público o la autoridad judicial debe informar a las autoridades sanitarias para iniciar el tratamiento médico para su rehabilitación correspondiente, esto sucede bajo vigilancia de la autoridad ejecutora. (Código Penal Federal, 2011).

En este artículo también se menciona que en todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente. (Código Penal Federal, 2011).

### **1.3 Drogas, Medico-Sanitario**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece las normas sanitarias que México debe cumplir. En nuestro tema es importante lo establecido por la OMS en materia de Drogas principalmente por las definiciones que nos introducen al tema desde esta visión.

En este modelo o enfoque relativo a la sanidad pública, las drogas, las personas y el contexto se transforman en agente, huésped y contexto, de acuerdo al modelo de las enfermedades infecciosas (Nowlis, 1982).

Para el modelo Medico-Sanitario los que consumen drogas son enfermos que deben ser curados. Se trata de un problema médico, al individuo o huésped se le considera como vulnerable o no vulnerable, como infectado o infeccioso (Díaz, 1994)

El modelo Medico-Sanitario se reproduce en México por la Secretaría de Salud (SSA) como la principal institución del Sector Salud y cuenta con una dependencia encargada en materia de Drogas, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

### **1.3.1 Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (Organización Mundial de la Salud).

### **1.3.2 Secretaria de Salud**

La misión de la secretaria de Salud es: “Contribuir a un desarrollo humano justo incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana”. (Secretaria de Salud)

### **1.3.3 Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)**

La Ley General de Salud establece que el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es la unidad federal responsable de elaborar y evaluar los Programas Nacionales contra la Farmacodependencia, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, y el Tabaquismo, "a través de los cuales promueve, fomenta y apoya las acciones de los sectores público, social y privado tendentes a la prevención y atención integral de las adicciones y problemas de salud pública asociados". A partir de su creación, el CONADIC comienza a establecer acuerdos de coordinación con las entidades federativas y se inicia el establecimiento de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones CECA y COMCA respectivamente (Secretaria de Salud).

La misión del CONADIC es: “Promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional, en materias de

investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social” (Comisión Nacional Contra las Adicciones).

#### **1.3.4 Droga**

Para la OMS el termino Droga (o fármaco) es el nombre genérico que designa cualquier sustancia que al introducirse en un organismo vivo, produce alteraciones en su estructura o funcionamientos normales (cambios físicos y/o mentales) (Massun, 1991).

#### **1.3.5 Droga de Abuso**

Para la OMS una droga de abuso es cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral, a partir de esta de función se pueden considerar legales (alcohol o tabaco) o ilegales (hashis, heroína, Cocaína o drogas de síntesis) (Becoña & Vázquez, 2001).

#### **1.3.6 Uso de Drogas**

Consumo esporádico, solo circunstancial de una sustancia, con la intención de probarla o utilizarla en ocasiones particulares (Cuatrochi, 2007).

#### **1.3.7 Abuso de Drogas**

Uso frecuente de una droga, principalmente motivado por la sensación de bienestar que el consumidor obtiene (Cuatrochi, 2007).

El abuso es un uso reincidente, que expone al consumidor al hábito de la droga y en peligro de farmacodependencia (Massun, 1991).

#### **1.3.8 Habito/Habituación**

La OMS señala que el hábito es un deseo pero no compulsión de seguir tomando la droga a causa de la sensación de bienestar que produce. Existe una tendencia escasa o nula por aumentar la dosis. Se puede presentar una cierta dependencia



psíquica, pero no se presenta dependencia física ni síndrome de abstinencia. Los efectos perjudiciales, en caso de que existan, se refieren ante todo al individuo (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.9 Drogodependencia/ Toxicomanía/Farmacodependencia/ Adicción**

La OMS definió el concepto de drogodependencia en 1982 como un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. Actualmente no se habla técnicamente de drogodependencia sino de dependencia a sustancias psicoactivas (Becoña y Vázquez, 2001).

Actualmente la OMS define toxicomanía o adicción como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que se caracteriza por el consumo repetido de una droga se caracteriza por: compulsión, tolerancia y dependencia, conceptos que analizaremos más adelante (Martínez y Rubio, 2002).

La farmacodependencia es el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas, quedando el consumidor atrapado por la sustancia. Es un impulso irreprimible de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos o simplemente el malestar que le produce en ausencia de determinada sustancia (Taylor, 1970).

En el DSM IV se habla de dependencia con todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Becoña y Vázquez, 2001).

### **1.3.10 Intoxicación**

Estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, estado

afectivo, comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas (Becoña & Vázquez, 2001).

### **1.3.11 Farmacodependiente/Adicto**

El sujeto requiere indispensablemente de una droga para lograr un determinado rendimiento psíquico (Massun, 1991).

La palabra adicto remite a la antigua Roma, cuando un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como “adicto”, es decir, “esclavo” de este modo salía de su condición de deudor, entregando su libertad como pago. Igual destino de esclavitud tiene quien recurre a la droga, que etimológicamente significa mentira, embuste, cosa de mala calidad, pues mediante la automedicación de sustancias tóxicas, en la ilusión de superar debilidades o flaquezas, en lugar de liberarse o independizarse se vuelve drogodependiente o farmacodependiente (Kalina, 2000).

### **1.3.12 Dependencia**

En 1963, la OMS decidió abandonar los términos adicción y habituación, para reemplazarlos por dependencia, entendida como:

Un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. La tolerancia (una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia) puede o no estar presente en la dependencia; una persona puede ser dependiente a varias drogas.

En 1992 se pensó que era necesario aclarar más el término y fue modificado por: "un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la

dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan".

Las sensaciones provocadas por la droga pueden ser tan necesarias para el cuerpo y la mente, que su ausencia se vuelve intolerable (síndrome de abstinencia o supresión) y lleva a algunos usuarios a extremos para conseguirlas. Los conocimientos científicos no nos permiten predecir quién se volverá adicto y quién no (Secretaría de Salud).

### **1.3.13 Dependencia Física**

Debido a la constante administración de la droga se operan en el organismo cambios metabólicos, la droga altera la química del cuerpo y este desarrolla una dependencia celular. La falta de droga desencadena efectos físicos (nausea, vomito o convulsiones) que se calman con la administración de la droga. En el caso de drogas duras (que definiremos más adelante) si no se aplica un tratamiento médico adecuado, la falta de droga puede provocar incluso la muerte (Massun, 1991).

### **1.3.14 Dependencia Psicológica**

Es la sensación de incomodidad por deseo compulsivo, irresistible por sentir sus efectos, generalmente gratificantes de una sustancia o evitar el malestar que produce no tomarla (Martínez y Rubio, 2002). El individuo llega a sentirse incapaz de vivir sin la droga, aunque su cuerpo no la requiera (Massun, 1991).

### **1.3.15 Síndrome de Abstinencia**

Es la reacción del cuerpo acostumbrado a la droga ante su falta. Se manifiesta por un intenso malestar físico y puede provocar la muerte si el enfermo no recibe a tiempo la atención médica adecuada, principalmente sucede con opiáceos, barbitúricos, alcohol o heroína. (Massun, 1991).

Puede hablarse de síndromes de abstinencia específicos o inespecíficos, los primeros son aquellos que definen típicamente la droga a la que se depende, por ejemplo opiáceos o alcohol, los segundos no permiten discriminar la droga de la que

se ha estado abusando como ejemplo la nicotina, el café o la cocaína (Martínez y Rubio, 2002).

### **1.3.16 Tolerancia**

Es la resistencia desarrollada por el organismo a los efectos de una droga. A medida que el cuerpo se va acostumbrando a la droga, para alcanzar los mismos efectos se necesitan dosis cada vez más grandes (Massun, 1991).

La tolerancia varía según las drogas, el individuo y la dosis administrada. Podemos distinguir dos tipos de tolerancia, la cruzada, es el fenómeno por el que el consumo de una droga, origina la tolerancia, no solo de esa droga, sino a otras del mismo o de diferente grupo farmacológico. La tolerancia inversa consiste en obtener la mismos efectos con dosis inferiores, el organismo no se adapta a la sustancia razón por la que sufre mayores efectos aun bajando la dosis, el principal ejemplo lo encontramos en el alcoholismo (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.17 Politoxicomanía**

Consumo de diferentes tipos de sustancias al mismo tiempo. La mezcla de drogas dificulta la posibilidad de prever las reacciones del organismo (Massun, 1991).

Otros Términos que Recomienda Utilizar la OMS

- 1) Uso ilegal, cuando la droga no está aprobada por la sociedad.
- 2) Uso peligroso, cuando entraña daños o disfunciones en el individuo
- 3) El uso disfuncional, conlleva un deterioro psicosocial del sujeto
- 4) Uso perjudicial, cuando la droga produce consecuencias médicas o psiquiátricas (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.18 Clasificación de las drogas**

La Primera clasificación clínica de las drogas fue formulada por Lewin en 1924, distinguía 5 grupos (Martínez & Rubio, 2002):

- 1) Euphorica. Calmantes de la actividad psíquica. Opio, morfina, heroína, coca, cocaína, etc. Producen el sujeto un estado de bienestar físico y psíquico.

- 2) Phantastica. Alucinógenos, mescalina, cannabis, etc. Son las que deforman las sensaciones.
- 3) Inebriantia. Sustancias embriagantes, éter, cloroformo, alcohol, etc. Tras una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión de dicha excitabilidad.
- 4) Hypnotica, introductores del sueño: barbitúricos, bromuro, cloral.
- 5) Excitantia. Estimulantes psíquicos, cafeína, nuez de cola, cacao, té, tabaco, arsénico, procuran un estado de estimulación cerebral subjetiva.

Llama la atención que situara la cocaína entre los euforizantes al igual que el opio, ya que al ser estimulante deberían estar en el grupo de los excitantes. A pesar de esto fue la primera clasificación y constituyó el punto de partida para muchos autores. (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.19 Clasificación de Drogas OMS**

La Organización Mundial de la Salud, clasifica las drogas en 9 rubros:

- 1) Tipo de Alcohol: bebidas alcohólicas de cualquier clase.
- 2) Tipo de anfetamina: anfetamina, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
- 3) Tipo de Barbitúrico: barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de coral, el clordiacepóxido, el diacepan, el meprobamato y la metacualona.
- 4) Tipo de Cannabis: preparación del cannabis sativa como marihuana, ganja y hachís.
- 5) Tipo de Cocaína: cocaína y hojas de coca.
- 6) Tipo de Alucinógenos: dimetilriptamina (DMT), lisérgica (LSD), mescalina, peyote, psilocibina y estramonio.
- 7) Tipo de Khat: preparaciones de Catha Edulis Forsk (Arbusto de Arabia y Etiopia, masticado produce una agradable excitación que permite combatir la fatiga, el sueño y el hambre).
- 8) Tipo de opiáceos: opio, morfina, heroína, codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.

- 9) Tipo de Solventes Volátiles (producto de inhalación): tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos analgésicos como el éter, cloroformo y el óxido nítrico (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.20 Drogas Psicotrópicas**

Los tres grupos de drogas Psicotrópicas son:

- 1) *Psicodélicos* (depresores del SNC), alcohol, sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los narcóticos (opio, morfina, heroína y codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (que también se pueden considerar alucinógenas).
- 2) *Psicoanalepticos o psicotónicos* (estimulantes del SNC), como son anfetaminas, cocaína, tabaco y cafeína.
- 3) *Psicodislépticos* (perturbadores del SNC) que incluye alucinógenos (LSD, Mezcalina, Psilocibina), cannabis (marihuana), esta última es ambivalente, estimulante y tranquilizante pero puede provocar también distorsión sensorial y en casos raros alucinaciones (Massun, 1991).

### **1.3.21 Naturales/Sintéticas**

Algunas son naturales como el cannabis y sus preparados, marihuana y hachis, la coca que tiene como componente activo la cocaína, el opio y su componente activo la morfina y codeína.

Las sintéticas necesitan elaboración química como el LSD, anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes (Massun, 1991).

### **1.3.22 Duras/Blandas**

En esta clasificación las drogas se agrupan según su potencial farmacológico, basado en la peligrosidad en producir dependencia. Las drogas duras se caracterizan por un síndrome de abstinencia violento y alto grado de tolerancia. Según la OMS, las duras son en primer lugar heroína y morfina (opiáceos), barbitúricos y alcohol, seguido de cocaína y anfetaminas. Las drogas blandas son

las que normalmente no causan dependencia física, el consumidor puede dejar de tomarla sin sufrir graves trastornos corporales (Massun, 1991).

### **1.3.23 Vías de Administración**

Las vías más frecuentes suelen ser oral, fumada, inhalada e inyectada, la importancia de conocer la vía de administración radica en poder entender la rapidez con la que se instauran los efectos físicos y psicológicos. (Martínez y Rubio, 2002).

### **1.3.24 Vía Oral**

La vía oral es utilizada en líquidos como alcohol, la metadona, infusiones realizadas con café, té, hojas de coca o cannabis, así como para sólidos como los comprimidos o los hongos. Los efectos tardan en aparecer ya que la sustancia ha de pasar, antes de llegar al SNC, por la barrera intestinal y el filtro hepático. (Martínez y Rubio, 2002).

### **1.3.25 Vía Fumada**

Es utilizada para el tabaco, el cannabis y en ocasiones cocaína y heroína, los efectos se producen con gran rapidez ya que la droga pasa rápidamente al territorio arterial (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.26 Vía Esnifada**

Se utiliza la mucosa nasal para la absorción de la sustancia, suele utilizarse preferentemente para la cocaína (Martínez & Rubio, 2002).

### **1.3.27 Vía Inyectada**

Puede ser subcutánea, intramuscular o intravenosa, la más frecuente es la intravenosa particularmente en los casos de administración de cocaína y heroína (Martínez y Rubio, 2002).

## **1.4 Las Drogas y sus Efectos**

### **1.4.1 Alucinógenos**

Son sustancias que pueden generar depresión o estimulación del sistema nervioso central, modificando la percepción de las emociones, el tiempo y el espacio, así como los sonidos, formas y colores.

Los alucinógenos pueden ser naturales o químicos, en relación a los naturales en México contamos con tres, el peyote (cactus) y su principio activo es la mezcalina, la Psilocybe que pertenecen a este género los hongos sagrados, denominados carne de dios, sus principios activos son la psilocina y la psilocibina, y el Ololiuqui (palabra azteca, que significa casa redonda) que son semillas de una enredadera conocida como rivea.

En los productos químicos alucinógenos se destacan dos, el LSD y el PCP. El LSD (Dietilamina del ácido lisérgico) proviene de un hongo (Cornezuelo) que crece en varios cereales. Es una de las drogas más potentes en cuanto a las alucinaciones que provoca, y dosis pequeñas pueden producir efectos que permanecen entre 10 y 12 horas. Puede tener diferentes presentaciones: pequeñas tabletas de colores, grageas gelatinosas, papeles impresos con tinta sumergidos en la sustancia.

El PCP (Feneciclidina o polvo de ángel) es una sustancia veterinaria usada como anestésico y analgésico, provoca desorientación, agitación, excitación excesiva, delirio y alucinaciones. Puede ser inyectada por vía intravenosa, fumada, ingerida en forma de cápsulas o tabletas y diluida en refrescos o bebidas alcohólicas (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### ***1.4.1.1 Efectos Inmediatos del Consumo***

Las reacciones percibidas al consumirlos difieren no sólo de acuerdo a la sustancia y dosis consumida, sino según el estado emocional, la condición física del consumidor y, sobre todo, al ambiente o circunstancia en donde se encuentra. Esto hace que se puedan tener reacciones opuestas a las esperadas o ambivalentes: estados de relajación y de ansiedad o tensión; felicidad y de tristeza. Algunos consumidores pueden padecer reacciones de pánico intenso o conducirse como psicóticos, mientras que otros pueden percibir que amplía su capacidad de



conocerse a sí mismos o de creatividad. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.1.2 Consecuencias del Consumo Reiterado**

Desarrollo de tolerancia, modificación y deterioro de la motivación, trastornos mentales que pueden llegar a reacciones psicóticas, Flashback (presentar los efectos días, semanas o años después), dependencia física y psicológica (PCP y éxtasis) (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.2 Alcohol**

Este depresor del sistema nervioso central es la droga legal de más alto consumo y que cuenta con un mayor número de adictos, debido a que goza de gran aceptación social y su consumo se encuentra muy arraigado en nuestra cultura. Pueden obtenerse mediante la fermentación de jugos vegetales, de frutas o granos, como en el caso del pulque, la cerveza o el vino; o por destilación, al eliminar el agua y obtener un líquido de mayor contenido alcohólico, como en el caso del tequila, el vodka y el ron (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

##### **1.4.2.1 Efectos Inmediatos del Consumo**

Los efectos se presentan en una secuencia de cinco etapas, siempre que el individuo continúe bebiendo y de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida ingerida, así como el volumen de alimentos que se encuentran en el estómago, el sexo y el peso corporal de la persona y las circunstancias en que se bebe (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008):

Primera: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. Debido a que el alcohol primero deprime los centros nerviosos que controlan la inhibición de los impulsos, por lo que la conducta se libera, el individuo parece excitado.

Segunda: la conducta es esencialmente emocional, errática, se presentan problemas de juicio, y existe dificultad para la coordinación muscular, así como trastornos de la visión y del equilibrio.

Tercera: el individuo presenta confusión mental, se tambalea al caminar, tiene visión doble, así como reacciones variables del comportamiento: pánico, agresividad,

llanto. Por otra parte tiene serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se dice.

Cuarta: incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la inconsciencia.

Quinta: inconsciencia, ausencia de reflejos. Estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

Lo que sucede es que cuando una persona ingiere una copa, el 20% del alcohol presente en esa bebida es absorbido en forma inmediata a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre. El otro 80% es absorbido un poco más lentamente y también lo hace desde el intestino delgado, para circular en la sangre. Si la ingestión de bebidas alcohólicas se detiene o continúa en forma moderada, los niveles de alcohol en la sangre se mantendrán bajos, pues el hígado sano podrá metabolizarlas, con ayuda de la eliminación del alcohol en la orina y el aliento. Sin embargo, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad ingerida rebasan la posibilidad de eliminarlo, se dificultan la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan la memoria y el juicio y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### ***1.4.2.2 Consecuencias del Consumo Reiterado***

En forma gradual se presenta un deterioro en diversos órganos como el estómago, el hígado, los riñones y el corazón, así como el sistema nervioso. Existen una serie de enfermedades que se relacionan con el consumo reiterado como la cirrosis hepática y las enfermedades cardíacas. Algunos estudios señalan que quienes se inician en el abuso de las bebidas alcohólicas desde jóvenes tienen una expectativa de vida 5 o 10 años menor que los que no tienen esta conducta (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### ***1.4.2.3 Consumo Durante el Embarazo***

El alcohol se transforma en sustancias dañinas para las células que son absorbidas por el feto. En cantidades abundantes aumenta el riesgo de nacer con defectos, como el síndrome alcohólico fetal, que implica la formación de un cráneo pequeño, facciones anormales, retardo físico y mental. Consumir bebidas alcohólicas al final

del embarazo, puede también afectar al feto (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

### **1.4.3 Anfetaminas**

Son sustancias preparadas originalmente para uso medicinal, en la actualidad los médicos han dejado de prescribir porque son altamente adictivas. Afectan el sistema nervioso central y tienen efectos estimulantes, semejantes a los de la cocaína. Como ésta, producen un estado de alerta junto con diversas reacciones en la percepción del hambre y el cansancio (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### ***1.4.3.1 Efectos Inmediatos del Consumo***

En dosis pequeñas, hacen que el individuo se sienta lleno de energía, alerta y poderoso. Su comportamiento puede resultar violento, provocador e intimidatorio y, al ver reducida la percepción del cansancio y el hambre, pueden ocurrir trastornos por extenuación, al no dar al organismo el reposo que requiere. En grandes dosis puede causar irregularidades en el ritmo del corazón, convulsiones y estado de coma, pudiéndose llegar a la muerte por falla respiratoria y/o cardíaca. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### ***1.4.3.1 Consecuencias del Consumo Reiterado***

Depresión y euforia, desnutrición, irritabilidad, temblores, desorientación y confusión, dependencia, ansiedad, psicosis, paranoia y conducta violenta. Cuando se inyectan con agujas infectadas se puede adquirir hepatitis e infección por VIH. Se pueden presentar accidentes vasculares cerebrales.

El consumidor crónico generalmente pierde interés en su familia y cuidado personal, Afecta al grupo social porque se presentan más accidentes, especialmente en el hogar, así como de tránsito y actos de violencia (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

### **1.4.4 Cocaína**

Es el más poderoso estimulante del sistema nervioso que proviene de sustancias naturales. Se trata de un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta,

Erythroxylon coca o Eritroxilon coca originaria de América del sur y se presenta como un polvo compuesto por pequeños cristales blancos.

Los efectos y la rapidez con que los percibe el consumidor de cocaína varían notablemente de acuerdo con el estado físico y mental, la dosis, la frecuencia del consumo y, sobre todo, la vía de administración. Puede ser aspirada por vías nasales, inyectada, fumada, untada e ingerida en diversas preparaciones. Para los usuarios por vía intravenosa, se aumentan los riesgos de sufrir problemas cardíacos y, si comparten las jeringas con otros consumidores, de adquirir hepatitis o SIDA. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008)

#### **1.4.4.1 CRACK: Derivado de la cocaína**

Este derivado de la base con la que se produce la cocaína genera una reacción rápida al ser fumado, como se utiliza generalmente. Tiene la apariencia de pequeñas astillas o piedritas blancas y su pureza es considerablemente menor a la de la cocaína, por lo que es más barata; pero tiene numerosos efectos perjudiciales en el organismo, que dependen de los diversos ingredientes que se agregan a la base en los laboratorios clandestinos en los que se produce. En forma semejante a la cocaína produce euforia y luego una profunda depresión (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.4.2 Efectos Inmediatos del Consumo**

La cocaína, al estimular el sistema nervioso, provoca una mayor frecuencia en los latidos del corazón y contrae los vasos sanguíneos. Esto aumenta los riesgos de problemas cardiovasculares. En las primeras ocasiones que se consume, provoca pérdida del apetito y euforia. Alteraciones en la capacidad de concentración y de juicio, insomnio y variaciones en la conducta que puede incluir comportamiento violento. Cuando pasan los efectos, el consumidor entra en un estado anímico opuesto, en el que se presenta depresión, ansiedad y temor. Con dosis altas, los usuarios pueden padecer pánico y trastornos mentales como estados de psicosis. En algunos casos, el incremento en la presión sanguínea provoca la muerte (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.4.3 Consecuencias del Consumo Reiterado**

Problemas en el organismo: Dependencia, Problemas cardiovasculares, Problemas neurológicos, convulsiones y hemorragias en el cerebro, problemas pulmonares (fluidos en los pulmones, asma aguda y paro respiratorio), problemas en el aparato reproductor, (incapacidad para experimentar placer y/o disfunción sexual), pérdida del olfato, irritación y sangrado nasal, náuseas, dolor de cabeza y pérdida de peso.

Problemas mentales: Psicosis y paranoia, depresión, irritabilidad y ansiedad, conducta agresiva, e insomnio.

Problemas en el embarazo: Separación prematura de la placenta, aborto espontáneo, parto prematuro y muerte fetal. En el bebé de madres consumidoras: bajo peso al nacer, deterioro visual, retraso mental, malformaciones y crecimiento lento después del nacimiento (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.5 Éxtasis**

Es una droga de diseño o de laboratorio, son anfetaminas con efectos estimulantes, que de acuerdo a su composición, puede alcanzar algunas propiedades alucinógenas, o de distorsión en la percepción de los estímulos, visuales, auditivos, táctiles y del gusto. En general se ingiere en forma de tabletas, capsulas o polvo (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

##### **1.4.5.1 Efectos Inmediatos del Consumo**

Dentro de los efectos inmediatos se presenta una sensación de armonía y desinhibición, que favorece la empatía. Puede modificar el estado de ánimo y la forma de percibir la realidad y favorecer la capacidad de introspección, lo que explica el interés que le prestaron los psiquiatras en la década de los 70's. En dosis pequeñas, hace que el individuo se sienta alerta, sereno, amistoso, sociable y disminuye la sensación de fatiga, a lo que se suma una intensa sed y mayor sensibilidad para las percepciones sensoriales. Como provoca que se eleve la temperatura del cuerpo, se acelera el ritmo cardiaco; si se ingiere en lugar concurridos y se baila, al no sentir cansancio, la persona pierde líquido y puede llegar a la deshidratación, además de tener calambres musculares, por exceso de ejercicio sin el necesario descanso. También se altera la percepción del tiempo y la capacidad de concentración y

coordinación, pudiendo presentarse crisis de ansiedad y ataques de pánico. Estas sensaciones van disminuyendo y puede surgir un comportamiento impredecible, pasando de la tranquilidad y la actitud amistosa a la ira y la provocación. Asimismo, se puede presentar insomnio, falta de apetito, ansiedad e irritabilidad o, por el contrario, somnolencia y depresión. En caso de consumir dosis altas, o cuando existe una predisposición genética o hipersensibilidad hacia alguno de los compuestos, el consumidor puede desarrollar complicaciones graves, como alteraciones marcadas de la conciencia, agitación, convulsiones e insuficiencia renal aguda, que pueden causarle la muerte. *El riesgo principal al tomarla es que el consumidor desconoce las sustancias que frecuentemente le agregan en los laboratorios clandestinos en donde se produce, como pueden ser: LSD, cafeína, ketamina, heroína y hasta raticidas, lo que puede ocasionar distintos tipos de intoxicación (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).*

#### **1.4.5.1 Consecuencias del Consumo Reiterado**

Después de un tiempo de consumir éxtasis, es posible que aparezcan trastornos neuropsicológicos o psiquiátricos permanentes, desde alteraciones de la memoria hasta trastornos afectivos y otros problemas mentales como psicosis. También se presentan alteraciones cardiovasculares graves, como arritmias y colapso cardiovascular que puede llevar a la muerte. Uno de los efectos a mediano plazo del consumo reiterado de éxtasis es la aparición de episodios depresivos, un estado de agotamiento en el que se presentan sensaciones de vacío y falta de interés por lo que rodea al consumidor, lo que puede durar varias semanas después de la ingestión (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.6 Inhalables**

Son vapores que provienen de líquidos volátiles, productos en aerosol o gases, que al ser inhalados e introducidos por las vías respiratorias producen depresión del sistema nervioso central (SNC) y de las funciones mentales. Su consumo frecuente produce adicción, necrosis y degeneración de las neuronas. Los utilizados con mayor frecuencia en México son los solventes orgánicos, compuestos derivados del carbón o del petróleo, que se producen para dar apoyo a la actividad diaria en la industria y en el hogar, principalmente: combustibles como gasolina y líquido de encendedores,

aerosoles, pegamentos, removedores de pintura, esmaltes, quitamanchas, thinner, y otros conocidos como PBC, activo y cemento. También son sustancias inhalables los anestésicos, en forma de gases, como el óxido nitroso y el etileno; o líquidos volátiles, como el cloroformo, éter, fluroxeno y halotano, que provocan relajación y dilatación de los vasos sanguíneos.

Las sensaciones que se perciben son semejantes a las de una borrachera: la coordinación física y el discernimiento se debilitan, por lo que los consumidores sufren con frecuencia caídas y accidentes; asimismo, su comportamiento puede ser violento. Los inhalables inhiben la actividad del sistema nervioso central que controla la respiración, por lo que provoca falta de oxígeno en los pulmones que pueden producir desmayos, estado de coma o muerte por asfixia. El peligro aumenta si se combina la inhalación con la ingestión de bebidas alcohólicas y otras drogas. Desde la primera vez que se consume, los efectos en el aparato respiratorio y en el corazón, pueden propiciar un paro cardíaco, que llevará a la muerte (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.6.1 Consumo Frecuente de Solventes**

La inhalación frecuente de solventes aumenta la tolerancia. Al aumentar la dosis se incrementa el riesgo de daño cerebral permanente y de alteraciones del ritmo del corazón, cambios marcados de humor, temblores y convulsiones. También se incrementa el riesgo de problemas respiratorios. El uso prolongado, además, provoca trastornos en todo el sistema nervioso y causa daños irreversibles en el hígado y los riñones, por ser los órganos encargados de procesarlos y eliminarlos (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

#### **1.4.7 Marihuana**

Es la droga ilícita de mayor consumo en México. Se obtiene de la planta de cáñamo *Cannabis sativa*, que contiene más de 400 componentes, entre los que destaca el principio activo THC (delta-9 tetrahidrocannabinol), que es el que determina la potencia de la droga y el efecto en el sistema nervioso. La proporción de THC que contiene un cigarro de marihuana depende del tipo de planta, del clima y terreno en que crece, el tiempo de cosecha y de la parte que se utiliza (brotes, hojas, flores); pero se ha observado que la que se vende actualmente es de mayor potencia que la

de hace diez años. La variedad más potente de marihuana se le llama sin semilla y la preparación sólo incluye los botones y las flores de la planta hembra, con un contenido promedio de THC entre 7.5% y 24%.

El Hachis es una preparación obtenida de la resina gomosa de las flores de las plantas hembra de la Cannabis, que tiene un alto contenido de THC, pudiendo llegar éste al 43%, en el caso del aceite de hachís (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2007).

#### ***1.4.7.1 Efectos Inmediatos del Consumo***

El consumidor puede sentir la boca y garganta resacas, latidos acelerados del corazón, torpeza en la coordinación de movimientos y del equilibrio, deteriora la capacidad de juicio así como lentitud en los reflejos. Los vasos sanguíneos de los ojos se expanden, por lo que se ven enrojecidos. La marihuana provoca distorsión en la percepción de tiempo y distancia lo que aumenta la probabilidad de accidentes si se maneja un vehículo o se opera una máquina. Dependiendo de las características del usuario y del contenido de THC, así como de la dosis y frecuencia de consumo, pueden presentarse pánico, fallas en la memoria y en la capacidad de incorporar, organizar y retener información, alucinaciones intensas y otros problemas mentales como angustia, paranoia o delirio de persecución, inclusive llegar a la psicosis tóxica, aun en la primera experimentación (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2007).

#### ***1.4.7.2 Consecuencias del Consumo Reiterado***

Fumarla con cierta frecuencia se asocia con trastornos como catarrros, bronquitis, enfisema, asma bronquial, daño pulmonar y en las vías respiratorias, así como aumento en el riesgo de cáncer de lengua, boca, laringe y pulmón. Los consumidores crónicos evidencian, con frecuencia, problemas de memoria, falta de destreza verbal y dificultades en el aprendizaje. También hay evidencia de que se restringe la capacidad del sistema inmunológico para combatir infecciones y enfermedades.

La marihuana afecta las hormonas. El uso regular puede retrasar el comienzo de la pubertad y reducir la producción de esperma.

En las mujeres, puede interrumpir el ciclo menstrual e inhibir la ovulación. Los bebés de consumidoras de marihuana presentan con frecuencia bajo peso y, en



consecuencia, son propensos a enfermarse (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2007).

#### **1.4.8 Tabaco**

Es una planta originaria de América, cuyo uso ha perdido la finalidad curativa y ceremonial para lo que antiguamente era utilizada. Su principio activo es la nicotina, descrita desde el siglo XIX y estudiada con detalle, por lo que se ha descubierto que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces impredecibles, tanto en la mente como en el cuerpo, así como que es la responsable de la adicción al tabaco. Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4,000 compuestos químicos, entre los que se encuentran el alquitrán y el monóxido de carbono, que pueden actuar como reforzadores de la adicción, además de causar diversos problemas en el organismo.

La forma más usual para el consumo del tabaco es fumarlo en cigarrillos. También se fuma en puros o pipa, y otras formas de consumo son masticarlo o aspirarlo aunque no son muy frecuentes (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

##### ***1.4.8.1 Efectos Inmediatos del Consumo***

Al fumar tabaco la nicotina se distribuye con rapidez en el organismo, llegando al cerebro 10 segundos después de la inhalación. Inmediatamente después de la exposición a la nicotina, se estimula la producción de adrenalina por las glándulas suprarrenales, provocando una descarga de glucosa que incrementa la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardiaco. Además, la nicotina causa una descarga de dopamina en las áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación. En contraste, la nicotina también puede producir efectos sedantes, dependiendo de la dosis consumida y del nivel de excitación del sistema nervioso del fumador (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

##### ***1.4.8.2 Consecuencias del Consumo Reiterado***

El consumo reiterado de nicotina lleva a la adicción. Con la adicción se presenta la tolerancia. El tabaquismo se asocia estrechamente con: el cáncer, en diferentes manifestaciones como el (pulmón, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico/uterino, renal, y vesícula), enfermedades del sistema respiratorio (bronquitis

crónica y enfisema), enfermedades del corazón y enfermedades cerebro-vasculares, como (aneurisma y problemas circulatorios e hipertensión). Se deben tomar en cuenta los daños ocasionados a los fumadores pasivos, la aspiración involuntaria en niños incrementa la gravedad en los casos de asma y la posibilidad del síndrome de muerte súbita.

En el embarazo eleva el riesgo de un parto prematuro y de problemas de desarrollo del feto. La nicotina disminuye el apetito de la mujer durante la etapa que debe subir de peso, da como resultado niños nacidos muertos, prematuros o de menor peso, así como muerte infantil súbita, existe un alto riesgo de aborto espontáneo. Además, el uso de tabaco en la mujer puede provocar menopausia precoz (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008).

### **1.5 Consecuencias y Consejos CONADIC**

En el caso de Alcohol, cocaína, éxtasis, inhalables y marihuana, el CONADIC menciona las consecuencias que sufre la comunidad al convivir con el consumidor de drogas, ya que el sujeto puede presentar las siguientes conductas (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2008):

- Descuido de normas sociales.
- Vandalismo, violencia y riñas callejeras.
- Se favorecen actividades ilícitas y las redes de tráfico ilegal.
- No se toman precauciones al tener relaciones sexuales, causando embarazos no deseados o contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- Al verse afectada la coordinación se pueden ocasionar accidentes en hogares o de tránsito.

En el caso de las drogas legales alcohol y tabaco se les agrega los costos de servicios de salud principalmente por los accidentes en el caso del alcohol y las enfermedades asociadas a estas dos drogas.

También el CONADIC da consejos para los padres:

- Enseñe valores no solo hablando de ellos, predique con el ejemplo.
- Involúcrese en la vida de sus hijos y conozca a sus amistades respetando siempre su intimidad.
- Supervise tanto sus actividades como el material al que tienen acceso a través de los medios de comunicación y el internet, establezca normas respecto al no uso de alcohol, tabaco y drogas, pero sobre todo aplíquelas, si no se cumplen, es necesario una sanción.
- Eleve la autoestima de sus hijos. No critique su persona, refiérase solamente a su conducta.
- Reconozca las cosas que sus hijos hacen bien, no los descalifique.
- Siempre demuestre afecto y aceptación, el contacto físico es muy importante.
- Sepa escuchar a sus hijos y aconséjelos sobre cómo rechazar las invitaciones a probar las drogas legales e ilegales.
- Involucre a sus hijos en actividades familiares, tanto tareas del hogar como diversiones.
- Manténgase informado y actualizado sobre las diferentes drogas legales e ilegales, así como de sus efectos y las señales que se presentan cuando las consume.

Consejos del CONADIC para los Jóvenes:

- Convive con tu familia, amigos y comunidad.
- Desarrolla tus habilidades y capacidades para resolver problemas y situaciones difíciles con asertividad y confianza en ti mismo.
- Expresa afecto, comunica lo que sientes.
- Haz deporte, mantente en contacto con la naturaleza.

- Desarrolla tus proyectos y colabora en los de otras personas.
- Construye una escala de valores (espirituales, políticos, religiosos, etc.) que canalice tus inquietudes y le dé sentido a tu vida.
- Sigue estudiando y preparándote para la vida.
- No pruebes ningún tipo de sustancia desconocida aunque te inviten con insistencia.

### **Síntesis**

Los modelos Ético-Jurídico y Médico-Sanitario se complementan para reproducir la visión occidental o moderna a través de códigos, leyes y estudios de toxicología.

Conocer la forma en que se ha creado el modelo occidental y la manera en que oficialmente en México se conciben las drogas a través de la el Código Penal Federal y la Ley General de Salud es importante para poder cuestionar los métodos represivos y la criminalización que se desprende de este modelo en el que el individuo como sujeto histórico que toma una decisión sobre su propio cuerpo no se toma en cuenta sino que se le castiga por una conducta, y las drogas dejan de ser objetos inanimados para ser igualmente perseguidas, así, la relación sujeto-droga en términos generales queda siempre en la ilegalidad. La relación sujeto-droga ante la ley es de delincuencia y frente a la medicina es enfermedad.

La visión occidental predomina en nuestro país, sin embargo, no es la única forma en que convive hombre y droga, a lo largo de los 500 años de prohibición han sobrevivido en distintas sociedades elementos culturales con diferentes formas de relación con distintas sustancias, en este trabajo se define como Modelo Tradicional y se aborda en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II

### **Drogas, Modelo Tradicional**

En este capítulo se expone el Modelo Tradicional en el tema de las drogas, a través de conocer la relación que lleva el Pueblo Mazateco del Estado de Oaxaca con los hongos sagrados, podemos ver (a diferencia del Modelo Occidental) como se concibe al individuo que los consume, el tipo de sustancia y la relación Sujeto-Droga en este contexto.

#### **2.1 Modelo Tradicional**

En contraposición del modelo occidental encontramos una visión tradicional de convivir con las drogas, los Pueblos Indígenas han convivido tradicionalmente con sustancias que alteran la conciencia sin llegar a presentar problemas de salud o sociales, como ejemplo tenemos a Perú con el uso de la hoja de coca, o en México el Pueblo Huichol con el uso de peyote.

En este capítulo nos centraremos en la relación tradicional que tiene el Pueblo Mazateco del Estado de Oaxaca, con los Hongos Sagrados o Alucinógenos. Este modelo nos brinda un panorama más amplio de la relación hombre-droga en México, y nos da pie para cuestionar las formas en las que el modelo occidental predominante en materia de drogas actúa.

#### **2.2 Cosmovisión Indígena**

Cosmovisión se refiere al conjunto de creencias, valores y sistemas de conocimiento que articulan la vida social de los grupos indígenas. El historiador Alfredo López Austin define la cosmovisión como “el conjunto estructurado de los diversos sistemas ideológicos con los que el grupo social, en un momento histórico, pretende aprender el universo, engloba todos los sistemas, los ordena y los ubica” (López, 1990: 20).

La cosmovisión expresa la relación de los hombres con los dioses, establece el orden jerárquico del cosmos, la concepción del cuerpo humano, estructura la vida comunitaria y agrupa el conjunto de los mitos que explican el orden del mundo. La cosmovisión indígena tiene un claro origen agrícola; en ella el medio ambiente (el territorio real y simbólico) es un factor fundamental y tiene como uno de sus rasgos

característicos el que no exista una separación (como en el pensamiento occidental) entre naturaleza y cultura, orden natural y orden social, individuo y sociedad. El ámbito sobrenatural ocupa un lugar preponderante de la cosmovisión y tampoco esta desligado del mundo social. (Zolla & Zolla, 2004).

## **2.3 El Pueblo Mazateco**

### **2.3.1 Estado y Lugar Geográfico**

En general, la región mazateca se localiza al noroeste de Oaxaca Colindando con Puebla y a partir de 1954 incluye varias localidades del sur de Veracruz, debido al reacomodo de algunas poblaciones con motivo de la construcción de la presa Miguel Alemán. Su territorio comprende una parte alta enclavada en los contrafuertes de la sierra Madre Oriental, y una parte baja localizada en la cuenca del Papaloapan. La división política de la región comprende 23 municipios en un territorio de 2,400km<sup>2</sup> (Pedro, 2001).

El lugar más conocido de la sierra mazateca por la popularidad de la curandera María Sabina es Huautla de Jiménez, Oaxaca, su nombre de Huautla significa nido de águilas (González, 2002).

### **2.3.2 Significado de Mazateco**

La palabra "mazateco" significa "originario de Mazatlán, Matza-apatl", nombre que los nahuas dieron a la antigua capital del territorio de esta etnia y que proviene de dos voces, mazatl, "venado" y tlan, "cerca de" o "en", cuyo significado podría ser "donde abundan los venados". Su idioma pertenece a la familia Mazateco-Popoloca, del tronco Savizaa y grupo Otomangue. Se estima que existen cuatro variaciones dialectales ininteligibles entre sí. En general, el mazateco se distingue por ser una lengua tonal, pues las palabras presentan distintos significados dependiendo del tono con que se pronuncian. "Mazatecah o Mazatleca" se ha castellanizado como mazatecas o mazatecos (González, 2002).

### **2.3.3 Vida Religiosa**

Considerando la importancia de las religiones en el mundo prehispánico y la solidez de las culturas nativas, no es casual que en las manifestaciones actuales y en las características del culto observado por los indígenas se advierta la persistencia de

tradiciones locales muy antiguas, pese a la influencia duradera del catolicismo y a la más reciente y dinámica de otras iglesias, sectas y denominaciones (Zolla & Zolla, 2004)

Aunque los mazatecos son nominalmente católicos, su vida religiosa está fuertemente impregnada del culto con raíces pre-hispánicas. Esto se manifiesta con claridad en sus numerosas ceremonias propiciatorias, entre las que destacan las relacionadas con el ciclo agrícola (Al cosechar la primera mazorca, la riega con sangre de guajolote y posteriormente la queman al “Señor de la Montaña”, una deidad muy importante en la religión mazateca, y que en su lengua se llama “Chicón NindóTocoshó”) (González, 2002), en general, con el uso de sus recursos naturales, también implicadas en el bienestar de la unidad familiar en todos sentidos, incluyendo la salud. La celebración de dichos ritos se lleva a efecto según el propio calendario mazateco. Entre ellas destacan la primera ceremonia relacionada con el ciclo del maíz, llamada wincha; la que se celebra con motivo de la cosecha de las semillas de la virgen (planta psicotrópica ingerida en diversas ceremonias) especialmente en las terapéuticas; las ceremonias relacionadas con la siembra del café y cuando se corta un árbol; las que propician las lluvias; la de la cosecha de los **hongos alucinógenos**, igualmente de uso ritual (Pedro, 2001).

Su vida religiosa es muy rica y variada. Conservan conocimientos de Herbolaria muy antiguos. Son muchos los ritos que hay en la vida del mazateco; el curandero es indispensable en todos ellos. El guía a su pueblo de acuerdo con el calendario ritual que rige las siembras y las cosechas (González, 2002).

El “Señor de la Montaña” es venerado por los curanderos ya que es el dueño de las montañas, el dios de la tierra, uno de los dioses que otorgan al curandero el don de curar y adivinar, a través del Hongo Sagrado (“Dishitoó en mazateco”) (González, 2002).

El señor de la montaña tiene bajo su poder a los “dueños de la tierra”, deidades que habitan en las montañas, y a las cuales ofrendan con cacao. Entre los mazatecos existe la creencia en los nahuales, el aire maligno y el miedo son causas de enfermedades (González, 2002).

El elemento ritual en el que nos centraremos es el de los hongos alucinógenos o mágicos y el uso que hace de éstos su consumidor (curandero o chaman) que para el pueblo mazateco es una persona de importancia y prestigio, en términos generales la relación sujeto-droga para este caso se encuentra dentro del contexto de medicina tradicional.

### **2.3.4 Medicina Tradicional**

Se denomina “medicina tradicional indígena” al sistema de conceptos creencias, practicas y recursos naturales y simbólicos destinado a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes, cuyo origen se remonta a las culturas prehispánicas (Zolla & Zolla, 2004).

Los recursos de la medicina tradicional indígena constituyen un vasto conjunto de elementos materiales y simbólicos adaptadas a las características teóricas y prácticas de este saber medico. A diferencia de la medicina alópata, académica o científica, cuyos terapeutas se concentran esencialmente en el combate a un amplio número de padecimientos articulados en el eje salud/enfermedad, los médicos tradicionales indígenas amplían su campo de atención para concurrir a satisfacer una demanda estructurada en el binomio equilibrio/desequilibrio, y para ello emplean recursos materiales (plantas, animales, minerales, hidroterapia, etc.) y simbólicos (ligados a rituales y a procedimientos de eficacia simbólica), además de sistemas de diagnostico, clasificación y tratamiento de causas enfermantes y desequilibrantes asociadas a su particular cosmovisión (Zolla & Zolla, 2004).

En general en el mundo mazateco las enfermedades no se explican como un agente externo que descompone al cuerpo que puede ser arreglado, “todo lo que sucede es traducido al cuerpo, y lo que sucede al cuerpo, a relaciones sociales” (Boege, 1988: 168).

Las enfermedades muchas veces son causadas por la brujería, los malos aires y las envidias. La gente se enferma cuando “comete un error” y esto quiere decir violar una relación de reciprocidad o bien no entablarla. El rompimiento de un tabú se transforma en algo de carácter impuro, generando la cólera de los dioses que envían un castigo divino. Este castigo solo puede ser atendido por un intermediario espiritual, en este caso el chaman, ya que solo él tiene la capacidad del limpiar la



impureza ajena. Socialmente la enfermedad está relacionada con un desequilibrio importante con la naturaleza o con la sociedad. “Siempre se considera un origen divino, humano o natural de los padecimientos en la interpretación del diagnóstico mazateco, de tal modo que la adquisición de un mal así como su curación se contextualizan en lo natural o lo sobrenatural” (Villanueva, 2007: 107).

No existe la enfermedad tal y como la conocemos en occidente; existen enfermos sociales. La enfermedad es concebida como un desequilibrio social que el enfermo somatiza. “Todo lo que sale de las interrelaciones de intercambio simbólico grupal crea una tensión” (Boege, 1988: 125).

Los hombres y mujeres de conocimiento son los mediadores con lo sagrado y los médicos de su comunidad y su forma de actuar se hace de distintos modos. Para poder adivinar que es lo que ha causado la enfermedad los mazatecos recurren a varios especialistas los hueseros, los chupadores o consultan la lectura de la vela o el maíz. Es común que las familias se hagan limpias o traigan consigo amuletos de ruda o de San Pedro. Pero los sabios más conocidos son los “Chjota Chiné”, los curadores con hongos (Villanueva, 2007).

“En general, el concepto de enfermedad o muerte por causas físicas u orgánicas les es extraño a los pueblos aborígenes, pues para ellos ambas son el resultado de intervenciones del mundo espiritual. Por lo tanto, dado que el curandero o el paciente tiene la posibilidad de comunicarse con los dioses y los espíritus por medio de los alucinógenos, éstos son considerados la medicina por excelencia de la farmacopea nativa: son más importantes que los paliativos y medicinas que actúan directamente sobre el cuerpo, por eso se han convertido poco a poco en la base de la práctica “médica” en casi todas las sociedades aborígenes”. (Schultes & Hofmann, 2000: 14).

### **2.3.5 Hongos Sagrados**

Por toda Mesoamérica, en las diversas lenguas, se llama “niñitos” a los hongos sagrados, con nombres que siempre están preñados de afecto y de respeto.

En San Pedro Nexapa, un pueblo del rumbo de Paso de Cortes, próximo a los volcanes, en el corazón del país nahua clásico, llaman a los hongos a-pipil-tzin, “niñitos de las aguas”. En Tlamixco, pueblo vecino a Tenango del Valle, en una

región de habla náhuatl, los hongos sagrados reciben el nombre de mujercitas o señoritas o niñas y cuando hablan de los hongos sagrados en general les dicen niños. Los vecinos de Tlaxiaco llaman a estos hongos en náhuatl “nanacatzintzintli” que significa “los venerados, queridos honguitos”. En Amatlán de los reyes en Veracruz donde también se habla náhuatl la gente designa los hongos sagrados con cualquiera de dos nombres: tlatatzitzen (“hombrecitos”) o chocotzitzen (“niñitos”). (Wasson, 1983).

En Mazateco se conocen como *ntixti*, los “niñitos” y también como “sa se” los “payasos”, “ntitsojmi”, las “cositas”, el más sagrado de los nombres es “*nti xi tho*”, “las cositas que brotan” (Wasson, 1983).

Los mazatecos, para quienes estas setas son símbolos de un misticismo especial que las convierte en objetos adorables. En mazateca “hongo” se dice **thain**, la “t” es aspirada, las vocales son nasalizadas y la palabra se pronuncia el tercer tono. Este vocablo abarca la totalidad del mundo fúngico: hongos comestibles, no comestibles, venenosos, los que crecen en la tierra y los que parasitan otras plantas, comprende todo el mundo de los hongos con excepción de los sagrados (Wasson, 1983).

Los hongos mas estimados por los mazatecos son el San Pedro, el San Isidro, el Derrumbe y el Pajarito cuyos nombres científicos son:

-Psilocibe Mexicana HEIM: Hongo pequeño, de color oscuro. Crece aisladamente en los campos de maíz o en los pastizales. En Mazateco se le conoce como **ndi ni se** que significa pajarito. Los mazatecos suelen llamarlo cariñosamente angelitos.

- Strophariacubensis EARLE: Hongo hermoso con sombrero color crema que crece en el estiércol particularmente sobre la boñiga. En español se le conoce como San Isidro Labrador y en mazateco, **ndixhijtho** o **é le ntahá**.

-PsilocibecaerulenscensMurrylvarMazatecorum HEIM: Esta especie crece abundantemente en el bagazo de la caña de azúcar, aislada o en grandes conjunto, su nombre en mazateco es Ndikixho conocido también como desbarrancadero o derrumbe.

-Conocybesiliginooides HEIM: Esta especie ha desaparecido de los alrededores de Huautla a consecuencia de la actual deforestación, quizá aun se encuentre en

zonas menos accesibles, crece en la madera de los árboles muertos. En mazateco lo llaman ya'nte (Benítez, 1964).

### 2.3.6 Curanderos

En la lengua Mazateca *shutatshinease* puede interpretarse como persona sabia, hombre de conocimiento. También se le puede llamar *chuta chiné*, *chota-a tchi-née* como sinónimo de brujo, hombre de conocimiento o sabio (Boege, 1988).

El nombre genérico que reciben los terapeutas mazatecos cuyo oficio está centrado en las artes de la curación, sean ellos hueseros, culebreros, hierberos, parteras o rezanderos, se les designa con el nombre de *shutateejo shutáaa*, o bien, *tji-ée* (Cerdeña, 1957).

Los mazatecos distinguen tres categorías de curanderos: en el plano inferior ubican al brujo, en el medio al curandero, y en la tercera y más alta categoría, al sabio y médico. Éste es reconocido en la localidad de Huautla de Jiménez, Oaxaca: tal personaje no hace maldad ni usa brebajes para curar, emplea los hongos en sus diagnósticos y, para sus curaciones, los da de comer a sus pacientes (Estrada, 1984).

La mayoría de los terapeutas mazatecos aseguran haberse iniciado en su oficio a través de un "viaje" a *Do Asean*, sede de los dioses principales, travesía en cuyo transcurso los sentidos se alteran por la ingesta de psicotrópicos, hongos alucinógenos (*Psilocybe*), semillas de la virgen (*Turbina corymbosa* o *Ipomoea violacea*), o bien la hoja de la pastora (*Salvia divinorum*). Esta crisis vital por la que atraviesan en su viaje iniciático, los marca y distingue de la gente de su grupo, pues deben ser especialmente poderosos para soportar las visiones de la prueba (Icháustegui, 1977).

En el viaje de iniciación se pasa por tormentos, se lucha a muerte contra una víbora que atraviesa el cuerpo, o bien se tienen que soportar pruebas sin quejarse. Sobrevivir a los tormentos equivale a morir como individuo común dentro de la sociedad y renacer como hombre de conocimiento. De hecho, muchos sabios afirman que antes de su conversión estaban muy enfermos y en peligro de muerte, y que sólo por medio del viaje revelatorio se percataron de su vocación. Aseguran que

durante el viaje iniciático, los seres principales son quienes les otorgan los recursos y conocimientos necesarios para ejercer la especialidad elegida, además de asignarles al ser sobrenatural que los guiará en su oficio (Boege, 1988).

Los Seres Principales preguntan a los iniciados: ¿Qué tipo de sabio quieres ser? ¿Quieres que te guíen los Señores de las Montañas, los dueños de los lugares o quieres que te guíe Dios Cristo? Entonces, el iniciado escoge y les dice a los Seres Principales qué prefiere. En ese momento recibe un libro que contiene el lenguaje que ha escogido (Estrada, 1984).

Además, los hongos permiten saber quién es el *shimaje*, su doble o alter ego, con quien se habla para poder adquirir la fuerza y así lograr comunicarse con los señores de los lugares, *ChikónNangui* o *ChickónDijua*, o bien con los santos, las estrellas o el diablo (Estrada, 1984).

Aunque la mayoría de los iniciados afirman haber accedido al oficio por medio de la ingesta de hongos, hay quien manifiesta haberlo aprendido junto a un maestro, con frecuencia un familiar cercano, el que lo elige al descubrirle suficiente poder mental como para pasar las pruebas. Lo "entrega" entonces a Dios o al diablo, en una ceremonia en la que el iniciado hace un juramento o pacto y escoge la especialidad deseada. Es en este momento que ingiere los hongos para viajar a Do Asean, lugar de trece compartimientos y residencia de los espíritus de los doce santos, ocupando el maestro brujo el decimotercer lugar. En Viejo Soyaltepec, Oaxaca, se dice que los que van a aprender el oficio, antes de escuchar las pláticas de los maestros, tienen que tomar una jícara mediana que contiene semillas molidas, espesadas en agua, de la planta conocida bajo el nombre de manto de la virgen (*Turbina corymbosa* o *Ipomoea violacea*). De esta forma, el aprendiz pasa por un estado de concentración y lucidez mental que le permite escuchar con detenimiento, y aprender sin olvidar nada (González, 1988).

Para poder representar el papel de **mediador entre el mundo humano y lo sagrado**, el aspirante a curandero deberá estar dispuesto a respetar el celibato, condición fundamental de las prácticas terapéuticas. Esto explica por qué la mayoría de los shutatshinea son ancianos y viudas, o bien "chotos". A éstos se les denomina así, sea porque dentro de sus actividades se descarta la actividad productiva del

hombre, "trabajar la tierra", o porque en realidad existe una tendencia a la homosexualidad, naturaleza que según Boege no es considerada "como un producto de excentricidad social sino más bien como uno de los ejes centrales de la concepción mazateca del mundo que traspasa barreras entre el hombre y la naturaleza para entrar en la esfera de lo sagrado" (Boege, 1988).

Es de especial importancia el papel que juega el *shutatshinea* dentro de la organización familiar y colectiva, pues al surgir del seno mismo de la sociedad mazateca, es quien mantiene, protagoniza y da sentido a su mundo de tradiciones y creencias. Organiza y dirige cada ceremonia en su función de curandero o brujo; actúa como un abogado que intercede frente a los dueños de la naturaleza o frente a Dios; se encarga de atestiguar y resolver los conflictos entre matrimonios, familias e integrantes de la comunidad. Como mediador con lo sobrenatural, puede curar sin ser médico, actuar como rezandero sin ejercer ese oficio, o bien hechizar sin ser brujo (Icháustegui, 1984).

Además del manejo de las fuerzas sobrenaturales en sus terapias, los *shutatshinea* son expertos conocedores de la herbolaria y otros recursos y técnicas propios de su especialidad (Icháustegui, 1984).

### **2.3.7 Curandero-Hongos (ceremonia ritual)**

Los hongos sagrados son los principales recursos utilizados por los hombres y mujeres de conocimiento, pues bajo sus efectos adivinan la enfermedad y su causa, auxiliándose del diálogo con el paciente o con sus familiares. Dominan otras técnicas adivinatorias como leer la vela, echar el maíz y tomar el pulso del paciente, lo que también les permite conocer el origen de las enfermedades. Para curar, se comunican con los espíritus de los mejores médicos, o bien recurren a los fenómenos de la naturaleza para hacer una maldad. En las ceremonias, mientras los asistentes guardan silencio, el curandero narra lo que el hongo le comunica; de hecho, al terminar cada frase, mencionan el vocablo *tzo*, que significa "dice": "... es como si le dijeran a uno lo que tiene que decir... las palabras saltan a la mente, no es necesario buscarlas..." (Boege, 1988).

Hongo y curandero se relacionan en una "velada".

### **2.3.8 Veladas**

Una velada se celebra en respuesta a la petición de una persona que desea consultar a los hongos acerca de algún grave contratiempo familiar. El señor de la casa puede yacer en un petate, enfermo herido: ¿vivirá? Si es así ¿Qué debe hacer para recuperarse? ¿Qué plantas deben frotarse en el lugar de la herida, o deberá comerlas? ¿Qué santos conviene invocar? O quizás el enfermo debe hacer una manda solemne para ir en peregrinación a un santuario específico en cuanto se recupere (Wasson, 1983).

Una velada debe tener una razón importante. Resulta inútil celebrarla respecto a asuntos triviales o con propósitos egoístas. Los turistas que contratan a un chamán para que oficie una velada por simple curiosidad no comprenden el verdadero sentido de lo que hacen (Wasson, 1983).

Todas las ceremonias con hongos o veladas suelen estar presididas por un terapeuta, y se distinguen por constar de largos, complicados y repetitivos cánticos. En cada ceremonia tiene lugar una curación, en la que el curandero ingiere los hongos para poder comunicarse con las fuerzas sobrenaturales e interceder por la salud del enfermo. “Se recurre al viaje de los hongos solo en los momentos difíciles” (Pedro, 2001: 55).

### **2.3.9 Requisitos de la velada**

De acuerdo con la tradición antes de tomar los hongos o niños santos, es conveniente:

-Cuando se cortan los hongos se debe cuidar que no sean vistos por personas ajenas al ritual para que no pierdan su pureza y su fuerza (Pedro, 2001).

-Ayunar durante el día o tomar solamente frutas, jugos o agua.

- Bañarse y ponerse ropa limpia blanca o de colores claros, nunca el color negro.

-Tomar los hongos durante la noche

-Consagrar el lugar por medio de oración, copal, velas de cera virgen, el San Pedro y el San Pablo.

-Guardar 5 días (anteriores y posteriores a la velada) de dieta y santidad, no tener relaciones sexuales, no comer carne y no tomar alcohol. No invitar a nadie a comer a la casa ni comer en otra casa.

-El altar debe situarse hacia el Este, hacia donde sale el sol (González, 2001).

Una norma invariable que rige las veladas en que deben celebrarse de noche, en la oscuridad, en una casa apartada del resto donde reinará la quietud (Wasson, 1983).

Debe haber una o dos personas que no tomen la sustancia embriagante, que sirvan como vigías, escuchan lo que se dice, se ocupan de los intrusos y de las interrupciones, se encargan de que nadie sufra alguna desgracia (Wasson, 1983).

Guerrero Águila es uno de los nombres que se da entre los Mazatecos, al chaman o sacerdote indígena. También se le llama hombre sabio, el que ve, la que ve (ShoutaShinee), hombre que posee sabiduría en el arte de curar. Se le considera *guerrero* porque durante la ceremonia lucha contra los malos espíritus que causan las enfermedades y los echa del cuerpo del enfermo, y es águila porque para lograrlo debe primero limpiarse, elevar su propio espíritu al nivel de lo sagrado. (González, 2001).

El chaman tiene cuatro formas de sabiduría (González, 2001):

1. Es un sacerdote, pues reviste de sagrada solemnidad los actos trascendentales de los individuos y de la comunidad, como sembrar la tierra, cosechar, recibir a un recién nacido, contraer matrimonio, sepultar a un difunto, etc. La mencionada sagrada solemnidad y trascendencia se expresa a través del ritual, de la ceremonia.
2. Es un vidente, puede diagnosticar y curar las enfermedades, (físicas o espirituales) y puede ver el pasado o el futuro de los individuos y de los pueblos.
3. Es un curandero, un hierbero. Conoce gran cantidad de plantas medicinales que sabe administrar acertadamente para la curación de los enfermos.
4. Es un exorcista. Tiene los conocimientos y el poder para enfrentarse a los malos espíritus y echarlos fuera del cuerpo y del alma de los enfermos, sabe destruir hechizos y embrujos por medio de oraciones y cantos especiales.

El chaman o Guerrero Águila Mazateco ejerce estas cuatro formas de conocimiento con sus pacientes y en ocasiones con toda la comunidad. Es un maestro y sabio consejero. Pero ante todas las cosas debe ser una persona que sepa vivir en santidad, apegándose al cumplimiento de las abstinencias que exige el ritual, es esta vida de santidad lo que le permite ver, y la que le confiere autoridad ante el mundo de los espíritus. Realiza un vuelo espiritual de Guerrero Águila durante la ceremonia. Durante su vuelo puede ver y posee el don de curar con palabras: las palabras con poder (González, 2001).

En la tradición chamánica mazateca destacan los cantos sagrados curativos, a través de los cuales entran en un estado superior de conciencia que les permite ver y curar. Los curanderos son solo el camino para que se pueda manifestar el poder divino (González, 2001).

### **Síntesis**

El modelo tradicional en la relación sujeto-droga nos muestra una forma socialmente distinta de comprender este fenómeno que en las sociedades modernas ha causado problemáticas legales y sanitarias. Contar con esta información es importante para poder comparar dos formas de concebir un mismo hecho.

Para comprender la forma en la que cada sociedad crea una visión particular del mundo y la reproducción de esta en los individuos trabajamos en el siguiente capítulo la teoría Socio-Histórico-Cultural de Lev S. Vygotsky.



## **CAPITULO III**

### **Teoría Socio Histórico Cultural**

En este capítulo se desarrolla la teoría Socio-Histórico-Cultural. Una vez expuesto la información sobre los modelos a trabajar (capítulos I y II), inicia la base teórica en la que se sustenta este trabajo, la teoría de Lev S. Vygotsky en la que se describe el desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores exclusivos de los humanos ya que se originan en la vida social, proceso que sucede a través del lenguaje (operaciones con signo) que permite en dominio progresivo de instrumentos culturales y la regulación de la conducta humana.

#### **3.1 Biografía**

Lev S. Vygotsky nació en Orsha cerca de Gómel, Bielorrusia, el 17 de noviembre de 1896, hijo mayor de una familia judía de clase media. Estudió con tutores privados hasta nivel Secundaria, ingresó a la universidad pública de Moscú donde estudio leyes y a la universidad privada en Shaniauski para estudiar historia y filosofía, regresó a Gómel para impartir clases de literatura y para formar maestros. En 1924 participa en el “Segundo Congreso de Psicología de Leningrado” donde llamó la atención de Leontiev y Alexandre Luria Secretario Académico del Instituto de Psicología de Moscú, quien lo invita a formar parte de su equipo de investigación. En los años treinta con el régimen Stalinista es acusado de discriminar niños con capacidades diferentes por sus estudios sobre diferencias sociales y culturales y sus trabajos y libros quedan prohibidos en Rusia. Sus últimos 10 años padeció tuberculosis, en este periodo publicó cerca de 162 trabajos científicos, ensayos y conferencias, muere en Moscú a los 37 años el 11 de junio de 1934 (García, 1987).

#### **3.2 Teoría Socio Histórico Cultural**

La Teoría Socio Histórica Cultural propone analizar el desarrollo de los procesos psicológicos superiores (Memoria, atención, percepción y pensamiento) a partir de la internalización de prácticas sociales específicas (Vygotski, 2000).

Hace hincapié en la diferencia entre la historia sociocultural y el dominio filogenético, el proceso de desarrollo histórico del comportamiento humano no coincide con el de su evolución biológica, uno no es continuación del otro, es más,

cada uno de estos procesos es gobernado por sus propias leyes (Vigotsky citado en Wertsch, 1988).

Un punto central de esta teoría es que debe estudiarse como un proceso en constante movimiento y cambio. La tarea es la de reconstruir el origen y el curso del desarrollo de la conducta y la conciencia, cada fenómeno no solo posee su propia historia, sino que la historia se caracteriza tanto por cambios cualitativos (cambios en forma, estructura y características básicas) como cuantitativos. Explica la transformación de los procesos psicológicos elementales en procesos más complejos. (Vygotski, 2000).

La unidad básica para medir lo histórico cultural es la aparición y evolución de herramientas psicológicas. El desarrollo comportamental de los seres humanos se halla fundamentalmente por las leyes del desarrollo histórico de la sociedad, el perfeccionamiento de los medios de trabajo y los medios de comportamiento en forma de lenguaje y otros sistemas de signos que sirven como herramientas auxiliares en el proceso de dominio del comportamiento en el cual tienen un papel fundamental.” (Vigotsky citado en Wertsch, 1988).

### **3.3 Procesos Psicológicos Superiores**

Es importante distinguir entre Procesos Psicológicos Básicos y Procesos Psicológicos Superiores, los primeros se refieren a las funciones psicológicas con las que se cuenta por naturaleza (interacción hombre-ambiente), a diferencia de las superiores que se originan en la vida social y son exclusivos de los seres humanos. (Vygotski, 2000).

Memoria, atención, percepción y pensamiento aparecen en forma primaria y luego cambian a formas superiores, la forma primaria es la línea de desarrollo natural y las formas superiores son la línea del desarrollo social. El desarrollo cultural transforma los procesos elementales en procesos superiores, es esta transformación la naturaleza cambiante del desarrollo (Wertsch, 1988).

Vygotsky introduce a la interacción hombre-ambiente el concepto de mediación, el uso de signos análogo al uso de utensilios. Los seres humanos fueron más allá de los límites de las funciones psicológicas que les eran propias por naturaleza,

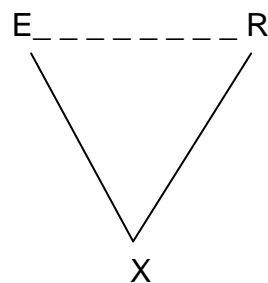
progresando hacia una nueva organización de su conducta culturalmente elaborada. (Vygotski, 2000).

### **3.4 Operaciones con Signo**

Las operaciones con signo son producto de las condiciones específicas del desarrollo social. Esta facultad, propia de los seres humanos, representa una forma de conducta totalmente nueva. La diferencia esencial entre esta y las funciones elementales podemos hallarla en la estructura de las relaciones **estimulo-respuesta** de cada una de ellas. La característica central de las funciones elementales es que están directamente y totalmente determinadas por los estímulos procedentes del entorno. En lo que respecta a las funciones superiores, el rasgo principal es la estimulación autogenerada, es decir, la creación y uso de estímulos artificiales que se convierten en las causas inmediatas de la conducta (Vygotski, 2000).

Toda conducta presupone una reacción directa a la tarea impuesta al organismo (que puede expresarse mediante E-R). Pero la estructura de una operación con signo requiere un vínculo entre estímulo y respuesta, el vínculo es un signo de segundo orden, creando una nueva relación entre E-R, este signo indica que el individuo debe estar activamente comprometido a establecer el vínculo, al mismo tiempo tiene la característica de intervenir en la acción, (el signo opera en el individuo no en la acción) (Vygotski, 2000).

El proceso de E-R queda sustituido por un acto complejo y mediado (X).



En este nuevo proceso, el impulso directo para reaccionar está inhibido, mientras que se incorpora un estímulo auxiliar que facilita la realización de la operación de modo indirecto. (Vygotski, 2000).

Debido a que este estímulo auxiliar posee la función específica de invertir la acción, puede transferir la operación psicológica a formas superiores y cualitativamente nuevas y permitir a los seres humanos, mediante la ayuda de estímulos extrínsecos, el control de su conducta desde fuera. El uso de los signos conduce a los individuos a una estructura específica de conducta que surge del desarrollo biológico y crea nuevas formas de un proceso psicológico culturalmente establecido (Vygotski, 2000).

### **3.5 La Historia Natural de las Operaciones con Signos**

En los niños, la actividad de utilizar signos no es algo simplemente inventado ni transmitido por los adultos, es algo que surge de lo que originalmente no es una operación con signos, se convierte después de una serie de transformaciones cualitativas, cada transformación proporciona condiciones para acceder al siguiente estadio, y condicionadas por el estadio anterior. Por lo que el desarrollo del niño es resultado de un proceso dialéctico y no como algo introducido del exterior o del interior (Vigotski citado en Riviere, 1987).

La historia de la conducta del niño nace a partir de la interrelación entre el desarrollo de origen biológico y el de las funciones psicológicas superiores, de origen sociocultural. El estudio de las funciones psicológicas superiores necesita el estudio de su prehistoria, de sus raíces biológicas y su posición orgánica, en la infancia surge el uso de instrumentos y el lenguaje humano, por lo que la infancia es la prehistoria del desarrollo cultural. (Riviere, 1987).

Entre el nivel inicial (conducta elemental) y los niveles superiores (formas mediatas de conducta) se encuentran numerosos sistemas transicionales que se sitúan entre los biológicamente dados y los culturalmente adquiridos, este proceso es la historia natural del signo que se revisa en este capítulo a través del desarrollo de los procesos psicológicos superiores (Vygotski, 2000).

### **3.6 Herramienta y Lenguaje (Signo)**

Vigotsky hace una analogía entre la herramienta como medio para el trabajo, o para dominar la naturaleza, y el lenguaje como medio para el intercambio social, que se pueden resumir en tres puntos:

- 1) La analogía básica entre signo y herramienta es como *función mediadora*. Se pueden incluir ambos conceptos bajo otro más general que es “actividad mediata”. La ausencia del signo consiste en modificar la conducta del hombre a través de él mismo.
- 2) Teniendo en cuenta que son dos líneas divergentes de la actividad mediata, la base de la divergencia son los distintos modos en que *orientan la actividad humana*. La herramienta se halla *externamente* orientada y acarrea cambios en los objetos, aspira a dominar y triunfar sobre la naturaleza. El signo se trata de un medio de actividad interna que aspira a dominarse a sí mismo, esta *internamente* orientado.
- 3) El vínculo real entre estas dos actividades se ve en su desarrollo ontogenético y filogenético. El dominio de la naturaleza y el de la conducta están sumamente relacionados, la alteración de la naturaleza por parte del hombre altera, a su vez, la propia naturaleza del hombre. (Vygotski, 2000).

“Así como la primera utilización de las herramientas rechaza la noción de que el desarrollo representa el simple despliegue del sistema de actividad orgánicamente predeterminado del niño, la primera utilización de los signos demuestra que no puede haber un único sistema de actividad interno orgánicamente predeterminado para la función psicológica. El uso de medios artificiales, la transición a la actividad mediata, cambia fundamentalmente todas las funciones psicológicas, al tiempo que el uso de herramientas ensancha de modo ilimitado la serie de actividades dentro de las que operan las nuevas funciones psicológicas. En este contexto, podemos emplear el término de función psicológica superior o conducta superior, al referirnos a la combinación de herramienta y signo en la actividad psicológica” (Vygotski, 2000: 92)

Un signo es siempre, un instrumento usado para fines sociales, un instrumento para influir en los demás y solo mas tarde se convierte en instrumento para influir en uno mismo (Wertsch, 1988).

El desarrollo avanza, no en círculo, sino en espiral, atravesando siempre el mismo punto en cada nueva revolución, mientras avanza hacia un estadio superior (Wertsch, 1988).

### **3.7 Internalización de las Funciones Psicológicas Superiores**

La internalización es la reconstrucción interna de una operación externa, como ejemplo tenemos al niño que intenta alcanzar algo, parece que lo está señalando, cuando la madre acude y se da cuenta que el movimiento está indicando algo, la situación cambia radicalmente, para los demás se convierte en un gesto, mas tarde cuando el niño relaciona su acto con la situación objetiva como un todo, lo interpreta como el acto de señalar. El movimiento de asir se convierte en el acto de señalar, se convierte en un verdadero gesto solo después de manifestar objetivamente todas las funciones de señalar para otros y de ser comprendido por los demás como tal. Su significado y funciones se crean, al principio, por una situación objetiva y luego por la gente que rodea al niño. (Vygotski, 2000)

La **internalización** consiste en una serie de transformaciones:

- a) *Una operación que inicialmente representa una actividad externa se reconstruye y comienza a suceder internamente.* El uso de signos que viene de la atención voluntaria y memoria.
- b) *Un proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal.* Toda función aparece dos veces, a nivel social y más tarde a nivel individual, primero entre personas (interpsicológica) y luego en el interior del niño, todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos.
- c) La transformación de un proceso interpersonal en un proceso intrapersonal es el resultado de una prolongada serie de procesos evolutivos. Su internalización está vinculada a cambios en las leyes que rigen su actividad y se incorporan en un nuevo sistema con sus propias leyes (Wertsch, 1988).

La internalización de las formas culturales de conducta implica la reconstrucción de la actividad psicológica con base en las operaciones con signos. Los procesos psicológicos, tal como aparecen en los animales, dejan de existir, se incorporan a este sistema de conducta y se desarrollan y reconstruyen culturalmente para formar una nueva entidad psicológica. Esta internalización es el rasgo distintivo de la psicología humana, la base del salto cualitativo de la psicología animal a la humana (Vigotski citado en Riviere, 1987).

## **3.8 Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores**

### **3.8.1 Percepción y atención**

La relación entre uso de instrumentos y el lenguaje afecta a varias funciones psicológicas, principalmente la percepción y la atención, cada una de las cuales es parte integrante de un sistema dinámico de conducta. Los cambios introducidos por el lenguaje son en la forma y la relación con otras funciones (García, 1987).

El etiquetar las cosas con nombres es la función primaria del lenguaje en los niños pequeños. Esto le permite elegir un objeto determinado y separarlo de la situación global que está percibiendo. El niño complementa sus primeras palabras con gestos expresivos para compensar las dificultades de comunicarse a través del lenguaje. Gracias a las palabras los niños distinguen elementos separados, superando con ello la estructura natural del campo sensorial y formando nuevos (artificialmente introducidos y dinámicos) centros estructurales. El niño empieza a percibir el mundo no solo por sus ojos sino por el lenguaje. En consecuencia, la inmediatez de la percepción natural queda sustituida por un proceso mediado y complejo, como tal, el lenguaje se convierte en una parte esencial del desarrollo cognoscitivo del niño (Vygotski, 2000).

Más tarde, los mecanismos intelectuales relacionados con el lenguaje adquieren una nueva función; la percepción verbalizada del niño ya no se limita a etiquetar las cosas con nombres. En este estadio del desarrollo, el lenguaje adopta una función sintetizadora, que a su vez, es también instrumental al lograr formas más complejas de percepción cognoscitiva. (Vygotski, 2000).

En un campo visual, los elementos pendientes se perciben simultáneamente; en este sentido la percepción visual es completa. Por otra parte, el lenguaje requiere un sistema de secuencias. Cada elemento está clasificado individualmente y luego relacionado con una estructura de frase, haciendo del lenguaje algo esencialmente analítico. (Vigotsky citado en Wertsch, 1988).

Una característica esencial de la percepción humana que emerge en una edad muy temprana, es la percepción de objetos reales. “Yo no solo veo el mundo simplemente con colores y formas, sino que también percibo el mundo con sentido y significado”, (se ve un reloj no algo redondo con manecillas). Dichas observaciones

indican que la percepción humana consiste en percepciones categóricas más que en percepciones aisladas (Vigotsky citado en Wertsch, 1988: 60).

El niño es capaz de reconstruir su percepción liberándose de la estructura determinada del campo. Con ayuda de la función indicativa de las palabras el niño comienza a dominar su **atención** creando nuevos centros estructurales en la situación percibida, ampliando así las posibilidades de controlar sus actividades.

El niño que domina ya el lenguaje tiene la capacidad de dirigir su atención de un modo dinámico. Puede captar cambios desde el punto de vista de situaciones pasadas, al igual que actuar en el presente desde el punto de vista del futuro. Al controlar verbalmente su atención reorganiza su campo perceptivo (Vygotski, 2000).

La posibilidad de combinar elementos de los campos visuales presente y pasados en un solo campo de atención conduce, a su vez, a una reconstrucción básica de otra forma funcional vital, la memoria. La memoria no solo hace que los fragmentos del pasado sean validos, sino que acaba convirtiéndose en un nuevo método de unir elementos de la experiencia pasada con el presente (Vygotski, 2000).

Creado con la ayuda del lenguaje, el campo temporal para la acción se extiende tanto hacia delante como hacia atrás (Vygotski, 2000).

Al igual que en el caso de la memoria y la atención, la inclusión de signos en la percepción temporal crea las condiciones necesarias para el desarrollo de un único sistema que abarca elementos efectivos del presente, pasado y futuro. Este sistema psicológico naciente en el niño rodea dos nuevas funciones: las representaciones simbólicas y las determinaciones de la acción proyectada (Vygotski, 2000).

### **3.8.2 Memoria y Pensamiento**

La memoria natural, surge a partir de la influencia directa de estímulos externos en los seres humanos. Desde el punto de vista de la estructura, todo el proceso está caracterizado por la cualidad de inmediatez (Vygotski, 2000).

Otro tipo de memoria pertenece a una línea de desarrollo completamente distinta, coexiste con la memoria natural, desde el uso de palos y nudos hasta la escritura y la ayuda de la memoria simple, demuestra que, incluso en los primeros estadios del desarrollo histórico, los seres humanos fueron más allá de los límites de las



funciones psicológicas que les eran propias por naturaleza, progresando hacia una nueva organización de su conducta culturalmente elaborada (Vygotski, 2000).

Incluso hacer un nudo o marcar señales en un palo para recordar algo, cambian la estructura psicológica del proceso de memoria. Dichas operaciones extienden la operación de la memoria más allá de las dimensiones biológicas del sistema nervioso humano y permiten incorporar estímulos artificiales o autogenerados (signos) (Vygotski, 2000).

La memoria inmediata aparece en el contexto de las operaciones psicológicas que acompañan a la memoria mediata, en otras palabras, con un cambio en el nivel evolutivo se produce un cambio no tanto en la estructura de una sola función (memoria) como en el carácter de aquellas funciones con cuya ayuda se facilita la memorización, lo que realmente cambia son las relaciones interfuncionales que vinculan la memoria a otras funciones (Vygotski, citado Riviere, 1987).

La característica definitiva de los primeros estadios del desarrollo cognoscitivo es la memoria, para el niño pequeño, pensar significa recordar, sin embargo, para el adolescente recordar significa pensar. Su memoria esta tan *logicalizada* que recordar se reduce a establecer y hallar reacciones lógicas (Vygotski, citado Riviere, 1987).

Esta logicalizacion indica cómo cambian las relaciones entre las funciones cognoscitivas a lo largo del desarrollo, en la etapa transicional, todas las ideas y conceptos, todas las estructuras mentales, dejan de organizarse de acuerdo con tipos familiares para constituirse en conceptos abstractos (Vygotski, citado Riviere, 1987).

La esencia íntima de la memoria humana es que recuerdan con ayuda de signos. La característica básica de la conducta humana es que las personas influyen en sus relaciones con el entorno, y a través de dicho entorno modifican su conducta, sometiéndola a su control (Vygotski, 2000).

### **3.8.3 Aprendizaje y Desarrollo**

El niño aprende el lenguaje a partir de los adultos, a través de sus preguntas y respuestas adquiere gran variedad de información, al imitar a los adultos y ser instruido acerca de cómo actuar, los niños desarrollan un verdadero almacén de

habilidades. Desde que el niño aprende los nombres de los objetos en su entorno, no hace otra cosa más que aprender. El aprendizaje y el desarrollo están interrelacionados desde los primeros días de vida del niño (Vygotski, 2000).

El aprendizaje debe equipararse al nivel evolutivo del niño:

Nivel evolutivo real, es el nivel de desarrollo de las funciones mentales de un niño, establecido como resultado de ciertos ciclos evolutivos llevados a cabo, cuando se determina la edad mental de un niño utilizando test se trata el nivel evolutivo real, es decir lo que el niño puede hacer sin ayuda (Vygotski, 2000).

La zona de desarrollo próximo, es la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otros compañeros más capaces (en el caso escolar) (Vygotski, 2000).

El nivel real de desarrollo, es lo que revela la resolución independiente de un problema, el nivel de desarrollo real define las funciones que ya han madurado, es decir, los productos finales del desarrollo. La zona de desarrollo próximo define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, funciones que en un mañana próximo alcanzarán su madurez. (Vygotski, 2000).

El nivel de desarrollo real caracteriza el desarrollo mental retrospectivamente, mientras que la zona de desarrollo próximo caracteriza el desarrollo mental prospectivamente. La zona de desarrollo próximo permite trazar el futuro inmediato del niño, así como su estado evolutivo dinámico. Lo que se encuentra hoy en la zona de desarrollo próximo se encontrará mañana el nivel real de desarrollo (Vygotski citado en Wertsch, 1993).

Un simio puede aprender cantidad de cosas mediante el entrenamiento, utilizando sus capacidades mentales y mecánicas, pero nunca podrá aumentar su inteligencia, es decir, no se le podrá enseñar a resolver de modo independiente problemas que excedan su capacidad. "Por ello, los animales son incapaces de aprender en el sentido humano de término, el aprendizaje humano presupone una naturaleza social

específica y un proceso, mediante el cual los niños acceden a la vida intelectual de aquellos que lo rodean” (Vygotski, 2000: 136).

Los niños pueden imitar una serie de acciones que superan con creces el límite de sus propias capacidades. A través de la imitación son capaces de realizar más tareas en colectividad o bajo la guía de los adultos. (Vygotski citado en Wertsch, 1993).

En los niños el aprendizaje orientado hacia los niveles evolutivos que ya se han alcanzado resulta ineficaz desde el punto de vista del desarrollo total de pequeño. Este tipo de enseñanza no aspira a un nuevo estadio en el proceso evolutivo, sino que más bien va a remolque de dicho proceso. Así pues, la noción de una zona de desarrollo próximo nos ayuda a presentar una fórmula, a saber, *que el “buen aprendizaje” es solo aquel que precede al desarrollo* (Vygotski, 2000:138).

La adquisición del lenguaje proporciona un paradigma para el problema de la relación entre el aprendizaje y el desarrollo. El lenguaje surge, en un principio, como un medio de comunicación entre el niño y las personas de su entorno. Solo mas tarde, al convertirse en lenguaje interno, contribuye a organizar el pensamiento del niño, es decir, se convierte en una función mental interna (Vygotski, 2000).

Lo que crea la zona de desarrollo próximo es un rasgo esencial de aprendizaje, es decir, el aprendizaje despierta una serie de procesos evolutivos internos capaces de operar solo cuando el niño está con las personas de su entorno y en cooperación con algún semejante. Una vez se han internalizado estos procesos, se convierten en parte de los logros evolutivos independientes del niño (Vygotski citado en Kozulin, 1994).

Aprendizaje no equivale a desarrollo, no obstante, el aprendizaje organizado se convierte en desarrollo mental. *Así pues, el aprendizaje es un aspecto universal y necesario del proceso de desarrollo culturalmente organizado y específicamente humano de las funciones psicológicas* (Vygotski citado Baquero, 1990).

Los procesos evolutivos no coinciden con los procesos del aprendizaje. Por el contrario, el proceso evolutivo va a remolque del proceso de aprendizaje, esta secuencia es lo que se convierte en la zona de desarrollo próximo. En el momento que el niño asimila el significado de una palabra, o domina una operación como

puede ser la suma o el lenguaje escrito, sus procesos evolutivos apenas van comenzando. Esta hipótesis establece la unidad, no la identidad, de los procesos de aprendizaje y los procesos de desarrollo interno (Vygotski citado en Baquero, 1990).

### **3.9 Pensamiento y Lenguaje**

Para Vygotsky el camino a seguir en el estudio del pensamiento y lenguaje, es el “*análisis de unidades*”. La unidad de pensamiento verbal que reúne los requerimientos es el “**significado**”. Una palabra sin significado es un sonido vacío, no una parte del lenguaje humano, puesto que el significado de las palabras es tanto pensamiento como habla, el análisis semántico es la unidad buscada (Vygotsky, 2006).

La función primaria del lenguaje es la comunicación, el intercambio social. La comunicación verdadera presupone una actitud generalizadora que es una etapa avanzada en el desarrollo del significado de las palabras. Las formas superiores de intercambio humano son solo posibles porque el pensamiento del hombre refleja una realidad conceptualizada. En ausencia de un sistema de signos lingüísticos u otros, solo es posible el más limitado tipo de comunicación que se manifiesta por medio de elementos expresivos. (Vygotsky, 2006).

La razón por la cual ciertos pensamientos no pueden ser comunicados a los niños, aunque estén familiarizados con las palabras necesarias, es porque falta el **concepto generalizado** que asegure la comprensión total. Tolstoi dice: “Cuando el concepto ha madurado casi siempre hay una palabra disponible” (Tolstoi citado en Vygotsky, 2006).

#### **3.9.1 Lenguaje Egocéntrico**

El lenguaje va de lo social a lo individual. El primer lenguaje del niño es esencialmente social, primero es global y multifuncional, más adelante sus funciones comienzan a diferenciarse. A cierta edad el lenguaje del niño se encuentra dividido en habla egocéntrica y comunicativa. Las dos formas son sociales, aunque sus funciones difieran. El lenguaje social emerge cuando el niño transfiere las formas de comportamientos sociales, participantes a la esfera personal-interior de las funciones psíquicas, y se da cuando empieza a conversar consigo como lo ha estado haciendo con otros, cuando las circunstancias lo fuerzan

a detenerse y pensar, el ya está listo para pensar en voz alta. Este pensar en voz alta es el lenguaje egocéntrico, extraído del lenguaje social general, conduce a su debido tiempo al habla interiorizada, que sirve tanto al pensamiento autista como al simbólico (Vygotsky, 2006).

El lenguaje egocéntrico es habla interna en su función psicológica y habla externa fisiológicamente, su forma externa refleja el hecho de que el niño aun no ha diferenciado completamente esta nueva función de contacto social e interacción social (Wertsch, 1988).

Vygotsky se da cuenta de que el adulto piensa socialmente aún estando solo y de que el niño piensa egocéntricamente aún estando acompañado, propone que el habla egocéntrica se minimiza y ahí comienza el desarrollo del “lenguaje interiorizado”. Descubre que el lenguaje antes de ser egocéntrico, es meramente social y posteriormente se “interioriza” (Wertsch, Del Rio y Álvarez 1997).

### **3.9.2 Ontogénesis del Pensamiento y el Lenguaje**

El lenguaje se desarrolla en cuatro etapas:

- 1) La primera es la primitiva que corresponde al pensamiento pre-verbal y al lenguaje pre-intelectual. En esta etapa encontramos balbuceo, gritos y las primeras palabras.
- 2) Después sigue la etapa donde el niño experimenta con las propiedades físicas de su propio cuerpo y los objetos que lo rodean, aplica el uso de herramientas, es el primer ejercicio de la inteligencia práctica del niño, se manifiesta por el uso correcto de formas y estructuras gramaticales antes de entender las operaciones lógicas en las cuales se apoya.
- 3) La tercer etapa puede distinguirse por signos externos, operaciones externas que son utilizadas como ayuda a la solución de problema internos, se cuenta con los dedos o recurre a ayudas nemotécnicas, en el desarrollo del lenguaje corresponde a la fase egocéntrica.
- 4) En la cuarta etapa es la de crecimiento interno, la operación externa se convierte en interna, el niño cuenta en la cabeza y usa la memoria lógica, el niño empieza a operar con relaciones inherentes y signos interiorizados (Vygotsky, 2006).

Ontogenéticamente pensamiento y el lenguaje se desarrollan de manera separada y en un punto determinado estas líneas se encuentran (Vygotsky, 2006).

El lenguaje interiorizado se desarrolla a través de lentas acumulaciones de cambios funcionales y estructurales, se separa el habla externa del niño, simultáneamente con la diferencia de las funciones sociales y egocéntricas del lenguaje, y finalmente las estructuras de este último, dominadas por el niño se convierten en las estructuras básicas del pensamiento (Siguan, 1987).

El desarrollo del pensamiento está determinado por el lenguaje, es decir, por las herramientas lingüísticas del pensamiento y la experiencia sociocultural del niño. Esencialmente, el desarrollo del lenguaje interiorizado depende de factores externos, el desarrollo de la lógica del niño, es una función directa del lenguaje socializado. El crecimiento intelectual del niño depende del dominio de los medios sociales del pensamiento, esto es, el lenguaje (Siguan, 1987).

La naturaleza misma del desarrollo cambia de lo biológico a lo sociocultural. El pensamiento verbal no es una forma innata, natural de la conducta pero está determinado por un proceso histórico-cultural y tiene propiedades específicas y leyes que no pueden ser halladas en las formas naturales del pensamiento y la palabra. El pensamiento y el lenguaje se convierten en problema central de la psicología humana histórica y de la psicología social (Vygotsky, 2006).

### **3.9.3 La Formación del Concepto**

Todas las funciones psíquicas superiores son procesos mediatizados, y los signos, los medios básicos utilizados para dominarlos y dirigirlos. El signo mediatizador está incorporado a su estructura como una parte indispensable, verdaderamente central del problema en su totalidad. En la formación del concepto, ese signo es la palabra, la que desempeña primero el papel de medio, y más tarde se convierte en un símbolo (Vygotsky, 2006).

La evolución de los procesos de los cuales resulta eventualmente la formación del concepto, comienza en la primera infancia, pero las funciones intelectuales que en una combinación específica forman la base psicológica del proceso de formación del concepto, maduran, toman forma y se desarrollan solamente en la pubertad (Vygotsky citado en Wertsch, 1993).

La formación del concepto se efectúa a través de tres fases básicas:

- 1) El significado de la palabra denota para el niño pequeño nada más una **conglomeración sincrética vaga de los objetos individuales** que por alguna razón se encuentran unidos en su mente en la imagen que debido a su origen sincrético es altamente inestable.
- 2) El **sincretismo** es el fenómeno de compensar con una superabundancia de las conexiones subjetivas la insuficiencia de las relaciones objetivas bien aprendidas, y a confundir estos vínculos subjetivos con enlaces reales entre las cosas. Los significados que tienen las palabras para el niño y para el adulto a veces se encuentran y aseguran el entendimiento mutuo.
- 3) Incluye el pensamiento en **complejos**, en un complejo los objetivos individuales se unen en la mente infantil, no solo por medio de sus impresiones subjetivas, sino también a través de vínculos que existen realmente entre esos objetos. Este pensamiento es ya coherente y objetivo, aunque no refleja las relaciones objetivas del mismo modo que el pensamiento conceptual (Vygotsky, 2006).

Existen 5 tipos básicos de complejos:

- 1) El primer tipo es el **asociativo**, puede estar basado en cualquier vínculo que advierta el niño entre objetos, no tiene que ser un rasgo común. La misma palabra puede agrupar objetos por color, forma, tamaño, puede ser similitud o contraste.
- 2) El segundo tipo consiste en la **combinación** de objetos o de impresiones concretas que causan en el niño los grupos que están mucho más cerca de parecer **colecciones**. Ejemplo taza, plato y cuchara, aun cuando el adulto habla de vajilla piensa en objetos concretos y no en conceptos generalizados.
- 3) El tercer tipo son los **complejos cadena**, no existe consistencia entre tipos de enlaces o en la manera en que un eslabón de la cadena se une con el que le precede y el que le sigue, y la muestra original no tiene un significado central, cada eslabón una vez incluido es tan importante como el primer y puede convertirse en el imán que atraiga otra serie de objetos. La cadena no tiene núcleos, existen solamente relaciones entre elementos aislados. Un complejo no se eleva por sobre sus elementos como lo hace el concepto.

- 4) El cuarto tipo es el **complejo difuso**, se caracteriza por la fluidez de cada atributo que une los elementos aislados, por medio de vínculos difusos se forman grupos de objetos, por ejemplo, un triángulo a un trapecio, trapecio a un cuadrado, cuadrado-hexágono, hexágono-semicírculo, y finalmente círculo.
- 5) El quinto tipo es el puente entre los complejos descritos y la formación del concepto, se les da el nombre de **pseudo-conceptos**, puesto que la generalización formada en la mente infantil, aunque fenotípicamente semejante al concepto adulto, es psicológicamente muy diferente de concepto propiamente dicho, en esencia es todavía un complejo. Aunque los resultados sean los mismos el modo en que se llega a ellos es distinto al pensamiento conceptual. Se resuelve por complejo asociativo y no por idea general o concepto (Vygotsky, 2006).

#### **3.9.4 Pseudoconceptos**

Los pseudo-conceptos predominan sobre todos los otros complejos en el pensamiento del niño preescolar, las líneas a lo largo de las cuales evoluciona un complejo están predeterminadas por el significado que una palabra dada tiene también en el lenguaje de los adultos (Vygotsky citado en Wertsch, 1993).

El pseudo-concepto sirve de eslabón de enlace entre el pensamiento en complejos y en conceptos, y posee una naturaleza dual, ya que el complejo también es portador de la semilla que hará germinar el concepto. El intercambio verbal con los adultos se convierte un factor importante en el desarrollo de los conceptos del niño, ya que el adulto suministra significados de palabras alrededor del cual el niño forma complejos. Su pensamiento avanza a lo largo de un camino pre-ordenado de un modo peculiar que corresponde a su nivel de desarrollo intelectual (Vygotsky citado en Wertsch, 1993).

En la etapa de los complejos, los significados de las palabras tal como son percibidos por el niño se refieren a los mismos objetos que el adulto tiene en mente, lo cual asegura el entendimiento mutuo aunque el niño piensa lo mismo de un modo diferente, por medio de distintas operaciones mentales (Vygotsky citado en Wertsch, 1993).



### 3.9.5 Conceptos

Un nombre nunca es un concepto cuando surge por primera vez, resulta en general que es demasiado estrecho o demasiado amplio, por ejemplo la palabra rusa para decir vaca significaba con cuernos. Este nombre resulta limitado y a la vez amplio, lo cual trae como resultado una lucha incesante entre el pensamiento conceptual y la herencia del primitivo pensamiento en complejos dentro de las lenguas en desarrollo. El nombre que se crea en complejo, basado en un atributo, entra en conflicto con el concepto del que ha sido fundamento, y en la disputa entre el concepto y la imagen que da nacimiento al nombre, esta última se olvida gradualmente; se desvanece de la conciencia y la memoria, y se destruye el significado original de la palabra (Vygotsky, 2006).

La palabra primaria no es un símbolo estrictamente adecuado a un concepto sino más bien una imagen, una figura, un esbozo mental de un concepto, un corto relato sobre ella. Al nombrar un objeto por medio de tal concepto ilustrativo, el nombre lo incluye en un grupo con un determinado número de otros objetos. En este aspecto el proceso de creación del lenguaje es análogo al proceso de formación en el desarrollo intelectual infantil (Vygotsky citado en Wertsch, 1993).

El pensamiento complejo comienza la unificación de las impresiones dispersas organizando en grupos los elementos desunidos de la experiencia, y crea así bases para generalizaciones posteriores. El concepto desarrollado presupone algo más que la unificación, para formarlo, *también es necesario abstraer, separar los elementos y considerarlos aparte de la totalidad de la experiencia concreta en la cual están encajados*. En la forma genuina del concepto la unión es tan importante como la separación: la síntesis debe ser combinada con el análisis (Vygotsky, 2006).

Cuando la persona puede agrupar por conceptos ha llegado al nivel de abstracción, en donde puede aplicarlos y generalizarlos e inclusive sintetizarlos. Es por eso que solo mediante el dominio de la abstracción y del uso del pensamiento complejo avanzado se llega a la formación de conceptos genuinos (Vygotsky, 2006).

### **3.10 Abstracción**

El primer paso para la abstracción se realiza cuando el niño agrupa en un mismo conjunto elementos con mayores similitudes. En la etapa siguiente se agrupa sobre la base de un solo atributo. Estas formaciones como los pseudo-conceptos son precursores de los conceptos verdaderos. Denominados **conceptos potenciales** (Vygotsky, 2006).

Solamente el dominio de la abstracción combinado con el pensamiento complejo avanzado, permite al niño progresar en la formación de los conceptos genuinos. Un concepto emerge solamente cuando los rasgos abstraídos son sintetizados nuevamente y la síntesis abstracta resultante se convierte en un instrumento principal de pensamiento. El papel decisivo en este proceso lo juega la palabra, usada deliberadamente para dirigir todos los procesos de la formación del concepto avanzado (Vygotsky, 2006).

Un concepto se forma a través de una operación intelectual en la cual las funciones mentales elementales participan en una combinación específica. Estas operaciones están guiadas por el uso de palabras como medios de centrar activamente la atención, o abstraer ciertos rasgos, sintetizándolos y simbolizándolos por medio del signo (Vygotsky, 2006).

### **3.11 Interacción Pensamiento y Lenguaje**

En su desarrollo ontogenético, el pensamiento y el lenguaje provienen de distintas raíces genéticas. En el desarrollo del habla existe una etapa preintelectual, y en su desarrollo intelectual una etapa prelingüística, sin embargo en el desarrollo estas líneas independientes una de otra se encuentran, y entonces el pensamiento se torna verbal y el lenguaje, racional (Vigotsky, 2004).

Pensamiento y lenguaje se originan en la interacción, pero el primero es un producto de la interacción material, de la interacción con los objetos, mientras que el lenguaje es un producto de la interacción social, de la interacción con el otro. El pensamiento verbal parece, justamente, como la intersección entre ambas líneas de desarrollo. El significado de la palabra evoluciona en manos del niño a medida que va dominando

el lenguaje y, en consecuencia, se modifica su modo de generalizar la realidad, así como la relación entre pensamiento y habla (Vigotsky, 2004).

El pensamiento y el lenguaje son la clave de la naturaleza de la conciencia humana. Las palabras tienen un papel destacado tanto en el desarrollo del pensamiento como en el desarrollo histórico de la conciencia en su totalidad. Una palabra es un microcosmos de la conciencia humana (Vigotsky, 2004).

### **Síntesis**

Esta teoría muestra la importancia del entorno social en el desarrollo de cada individuo, el lenguaje (signo, herramienta social) incorpora al individuo a una sociedad y a través de este se reproduce la cultura y es precisamente en lo social entendido como los signos que median la relación del hombre con el entorno donde se debe incidir para lograr un cambio de pensamiento.

La importancia de comparar el modelo Tradicional con el Occidental o Moderno, es detectar que son los signos los que están reproduciendo un modelo en la relación sujeto-droga, en el caso del tradicional la aceptación social ha permitido que esta relación no afecte el desarrollo de una persona dentro de una la sociedad, situación que en Occidente es distinta y ha desencadenado distintos problemas sociales.

El cambio a lograr para nuestro tema es en la concepción moderna de las drogas, ya que el modelo occidental predominante reproduce violencia, guerra, muerte, intolerancia, delincuencia, marginación, insalubridad, desinformación, estigmatización, etc.

## CAPITULO IV

### **Teoría de Vygotsky Aplicada al Fenómeno de las Drogas**

En este capítulo se desarrolla la propuesta de esta tesis, entender el fenómeno de las drogas desde una perspectiva Socio-Histórico-Cultural, en la que se comprenda que drogas han existido siempre y que se debe aprender a convivir con ellas como individuos y como sociedad, y que para lograr esto no se debe perfeccionar el modelo represivo del Ético-Jurídico ni el de enfermedad del Médico-Sanitaria ya que esto asegura la reproducción infinita de este pensamiento que hasta el momento solo ha logrado el incremento de crimen, se debe incidir en los signos ya que son estos los que regulan la conducta humana. Ya que todo proceso sucede dos veces, primero a nivel social y después en lo individual, para lograr incidir en los signos en este capítulo se propone impactar socialmente en 5 aspectos: ilegalidad, marginación, estigmatización, insalubridad y desinformación.

#### **4.1 Drogas y Cultura**

En todos los tiempos, movido por la curiosidad, el deseo o la necesidad, el hombre ha buscado sustancias que le proporcionen estados placenteros, éxtasis místico, supresión u olvido del dolor físico o moral. El uso social, cultural o religioso de sustancias psicotrópicas (hongos, plantas, alcohol, etc.) forma parte de la historia de las costumbres y hasta las últimas décadas no representaba un problema o una amenaza grave para la humanidad (Massun, 1991).

En América latina cada cultura prehispánica, cada grupo étnico tenía o tiene sus drogas socialmente aceptadas, pero existían también las normas de uso que se transmiten de una generación a otra y que todos respetaban (Massun, 1991).

Drogas ha habido y habrá siempre, y hasta se puede decir que vivimos en una sociedad de drogas, puesto que es utópico pensar en suprimirlas hay que aprender a convivir con ellas como se convive con la energía atómica y otras tantas creaciones peligrosas de la tecnología moderna (Massun, 1991).

En la actualidad cuando se habla de drogas se percibe a estas, a quienes comercian con ellas y a los usuarios desde la perspectiva de la prohibición. Se piensa erróneamente que la prohibición legal ha existido en todo momento y en todo

lugar y que los juicios de valor al respecto no han conocido cambios sustanciales a través del tiempo. Aun más, se tiende a confundir el esquema de percepción dominante en un momento determinado como el más razonable y objetivo, éticamente aceptable y efectivamente compartido por todos los agentes sociales. Nada más opaco a la comprensión histórica y social del fenómeno que la creencia ciega en el discurso de los funcionarios gubernamentales relacionados con las instituciones responsables de la llamada “Lucha Contra las Drogas”. Discurso cargado de juicios de valor, generador de informaciones a medias y desinformación, discurso con aspiraciones universalizantes (Astorga, 1996).

#### **4.2 Teoría de Vygotsky Aplicada al Fenómeno de las Drogas**

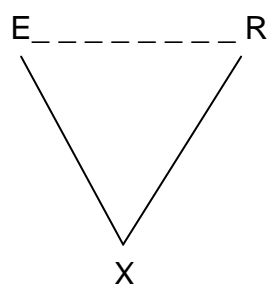
La teoría de Vygotsky se puede aplicar para crear un modelo socio-histórico-cultural del fenómeno de las drogas, el cual permitiría complementar el jurídico y el médico creando un espectro más amplio en la relación entre sujeto y drogas.

La finalidad de plantear en este trabajo dos modelos (occidental y tradicional) es mostrar que un mismo fenómeno puede ser percibido de manera distinta dependiendo del proceso histórico en el que se ha desenvuelto y que aunque un modelo predomine en una sociedad tiene la posibilidad de cambio.

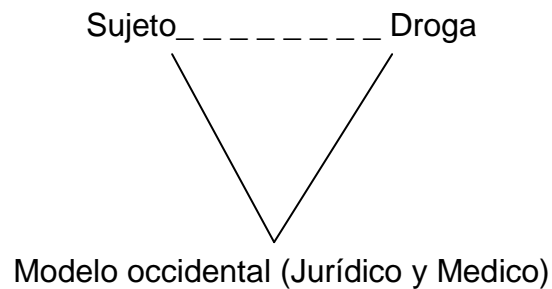
Los Procesos Psicológicos Superiores se originan en la vida social, y es ahí donde debe iniciar el cambio, para que siguientes generaciones se desarrollen en un entorno distinto.

##### **4.2.1 Operaciones con Signo**

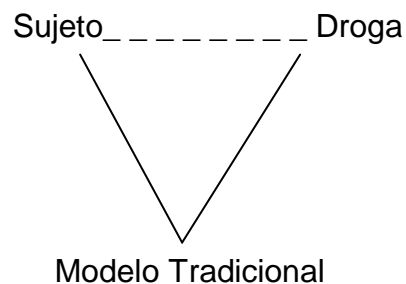
Recordemos que Vygotsky introduce a la interacción hombre-ambiente el concepto de mediación, que se refiere al uso de signos. Pasamos de un modelo Estimulo-Respuesta (E-R) que explica los procesos psicológicos básicos a uno donde el signo (X) esté mediando la relación entre Estimulo y Respuesta (Vygotski, 2000).



En el caso del modelo occidental predominante en materia de drogas la relación entre el sujeto y drogas esta mediada por los signos del Modelo Jurídico y Medico, se expresa del siguiente modo:



El modelo tradicional se expresa de este modo:



El signo le permite al sujeto el control de su conducta, así, el entorno socio-cultural influye en la respuesta que se le da aun mismo estímulo, en los dos modelos (tradicional y occidental) encontramos a un sujeto y a una droga, la relación entre estos dependerá del contexto en el que se desenvuelva la persona.

Un modelo que solucione conflictos relacionados con drogas debe incidir en los signos, en los instrumentos de mediación para cambiar la relación sujeto-droga, ya que intentar resolverlo a través del mismo modelo como se ha hecho en México desde hace 500 años solo asegura la reproducción infinita del problema.

#### **4.2.2 Cambio en el Signo**

Al hablar de signo nos referimos al lenguaje, este orienta la actividad humana y su desarrollo involucra la internalización de las actividades socialmente arraigadas (Vygotski, 2000).

A partir de la idea desarrollada por Vygotsky en la que los cambios aparecen dos veces, una a nivel social y después a nivel individual (de lo interpersonal a lo intrapersonal) (Vygotski, 2000), el cambio en el signo se debe hacer en tres niveles:

- 1) Influir en el entorno social, la propuesta de este trabajo es a través de la Ilegalidad, Marginación, Estigmatización, Insalubridad, Prejuicio y Desinformación (temas trabajados en la última parte de este capítulo).
- 2) Al impactar a nivel social éste influirá en el sujeto.
- 3) El sujeto transmitirá a siguientes generaciones por medio del lenguaje nuevas formas de interpretación del fenómeno de las drogas cambiando la relación hombre-droga.

#### 4.2.3 Lenguaje y Desarrollo.

Para puntualizar sobre el papel del lenguaje en la interpretación de un fenómeno social se muestra el siguiente cuadro:

Tabla 6.

	<b>Modelo Occidental</b>	<b>Modelo Tradicional</b>
<b>Droga.</b>	Altera la conciencia.	Da conocimiento al hombre.
<b>Consumidor.</b>	Delincuente y/o Enfermo	Hombre sabio
<b>Tipo de uso</b>	Recreativo, experimentación, escape.	Ritual
<b>Contexto en el que se consume.</b>	Ilegalidad y narcotráfico.	Rituales de curación
<b>Rol social del consumidor.</b>	Marginación social.	Prestigio en la comunidad.
<b>Percepción social.</b>	Altera el orden social.	Es parte de las costumbres.

Este cuadro muestra en términos generales las diferencias entre MO y MT, donde es importante aclarar que la solución que se propone en este trabajo no es introducir el modelo tradicional al pensamiento actual, ya que éste está desarrollado dentro de un pensamiento religioso del cual sería imposible dotar a la sociedad actual.

La idea central es mostrar que existen otras formas de relacionarnos con las drogas, para poder crear un nuevo modelo de pensamiento que evolucionará con el lenguaje en cada nueva generación a través del desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores.

#### **4.2.4 Percepción y Atención (Sobre Drogas)**

El lenguaje nos hace dominar nuestra atención y por tanto percibir el mundo con sentido y significado (Vygotski, 2000), a las drogas (en particular las ilegales) les damos en términos generales una connotación social negativa al relacionarlas con delincuencia, inseguridad, marginación, ilegalidad, insalubridad, etc. Por tal motivo al actuar en el entorno modificaríamos directamente la percepción de este fenómeno social.

#### **4.2.5 Memoria y Pensamiento (Sobre Drogas)**

La memoria humana es recordar con signos, es decir, con el lenguaje (Vygotski, 2000), por eso esta tesis propone influir en el lenguaje para que el pensar en “Drogas”, “Usuarios de Drogas” o en la relación “Hombre-Droga” no esté ligado a connotaciones socialmente negativas.

Al influir socialmente esto genera cambios desde los primeros estadios del desarrollo cuando las estructuras mentales se organizan con tipos familiares y por tanto en su futura evolución a conceptos abstractos durante la adolescencia donde recordar significa pensar, es decir, recordar se reduce a establecer y hallar relaciones lógicas (Vygotski, 2000). Debemos buscar que estas relaciones lógicas no sean únicamente ligadas a “delincuencia y enfermedad”.

#### **4.2.6 Aprendizaje y Desarrollo (Sobre Drogas)**

Desde niños aprendemos lenguaje y conductas de los adultos, proceso en el que accedemos a la vida intelectual del entorno. El aprendizaje organizado se convierte en desarrollo mental, aspecto necesario para el desarrollo culturalmente organizado (Vygotski, 2000).

Al influir en los signos para cambiar la relación hombre-droga se cambia lo que se aprende sobre este fenómeno y se actúa sobre él, influir socialmente significa permear a las familias que enseñaran a sus hijos a actuar de manera distinta ante



este fenómeno, ya que el entorno directo es la familia y de ahí adquirirá habilidades específicas incluyendo las relacionadas en nuestro tema.

#### 4.2.7 Pensamiento y Lenguaje (Sobre Drogas)

Como se menciona anteriormente la forma de realizar un cambio de modelo es a través de influir en los signos que median la relación del hombre con su entorno, incidir en los signos es actuar sobre el lenguaje que como consecuencia crea un cambio en el pensamiento, esto se hace a través del “significado” ya que éste es tanto pensamiento como lenguaje (Vygotsky, 2006).

Los significados aseguran el entendimiento, la comunicación verdadera presupone una actitud generalizadora, el intercambio humano es solo posible porque el pensamiento refleja una realidad conceptualizada. El concepto generalizado asegura la comprensión total (Vygotsky, 2006).

En el siguiente cuadro se muestra los conceptos y los significados resultados de los dos modelos trabajados:

Tabla 7.

Modelo	Concepto	Significado
Occidental	Droga (general)	Para la OMS el termino Droga (o fármaco) es el nombre genérico que designa cualquier sustancia que al introducirse en un organismo vivo, produce alteraciones en su estructura o funcionamientos normales (cambios físicos y/o mentales) (Massun, 1991).
Tradicional	Hongos Sagrados (especifico)	En Mazateco se conocen como <i>ntixti</i> , los “niñitos” y también como “sa se” los “payasos”, “ntitsojmi”, las “cositas”, el más sagrado de los nombres es “ <i>nti xi tho</i> ”, “las cositas que brotan” (Wasson, 1983).

Los conceptos mostrados en el cuadro anterior son el resultado de un proceso histórico cultural, ya que ningún nombre es un concepto cuando surge por primera

vez. Igualmente a nivel individual la formación del concepto es un largo recorrido que inicia en la infancia y se consolida en la pubertad (Vygotsky, 2006).

El proceso histórico cultural en el que está desarrollado cada concepto da sentido a la forma en la que se relaciona hombre-droga y por tanto la forma de percibir el fenómeno y actuar sobre este (Vygotsky, 2006).

A nivel individual el significado de la palabra “Droga” (o conceptos que se desprenden de este) evoluciona desde la niñez a medida que se domina el lenguaje, esto trae como consecuencia que se modifica el modo de generalizar la realidad. Impactar a nivel social traería como consecuencia, modificaciones en el sujeto en la interacción con las drogas y las generalizaciones que se hacen de la realidad a través del lenguaje se modificarían desde la infancia cambiando la connotación negativa predominante en el pensamiento occidental o moderno.

Incidir en las palabras es incidir en el pensamiento y por tanto en el desarrollo histórico de la conciencia. Una palabra es un microcosmos de la conciencia humana (Vygotsky, 2006).

Lenguaje y pensamiento (en su relación con los otros Procesos Psicológicos Superiores) cobran vital importancia en la propuesta de un cambio social e individual ya que son la clave de la naturaleza de la conciencia humana

### **4.3 Modelo Socio Histórico Cultural en Drogas (Implicaciones)**

El modelo socio histórico cultural aplicado a las drogas debe partir de la idea de aprender a convivir con las drogas ya que se han prohibido por 500 años en México y no se han podido suprimir, y esto no se logrará perfeccionando los métodos represivos que históricamente se han utilizado.

La propuesta en este trabajo es incidir a nivel social, y el modo de hacerlo es a través de impactar en 5 esferas sociales que reproducen el modelo occidental, estas son: ilegalidad, marginación, estigmatización, insalubridad y desinformación. Para fines de esta investigación se desarrollan por separado, sin embargo, entre estas 5 existe una estrecha relación, y su interacción ocasiona que el cambio en una afecte al resto.

### 4.3.1 Ilegalidad

La distinción entre drogas legales e ilegales refleja las formas en que se plantea en una sociedad la relación sujeto-droga.

Cuando hablamos de drogas legales es en general socialmente aceptada. El individuo tiene una adecuación entre sí mismo y el mundo que lo rodea, por ejemplo, parece desadaptativo no fumar puro en una boda o en el nacimiento de un hijo siendo varón, al igual que no brindar con champaña (o alguna otra bebida alcohólica) ante un acontecimiento importante (Becoña & Vázquez, 2001).

La ilegalidad planteada por los modelos jurídico y de salud son una solución parcial al problema, por eso el problema crece, aumenta y se internacionaliza, daña la salud de los habitantes y se configura como una situación transnacional (Díaz, 1994).

Penalizar la venta y el consumo ha creado un mercado ilegal lucrativo, y condenado a los consumidores a la ilegalidad, con lo cual no solo se compran drogas adulteradas sino que el sistema los convierte automáticamente en delincuentes y les impide buscar ayuda (García, 1988).

Las medidas que se adoptan para evitar el consumo de drogas estarán asociadas al fracaso si no hay un buen conocimiento sociocultural (signos), de las situaciones habituales de esa cultura, el grupo social en cuestión, y la relación entre creencias y valores culturales y drogas (Becoña & Vázquez, 2001).

El punto no es tratar de eliminar por medio de procesos de normalización las conductas, el punto es entenderlas y si es posible reducir su impacto o transformarlas (Milanese, 2009).

La prohibición es una historia antigua, ocurrió en China con el opio, en Rusia con el café, en Paraguay con el mate de yerbas, etc. y el mejor ejemplo es EUA donde en 1924 se aprobó la ley Volstead (Ley Seca) destinada a impedir el consumo y tráfico de alcohol dentro de EUA, la prohibición no se tradujo en una disminución del consumo, simplemente cambiaron las formas de consumo y de compraventa, creció el número de alcohólicos y se disparó la corrupción y el crimen. El enfoque policial solo llevó a la represión, no atacó la raíz de la drogodependencia (Díaz, 1994).

Existen dos grandes corrientes, la represiva de EUA y la tolerante impulsada por países de Europa principalmente Holanda de la primera se desprende el narcotráfico, corrupción y por supuesto los miles de muertos por la guerra. De la segunda hay mucho que aprender, la tolerancia holandesa es una forma de control social. Ante divergencias que no dañen a terceros lo mejor es la tolerancia y el llamado moral al autocontrol. Ante conflictos o problemas sociales, lo más útil es el acuerdo y el compromiso. La represión y la intervención son dañinas y generan nuevos y más grandes problemas (Zaitch, 1998).

El problema de la droga es el problema de la persecución de las drogas, el uso de drogas no es sencilla y expeditamente un peligro a erradicar (el peligro estriba en su prohibición, su adulteración, la falta de información sobre ellas, y de preparación para manejarlas, el gangsterismo, de lo que rodea la obsesión de curar que las proscriben o las prescribe) sino que son también y principalmente un derecho a defender (Savater, 1988).

Los partidarios de la penalización de las drogas argumentan que se trata de un problema, ya sea de delincuencia o de enfermedad, en este marco se acentúa la legislación represiva y se pone el acento en el carácter desviado de la conducta del drogadicto. El debate en derecho penal es la represión del productor, del intermediario y/o del consumidor (Díaz, 1994).

El enfoque central ha sido el jurídico-represivo, dando giros alrededor de espectaculares y persecuciones interminables, para concluir que lo que se necesita son más cárceles, más policías, endurecer las acciones y dedicar más presupuesto al renglón (Díaz, 1994).

El tema de la ilegalidad no se limita a los aspectos de seguridad social y sanitaria del cuidado y mejoramiento de salud, sino que postula “la defensa de los derechos de los usuarios de drogas”, reivindicando su condición de ciudadanos con los mismos derechos a la vida, libertad, estabilidad y acceso a la salud (Newman, 1984).

Las políticas sobre drogas han estado dirigidas hacia la represión y el control de la producción y el tráfico, sin ponerle el suficiente cuidado a la problemática del consumo. Debemos aprender a convivir con las drogas por lo que se debe plantear

objetivos más lógicos y alcanzables como la reducción y la limitación (Newman, 1984).

Los cambios deben iniciar en los servicios de atención, por ejemplo: dejar la idea de que la abstinencia es la única meta, ampliar la cobertura (llevar los servicios a los sitios de reunión), ofrecer una amplia gama de servicios y alternativas y fomentar la participación de los mismos usuarios como actores en la prevención (Castaño, 2001).

La tesis de la legislación de las drogas sostiene que lo que mata y provoca delincuencia no es la droga sino su ilegalidad. La prohibición desencadena poderosas mafias de narcotraficantes, la prohibición afecta drásticamente el funcionamiento de la sociedad civil y genera violencia social. No se puede asegurar que su legalidad aumente el consumo (Friedman, 1993).

A continuación tres puntos básicos para trabajar sobre la ilegalidad de las drogas:

- 1) La droga vendida en farmacias no mata como los preparados que se venden ilegalmente, los adulterantes son los que ocasionan el deterioro orgánico y mayormente la reacción alérgica letal.
- 2) La prohibición tiene cierto atractivo que desaparece con la legalización
- 3) La venta legal termina con las cadenas de narcotráfico.

Lo que aquí se plantea es la necesidad de sacar el problema del ámbito policial y trasladarlo a la medicina, a las farmacias y al control legal (Friedman, 1993).

Los que sostienen que la legalización de drogas dispararía los consumidores, es una circunstancia que podría manejarse en la medida que fuera el estado el directo responsable de limitar su acceso, imponer costos y dirigir su mercado, además, no necesariamente la persona que hoy no consume drogas las consumiría por ser legales, esta argumentación carece de estudios científicamente comprobados, y es una especulación moralista generada por la manipulación hegemónica de los que no están interesados en legalizar. Campañas preventivas y atención a adictos, la creación del estimulante bajo asesoría indígena (en el caso de sustancias que fueron y son tradicionalmente usadas) con la supervisión de ingenieros químicos y médicos, permitiría que la calidad fuera optimizada y vendida únicamente bajo

etiqueta, de esta manera se reduciría el riesgo de intoxicaciones tal y como sucede. Es un hecho que para abaratar la mercancía obtenida en el bajo mundo, los traficantes e intermediarios la mezclan con otros componentes hasta volverlo más tóxico y adictivo, muchas personas mueren anualmente por consumir drogas de mala calidad lo que no sucedería si existiera control de calidad (García, 2002).

En las sociedades medievales se justificaban las represiones por exigencias de fe, actualmente el abuso de las drogas, la protección a la sociedad y sus prohibiciones se justifican por exigencias de seguridad y salud. La solución no radica en un aumento de la penalidad ni en soluciones exclusivamente legales, no se ganará la guerra contra las drogas con un aumento de la represión policial porque es un problema social y no jurídico (Szasz, 1976).

El trasfondo del problema de la ilegalidad es político-moralista, se sataniza el uso de ciertas drogas y se santifica el uso de otras, no es el efecto de la sustancia, su capacidad adictiva ni sus efectos orgánicos, ni la cantidad de personas involucradas en su consumo, sino la construcción social que asegura la reproducción de un modelo prohibicionista que genera problemas ligados a la violencia (Díaz, 1994).

#### **4.3.2 Marginación**

La diferencia entre droga socialmente aceptada y una socialmente inaceptada o prohibida, es que quien usa alcohol sabe que esa droga no lo margina, la prueba está en que para que un alcohólico sea considerado marginal tiene que incurrir en una cantidad de conductas llamadas asociales (castigar a la mujer o a los hijos, robar, faltar al trabajo, etc.). Pero si se trata de una prohibida se marginaliza automáticamente, toda sociedad pone una carga mayor de prejuicio acerca de lo que es peligroso (Bulacio, Calabrese & Catani, 1988).

La marginación pone en desventaja al consumidor de alguna droga ilegal ya que en la sociedad moderna no existe una forma de uso aceptada y en el caso de adictos una integración al funcionamiento social, al segregar al consumidor se está mermando su oportunidad de desarrollarse plenamente en su entorno, lo cual se puede interpretar como un tipo de discriminación por que en un sentido estricto se separa a la persona de un grupo y se le reprime por una decisión que tomó (Myers, 2007).

Recordemos que es el sujeto el que hace la droga y no a la inversa, el pensar que todos los consumidores son drogodependientes y estos son delincuentes se asocia arbitrariamente Droga-delito-inseguridad y de este modo se justifica, las legislaciones que penalizan una conducta individual, estigmatizando al sujeto y convirtiéndolo en delincuente (Ichaurraga, 2001).

Trabajar sobre la marginación es crear una estructura social donde tenga cabida el uso de drogas, cambiando la representación social que se tiene sobre este fenómeno y que el individuo inmerso en el no sufra el aislamiento social (Ichaurraga, 2001).

Un ejemplo de trabajo sobre la marginación fue el realizado socialmente en tema de sexualidad y sida, así como fue importante como primer punto “promover conductas sexuales seguras” para evitar el contagio de enfermedades entre ellas el Sida, se debe “promover conductas de uso de drogas seguras” (lo cual vemos únicamente con drogas legales como el alcohol y el “conductor designado”) (Milanese, 2009).

Este cuadro muestra las analogías entre estas dos temáticas:

Tabla 8.

Sexo	Drogas
Promover conductas sexuales seguras (uso de preservativos)	Promover conductas de uso de drogas seguras (como el alcohol y el conductor desinado)
Incremento de la conciencia sobre el SIDA, su contagio y los que lo padecen.	Debe existir un incremento de la conciencia sobre las drogas (se habla de esto en el apartado de desinformación)
Cambio en la representación social del SIDA que se asociaba a homosexualidad, promiscuidad y prácticas sexuales anormales.	Consumidor de drogas, aun es asociado a delincuencia, y/o enfermedad.

### 4.3.3 Estigmatización

El estigma es la condición que se le da al usuario de drogas incluyéndolo en la categoría social de “enfermo o delincuente” generando una respuesta social negativa por considerar estas conductas como inaceptables o inferiores (Myers, 2007).

Habitualmente se piensa que los consumidores de drogas pertenecen a una clase social baja, que todo consumidor es adicto y la palabra adicto nos trae a la mente indigente, yonqui y las minorías étnicas de los barrios humildes, para el tipo blanco de clase media de los barrios residenciales estamos acostumbrados a usar palabras más suaves para describir sus hábitos no sus adicciones, los llamamos fumadores empedernidos pero no adictos a la nicotina, bebedores insaciables pero no alcohólicos, cafeteros pero no adictos a la cafeína, e incluso aunque muchos consumidores de heroína y de cocaína sean profesionales de clase media, pocas veces nos viene a la mente su imagen cuando pensamos en la adicción a estas sustancias. *La objeción a este tipo de frases no es una cuestión semántica, por que el uso incorrecto del lenguaje configura y refuerza modos incorrectos de pensamiento* (Goldstein, 1994).

Se nos presenta al sujeto que ha recurrido al consumo de drogas como un individuo totalmente desmotivado, con personalidad débil e incapaz de adaptarse a las exigencias de la vida social, ya sea visto como delincuente o enfermo se justifica la represión legal por el carácter desviado de sus conductas (Díaz, 1994).

La estigmatización del consumidor de drogas se ha dado desde la llegada del pensamiento occidental a América. Por ejemplo, en 1551 el concilio eclesiástico de Lima prohíbe el consumo de hoja de coca por tratarse de una “práctica pagana idólatra” en 1567 la consideran “talismán del diablo” además de una cosa sin provecho y muy aparejada para el abuso y la superstición (García, 2002).

Han pasado cerca de 500 años del estigma creado por la iglesia sobre las prácticas paganas, lo cual hace increíble que todavía en el año 2002 el entonces Secretario de Salud en México, el Dr. Julio Frenk Mora apruebe un texto de tratamiento de adicciones con el siguiente texto en la introducción:



“Hoy en día el uso de hongos y mezcalina persiste en ciertas comunidades rurales o indígenas como parte de su cultura... En conclusión podemos decir que lo que se consideró un regalo de los dioses es un verdadero regalo del demonio” (Belasco, Español & Juárez, 2002:29).

La existencia del estigma puede justificar las medidas adoptadas por una sociedad para resolver lo que consideran un problema, en EUA por ejemplo en los años ochentas, se considera aunque no existen pruebas que digan que la cocaína desató una oleada de crímenes, sin embargo, se contaban anécdotas de personas que debido a la acción de la cocaína lograban tener fuerzas sobrehumanas, un increíble aumento del ingenio y un crecimiento de la eficacia personal, que servía para aumentar la puntería en los disparos de armas de fuego, otro mito según el cual la cocaína hacía que los negros no se vieran afectados en lo más mínimo por disparos de bala de calibre 32, se dice fue la causa que indujo a que la policía de los estados del sur cambiara a revolver calibre 38. Esta información habla de los miedos de la población pero no de los efectos de la cocaína (Freud, 1980).

El caso de EUA con respecto a la cocaína es ejemplar para plantear lo que sucede actualmente en México. La lucha frontal contra el narcotráfico a través de las fuerzas armadas refleja el miedo de la sociedad por la estigmatización históricamente creada y no plantea los verdaderos efectos de las drogas (en lo social como en lo individual). La guerra contra el narcotráfico captura delincuentes pero no disminuye el tráfico, la disponibilidad y/o consumo de drogas. Atacar el estigma es en gran medida trabajar de manera objetiva con el fenómeno de las drogas y sus usuarios, donde la información manejada sea clara y la represión no sea la única vía para atacar el fenómeno. (Díaz, 1994).

#### **4.3.4 Insalubridad**

Para iniciar un cambio a nivel de salud, se debe trabajar precisamente en las normas legales y métodos de intervención que ocasionan insalubridad en la población y esto a través de tres ideas principales, la primera es cambiar el modelo de abstinencia, dejar el “todo o nada” en cuestión drogas, , la segunda idea es no atacar el consumo en sí mismo, sino también minimizar los efectos negativos pre y post consumo, la tercera es que gran parte de los problemas de salud relacionados por drogas es por su fabricación clandestina, se debe usar el conocimiento medico

para crear drogas seguras.

La interacción de estas tres ideas crearía un modelo de salud donde el consumidor deje de estar orillado a prácticas insalubres:

1. Modelo abstencionista “Todo o Nada”.
2. Minimizar efectos negativos en la salud.
3. Vendita en farmacias no mata.

El modelo de salud para drogas es en gran medida preventivo en el cual se considera deben influir distintas disciplinas (Ichaurraga, 2001), sin embargo, como se revisó en el capítulo 1, se prevé a través de enlistar los problemas de salud que acarrea cada tipo de droga al consumirla, se quiere intervenir antes de que se inicie el consumo o se convierta en abuso. Ya que el abuso en términos generales entra en otra esfera de atención limitada al tratamiento de médicos, toxicólogos y psiquiatras.

El tratamiento de adicciones empieza con la desintoxicación y apoyo psiquiátrico y tiene como ultima meta la abstinencia absoluta. El doctor Oliver Veinstein, uno de los pioneros en tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes, considera que aproximadamente un 30% de los que reciben tratamiento completo parecen estar curados (Massun, 1991).

Si lo expuesto por el Doctor Oliver Veinstein es cierto tenemos un 70% de consumidores que no lograron la meta de la abstinencia y por tanto están fuera de lo planteado por el modelo de salud y sin ningún tipo de atención o seguimiento. (Veinstein 1989, Citado en Massun, 1991).

El modificar el modelo de abstinencia absoluta es una manera de abordar el problema de salud, en esta idea se dejan de lado las sustancias como eje fundamental de la intervención, aceptando que estas han existido, existen y existirán, que siempre habrá personas que las consuman y que algunos no quieren dejar de hacerlo no lo han conseguido o no se plantean la abstinencia como meta (Massun, 1991).

Dejar las sustancias como eje fundamental da al individuo un papel activo como agente de cambio, y amplía el espectro a trabajar (sustancia, consumidor y entorno), y por parte de instituciones se tomaría en cuenta:

- 1) Características de la sustancia (tipo de droga, calidad, pureza, química y cantidad).
- 2) Características del consumidor (edad, peso, metabolismo, estado de salud, rasgos de carácter, personalidad, formación, conocimientos, creencias, etc.)
- 3) Las circunstancias y el medio en el que se consume (estado de ánimo, experiencias previas, expectativas, la razón por la que se toma la droga, ambiente social y cultural, etc.) (Massun, 1991).

El modelo de salud debe crear estrategias para integrar a las personas que no quieren o no pueden llegar a la abstinencia evitando conductas insalubres es decir, “Que se sigan consumiendo drogas de una manera que se hagan menos daño a sí mismo y a los demás” (Massun, 1991).

Minimizar los efectos negativos en la salud es una propuesta del “Programa de reducción de riesgos y del daño” planteado en Colombia por el Dr. Guillermo Alonso Castaño Pérez y colaboradores. Se trata de trabajar sobre los efectos resultantes del consumo para tener menor cantidad de efectos para el individuo, el contexto y la sociedad en general (Castaño, 2001).

La reducción de daños incide en la sociedad detectando los problemas de salud asociados a drogas en tres etapas, de manera preventiva, con acceso a la información y con acciones directamente con los consumidores, por ejemplo, los consumidores de drogas inyectables como cocaína y heroína que están expuestos a contagio de enfermedades por compartir jeringas infectadas. En este caso sería obligación de la Secretaria de Salud informar sobre riesgos de contagio, repartir jeringas y líquidos de solución estéril (algunas personas usan agua de charcos) creando un ambiente de consumo de drogas con responsabilidad de sus usuarios en los riesgos asociados al consumo y no en el consumo en sí mismo. Lo mismo se puede aplicar al consumo de marihuana y evitar que se fume en papel no adecuado como periódico o estraza (Castaño, 2001).

Por último la idea de que la medicina debe agrega a su amplio campo laboral el trabajo para crear drogas seguras. La droga vendida en farmacias no mata como los preparados que se venden ilegalmente, los adulterantes son los que ocasionan el deterioro orgánico y mayormente la reacción alérgica letal (Friedman, 1993).

Acciones como las antes expuestas implicaría que el Estado asumiera actitudes respetuosas hacia la elección hecha por cada persona para consumir drogas.

“...No esperéis de mi que traicione. Naturalmente el opio sigue siendo único y su euforia superior a la de la salud. Yo le debo mis horas perfectas. Es una lástima que en lugar de perfeccionar la desintoxicación, la medicina no trate de volver al opio inofensivo” (Cocteau, 1973:22).

#### **4.3.5 Desinformación**

“El renacimiento nace por el deseo desenfrenado de ver y saber, ya que en la edad media se escondían las cosas estúpidamente en lugar de intentar comprenderlo” (Michelet, 2009: 26).

En el tema de información y desinformación la sociedad hace diferenciaciones artificiales entre droga que crea adicción dando la falsa impresión de que la nicotina y el alcohol, al ser legales, son menos peligrosas y causan menos adicción que las drogas ilegales, incluso en la manera en que usamos o dejemos de usar el término adicción participamos de este (Goldstein, 1994).

En términos generales la ilegalidad, la marginación, estigmatización e insalubridad crean un entorno de desinformación, el prejuicio moral impuesto por estos enfoques no permite que el consumidor tenga toda la información necesaria para poder tomar una decisión plena en la elección de consumir drogas o las maneras correctas de hacerlo.

El tema de la desinformación lo podemos desglosar en tres puntos: la fiabilidad de datos, la información sobre consumo y la educación.

La importancia de contar con datos fiables es la de tener un panorama real del fenómeno que queremos abordar, el quitarle la carga moral a las drogas haría que recabar datos fuera más sencillo por que le individuo se libera de la presión social con la que cuenta la sociedad occidental. Esto crearía modelos de intervención a

partir de datos reales proporcionados por consumidores y no por las ideas preestablecidas socialmente, en términos generales, de los no consumidores. (Muller, 1994).

El prejuicio moral entre drogas legales e ilegales merma la información que obtenemos sobre estas. En el caso del alcohol tenemos acceso a un amplio espectro de información.

Sobre el consumidor:

Tabla 9.

Tipo de bebedor	Conductas
Bebedor de bajo riesgo	bebe menos de 1 o 2 tragos al día, no bebe más de 4 por ocasión y no bebe en situaciones de riesgo
Bebedor en riesgo	accidentes de trabajo, depresión, problemas de presión o colesterol y el consumo de alcohol puede poner en riesgo o puede ser que nunca presente efectos adversos en su salud, o accidentes relacionados con su condición
Bebedores problema,	puede tener accidentes automovilísticos que ponen en riesgo su vida, por manejar bajo los efectos del alcohol u otra consecuencia conductual
Dependencia severa	Presenta pérdida de control ante su consumo, conflictos familiares, laborales, pérdida de memoria, problemas legales y en algunos casos dependencia física (síndrome de abstinencia).

Consumo recomendable según sexo:

Tabla 10.

Sexo	Numero de copas
Mujeres	No más de una copa o bebida por hora, no más de tres copas por ocasión, no más de 9 copas por semana
Hombres	No más de una copa por hora, no más de cuatro copas por ocasión, no más de 12 copas a la semana.

Aprender a contar lo que bebes, una copa es:

Tabla 11.

Una copa
1 botella mediana de cerveza (330 ml)
1 jarro o jícara de pulque (500ml)
1 vaso de vino de mesa (120ml)
1 vaso de vino de mesa (120ml)
Destilados, tequila, mescal, aguardiente, brandy, Ron, whisky, vodka, ginebra
1 vaso o copa de bebida con licor (30 ml)
1 sobre de destilado (40 ml)
1 botella de cooler de vino (330ml)
1 copa "farolazo" (30ml)

La información anterior (Echeverría & Ruiz, 2005) muestra la información a la que se tiene acceso en el tema del alcohol, información con la que no se cuenta oficialmente con drogas ilegales para que el consumidor tome una decisión consciente sobre la forma y cantidad de su consumo.

Se debe hacer el consumo racional para que la salud corra menos riesgo, no beber para emborracharse, no conducir ebrio u otras sustancias psicoactivas, conocer el volumen de alcohol de la bebidas y aprender a disminuir su absorción y los efectos embriagantes (Zaitch, 1998).

En el caso del tabaco, entender que es menor el riesgo cuando se fuma con filtro y en espacio abierto. La heroína es más peligrosa si su consumo es intravenoso que fumada. El éxtasis que la deshidratación y los golpes de calor típicos derivados de su ingestión se previenen tomando abundantes líquidos y descansar con frecuencia (Zaitch, 1998), no mezclar drogas, no utilizar sustancias de las cuales se desconozca su composición, usar agujar nuevas, usar liquido de solución estéril, lavarse periódicamente. (Milanese, 2009).

Contar con un manual sobre cada droga, legal o ilegal, socialmente aceptada o inaceptada, debe ser una prioridad en el tema de la información y no datos aislados como los encontrados con la heroína y el éxtasis (Zaitch, 1998), la desinformación complica a su vez el tema de la salud ya que practicas mal elaboradas pueden ser fatales.

No existen soluciones parciales. Es preciso un enfoque interdisciplinario e integrador, la mejor forma de afrontar el problema es el conocimiento y su difusión. La educación tiene que aportar su grano de arena, se haga desde las instituciones o aprovechando los recursos informales, el objetivo general debe ser iluminar el conocimiento y comprender el problema, al mismo tiempo que fomentar la autonomía, la libertad y la responsabilidad, a fin de que los ciudadanos puedan adoptar decisiones fundamentales, buenas para sí mismo y para la comunidad (Serrano, Pérez & Morell, 1998).

## **Síntesis**

En este capítulo se conjunta la información revisada a lo largo del trabajo de investigación, en primera instancia conocer dos formas de concebir un mismo hecho (occidental y tradicional) que es la relación sujeto-droga, esto da pie a revisar la teoría socio histórica cultural, conocer la forma en que se desarrolla un individuo y una sociedad y buscar el modo en que podemos incidir para lograr un cambio que mejore una situación problemática como lo son las drogas en occidente.

llegalidad, marginación, estigmatización, insalubridad y desinformación son las esferas sociales a partir de las cuales se desprende, justifica y reproduce el modelo occidental con las limitantes jurídicas y de salud ya mencionadas, trabajar en estas esferas es darle un papel activo al sujeto en la relación con las drogas, es a través del entorno ofrecerle las alternativas suficientes en la prevención, el tratamiento y la readaptación para que la decisión de consumir, no consumir o dejar de hacerlo sea informada y no merme su interacción social.



## Discusión y Conclusiones

Las sociedades se encuentran en constante cambio, a lo largo de la historia se han creado formas particulares de interpretar la realidad, un mismo fenómeno puede ser interpretado de distintos modos según el momento histórico y la sociedad de la que se trate, esta interpretación esta en relación directa con el lenguaje, éste incorpora al individuo a la sociedad y a la historia, y crea una relación dialéctica entre hombre y cultura.

La globalización, los medios de comunicación y la tecnología propician un mayor conocimiento de las distintas culturas que existen en el mundo. La globalización nos permite conocer y aprender de las distintas prácticas, costumbres y religiones en diversos lugares del mundo. Este acceso inusitado nos brinda la oportunidad de comparar diferentes realidades y así reformar la nuestra.

Debemos tener en cuenta que cada civilización tiene su propio sistema de normas, lo que los occidentales consideran un conjunto de hechos patológicos, puede ser considerado normal en una sociedad distinta, comúnmente el concepto de normal es una variante de bueno, la acción normal es la acción buena, aprobada por la colectividad, simplemente lo que la mayoría de la gente cree que es correcto, por esto no se debe juzgar a otras personas dentro de nuestro sistema de valores o de nuestros modelos de comportamiento, ya que cada cultura y sociedad son distintas. El modelo occidental no debe ser una ley aplicable en todo el mundo como si todos los hombres pertenecieran a la misma cultura (Bastide, 1965).

Este trabajo es en esencia una alternativa en el complicado y problemático tema de las drogas en México, ya sea en consumo, en tránsito o en tráfico con la criminalidad que estos puntos conllevan.

Sin duda existen necesidades a satisfacer para que un cambio de conciencia social se logre plenamente, como pobreza, vivienda inadecuada, la discriminación y la carencia de oportunidades, sin embargo las alternativas deben seguir surgiendo desde todos los sectores sociales.

Trabajar sobre el fenómeno de las drogas debe hacerse desde distintas disciplinas, y aunque en términos generales así se hace, el problema es que no todas las disciplinas tienen el mismo peso sobre las decisiones que se toman sobre el tema,

en general la prevención se relega a los profesionales de la educación, el tratamiento al mundo médico y la readaptación social al derecho. Todas estas esferas son importantes, sin embargo, un verdadero trabajo interdisciplinario implicaría la participación igualitaria de profesionales y sociedad en general.

Una verdadera transformación social debe partir del conocimiento de las necesidades de los individuos que la conforman e incidir en las esferas sociales que están reproduciendo el problema de tal forma que la consecuencia de este impacto social sea dar a los individuos la capacidad de ser partícipes activos del cambio, otorgarle a las formas de conducta exclusivamente humanas las alternativas para actuar de distinta manera.

La importancia de dar un papel activo a los individuos es no dejar en manos de la policía mucho de lo que es responsabilidad de la sociedad donde se desenvuelve cada nuevo mexicano, que como se revisó desde pequeño el desarrollo de la conciencia está dada por la relación social.

En el caso de las cinco esferas aquí planteadas en las que se debe impactar (ilegalidad, marginación, estigmatización, insalubridad y desinformación) para lograr un cambio en la relación sujeto-droga, concretamente se puede plantear una acción inicial generadora de cambio en cada una de ellas:

-La **ilegalidad** como un tema a debatir exige un conocimiento pleno de cada una de las sustancias, lo cual implica además de su composición química, y sus efectos en el organismo, su planteamiento socio-histórico-cultural (lo cual se hace en cierta medida en México como vimos en el artículo 195bis del Código Penal Federal con el uso de sustancias por parte de los pueblos indígenas), históricamente encontramos que la prohibición relaciona a las drogas con la delincuencia pero no reduce su uso. Es utópico pensar en una legalización de todas las drogas, sin embargo, el caso particular de la marihuana como sustancia por la que ninguna persona ha muerto por sobredosis está ligada a una esfera de delincuencia que su combate ha costado alrededor de 47 mil muertos (Castillo & Camacho, 2012).

-Un cambio en el tema de la **estigmatización** se puede realizar con campañas a través de los distintos medios de comunicación y difusión de información, de sensibilización ante el estigma y la discriminación del consumidor de drogas dirigida

a crear una representación social de respeto, fenómenos como este se han presentado con el SIDA, la preferencia sexual, la libertad de culto, el color de la piel o el origen étnico. El sensibilizar a la sociedad sobre los derechos de los consumidores como sujetos que han tomado una decisión de cómo llevar su vida, implica puntualmente el reconocer y sacar de la clandestinidad y la **marginación** al consumidor para que éste asuma un papel activo en las obligaciones que debe cumplir para que su consumo sea responsable y no implique riesgos a terceros; esta apertura podría significar el acercamiento entre consumidor y distintos métodos de tratamiento.

-Para el caso de la **insalubridad** el punto fundamental es lograr que si una persona ha decidido consumir alguna sustancia se haga el menor daño a sí mismo y se elimine el daño en los demás, esto significaría tratar el tema de las drogas desde la salud y no desde la moral. Una medida para evitar los daños a la salud es combatir estos problemas no solo en los hospitales, acercarse a las comunidades representa el conocer las necesidades particulares y en base a estas plantear soluciones. Una acción concreta en el tema de la insalubridad es el caso de Vancouver, Canadá donde se creó en 2003 un centro de inyección de heroína llamado “Insite, Supervised Injection Facility”, donde los consumidores pueden inyectarse bajo supervisión y/o ayuda médica, lo cual es un método para reducir muertes por sobredosis y evitar transmisión de SIDA y hepatitis, además de tener la opción de entrar a programas de rehabilitación. Esta medida redujo en un 35% las muertes por sobredosis en la zona oeste de Vancouver cuando en el resto de Canadá el decremento fue de 9%. La creación de centros de esta índole permite un acercamiento entre el Sistema de Salud y consumidores minimizando los daños a la salud (Christian, Pike, & Santamaria 2012).

-Para la **desinformación** concretamente se puede realizar un manual sobre cada droga, el cual contenga información y datos que permitan un conocimiento real sobre las sustancias y en el caso de que el sujeto decida consumirlas lo haga informadamente, por ejemplo: formas de detectar la calidad de la sustancia, técnicas para minimizar los efectos dañinos en la salud, consejos para no afectar a terceros (reducción de daños), formas de consumo recomendadas, cantidad máxima de consumo, formas de actuar en caso de una sobredosis. La desinformación al igual que en el resto de las esferas, el cambio en una impactaría el resto, en este caso la

ilegalidad, y la estigmatización no permite que la información sobre drogas vaya más allá de los efectos que causa, bajo esta teoría un manual también es una técnica para la reducción de daños a la salud.

El modelo Socio-Histórico-Cultural asigna un papel activo al individuo en la relación sujeto-droga. El consumidor, y no las sustancias o los problemas desprendidos de estas, es el factor dinámico y complejo en el que ha de centrarse la intervención.

## Bibliografía

### Libros

- Astorga, L. (1996). *El siglo de las drogas, Usos percepciones y personajes*. México: Espasa-Hoy.
- Baquero, R. (1990). *Vigotsky y el Aprendizaje Escolar*. Buenos Aires: Aique.
- Bastide, R. (1965). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI
- Becoña, E. Vázquez, F. (2001). *Heroína, Cocaína y otras Drogas de Síntesis*. España: Síntesis.
- Belasco, G., Español, B., Juárez, H. (2002). *Nuevas estrategias en el tratamiento de las adicciones*. México: CONADIC/SSA.
- Benítez, F. (1964). *Los hongos alucinantes*. México: Era
- Benítez, F. (1969). *En la tierra mágica del Peyote*. México: Era.
- Boege, E. (1988). *Los Mazatecos Ante la Nación. Contradicciones en la Identidad Étnica en el México Actual*. México: Siglo XXI.
- Bulacio, B., Calabrese, A., Catani, H. (1988). *El problema de la drogadicción: Enfoque Interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós.
- Castaño, G. (2001). *Nuevas Estrategias de Atención en Drogodependientes: La reducción de Riesgos y Daños*. Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Cerda, R (1957). *Los Mazatecos. Etnografía de México: Síntesis Monográficas*. México: Instituto de Investigaciones Sociales UNAM.
- Cocteau, J. (1973). *Opio: Diario de una Desintoxicación*. Madrid: La Fontana Literaria.
- Código Penal Federal* (2011). México. Juridiediciones.
- Concheiro, A. (2010). *Cronología Médica Mexicana. Cinco Siglos*. México: Siglo XXI.
- Cuatrochi, E. (2007). *La adicción a las drogas. Su recuperación en comunidad terapéutica*. Argentina: Espacio Editorial.
- Díaz, L. (1994). *El Imperio de la Razón. Drogas, Salud y Derechos Humanos*. México: UNAM.
- Echeverría, L., Ruiz, G. (2005). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: Secretariado Técnico del CONADIC.
- Estrada, A. (1984). *Vida de María Sabina: la Sabia de los Hogos*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1980). *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama.
- García, E. (1987). *Vigotski: La Construcción Histórica*. México: Trillas

- García, J. (2002). *De la Coca a la Cocaína: Una Historia por Comprender*. México: Milenio.
- García, J. (2010). *La disipada historia de la marihuana en México: 1492-2010*. México: Eterno Femenino
- García, S. (1988). *Los Derechos Humanos y el Derecho Penal*. México: Porrúa
- Goldstein, A. (1994). *Adicción*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias.
- González, E. (2001). *Después de María Sabina. La Magia de los Curanderos Mazatecos*. México: Cruz.
- González, E. (2002). *Conversaciones con María Sabina y Otros Curanderos*. México: Cruz.
- González, O. (1988). *Memorias del Segundo Coloquio de Medicina Tradicional "Un Saber en Recuperación". Alucinógenos y Chamanismo: Consideraciones sobre el Poder del Lenguaje o el Lenguaje del Poder, los Curanderos Mazatecos*. México: UNAM.
- Ichaurraga, S. (2001). *Drogas y Políticas Públicas. El Modelo de Reducción de Daños*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Icháustegui, C. (1977). *Relatos del Mundo Mágico Mazateco*. México: Centro Regional de Puebla-Tlaxcala/INAH/SEP.
- Icháustegui, C. (1984). *Figuras en la Niebla: Creencias de los Mazatecos*. México: Premia/La Red de Jonás/Cultura Popular.
- Kalina, E. (2000). *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Kozulin, A. (1994). *La Psicología de Vigotsky*. Madrid. Alianza.
- Ley General de Salud (2011)*. México: Sista.
- López, A. (1990). *Cuerpo humano e ideología. Las Concepciones de los Antiguos Nahuas*. México: IIA-UNAM
- Martínez, M. Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencia para Enfermería*. Madrid: Díaz de Santos.
- Massun, E. (1991). *Prevención del Uso Indebido de Drogas*. México: Trillas.
- Michelet, J. (2009). *La Bruja: Estudio Sobre las Supersticiones de la Edad Media*. Madrid: Akal.
- Milanese, E. (2009). *Tratamientos de las Adicciones y de las Consecuencias de Exclusión Graves, Manual de Trabajo para el Operador*. México: Caritas/Deutoher Caritasverband.
- Myers, D. (2007). *Psicología Social*. México: McGraw Hill.

- Naciones Unidas, Oficina Contra la Droga y el Delito (2010). *Informa Mundial Sobre las Drogas 2010: Resumen Ejecutivo*. EUA: ONU.
- Newman, E. (1984). *Drogas y Criminalidad*. México: Siglo XXI.
- Nowlis, H. (1982). *La Verdad Sobre la Droga*. Paris: UNESCO.
- Pedro, A. (2001). *Riqueza Ancestral de la Cultura Mazateca*. Oaxaca: Carteles Editores.
- Pérez, R. (1997). *Hábitos, Normas y Escándalo, Prensa Criminalidad y Drogas Durante el Porfiriato Tardío*. México: CIESAS.
- Ramírez, S. (1977). *El Mexicano: Psicología de sus motivaciones*. México: Grijalbo
- Riviere, A. (1987). *La Psicología de Vigotski*. Madrid: Visor.
- Savater, F. (1988). *Ética como Amor Propio*. Madrid: Mondadori.
- Schultes, R. Hofmann, A. (2000). *Plantas de los Dioses. Orígenes del uso de los Alucinógenos*. México: FCE.
- Serrano, A., Pérez, I., Morell, M. (1998). *Drogodependencias y Sida*. España: Universidad de Málaga.
- Siguan, M. (1987). *Actualidad de Vigotski*. Barcelona: Anthropos.
- Szasz, T. (1976). *El Mito de la Enfermedad Mental. Contra el Estado Terapéutico, Derechos Individuales y Drogas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, N. (1970). *Drogas*. México: Novaro.
- Tibón, G. (1983). *La Ciudad de los Hongos Alucinantes*. México: Panorama.
- Vigotsky, L. (2004). *Psicología y Pedagogía*. Madrid: Akal.
- Villanueva, R. (2007). *Enteógenos y Sueños en la Práctica Chamanica de los Chota Shinée de la Sierra Mazateca*. México: INAH.
- Vygotski, L. (2000). *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. Barcelona: Crítica.
- Vygotsky, L. (2006). *Pensamiento y Lenguaje. Teoría del Desarrollo Cultural de las Funciones Psíquicas*. México: Quinto Sol.
- Wasson, R.G. (1983). *El Hongo Maravilloso Teonanácatl. Micolatría en Mesoamérica*. México: FCE.
- Wertsch, J. (1988). *Vigotsky y la Formación Social de la Mente*. Barcelona: Paidós.
- Wertsch, J. (1993). *Voces de la Mente. Un Enfoque Socio-Cultural para el Estudio de la Acción Mediata*. Madrid: Visor.
- Wertsch, J., Del Rio, P, Álvarez. A. (1997). *La Mente Sociocultural: Aproximaciones Teóricas y Aplicadas*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.

Zaitch, D (1998). *La Problemática de las Drogas: Mitos y Realidades*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Zolla, C., Zolla E. (2004). *Los Pueblos Indios de México. 100 Preguntas*. México: UNAM.

## Revistas

Friedman, Milton “Para Vivir en una Sociedad Realmente Democrática”, en Cambio 16, México, Diciembre de 1993, No. 1.150.

Christian, Gary. Pike, Greg, Santamaria, Joe. “Overdose deaths and Vancouver’s supervised injections facility”, en The Lancet, Enero de 2012. No. 379.

## Periódicos

Alegre, J. (2007, 4 de Junio). *Matan soldados otro civil en reten militar*. La Jornada.

Aranda, J. (2011, 6 de septiembre). *En la lucha de Calderón contra el narco, Sedena y Semar duplicaron su presupuesto. El Ejecutivo federal ha utilizado partidas presupuestales extras sin aval del Congreso*. La Jornada. P-10

Aranda, J. (2012, 9 de febrero). *Confirma la Armada el hallazgo de 15 cuerpos en narcofosas de Acayucan*. La Jornada. P-9.

Castillo, G., Camacho, F. (2012, 13 de enero). *Macabra, Cifra de Víctimas de la Violencia Admitida por el Gobierno, Sostiene Experto*. La Jornada. P-18.

Cruz, A. (2011, 7 de octubre). *Sin Antecedentes, los Decapitados*. La Jornada. P-37.

Editorial La Jornada (2009, 18 de febrero). *Narcotráfico y protestas*. La Jornada.

Figueroa, C. (2010, 7 de abril). *Disparan a dos familias en un retén cercano a Nuevo Laredo*. La Jornada. P-5.

Herrera, B. (2011, 13 de junio). *No más sangre, se pide desde el cielo de Stanford a Calderón*. La Jornada. P-5.

Lizárraga, P. (2012, 3 de abril). *Artículo Javier Sicilia*. La Jornada Veracruz.

Mateos-Vega, M. (2011, 11 de enero). *La finalidad es terminar con la sociedad de agachados: Rius*. La Jornada. P-3.

Olivares, E. (2011, 9 de septiembre). *Necesaria, presencia activa de grupos sociales para frenar la violencia: Narro*. La Jornada. P-14

Pérez, C. Ballinas, V. (2011, 9 de mayo). *Decenas de miles dispuestos a hacerse escuchar*. La Jornada. P-4.

Redacción La Jornada (2011, 7 de abril). *Sacan hasta 61 cuerpos de dos narcofosas localizadas en San Fernando, Tamaulipas*. La Jornada. P-12.

Romero, L. Arce, R. Lopez, P. Frias L. (2012, 26 de abril). *Debate Internacional en la UNAM sobre Adicciones*. Gaceta UNAM. P-10



Vivar, A. (2011, 16 de enero). *No más sangre, gritan ciudadanos en manifestación frente a Palacio de Gobierno*. La Jornada.

## **Páginas Web**

Acerca de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/> revisado 10 Marzo 2011

Anónimo. Boletines. Comunicado de Prensa No. 078 (2011). Secretaria de Salud. Disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n\\_seccion=Boletines&seccion=2011-03-07\\_5092.html](http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2011-03-07_5092.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2007). ABC de las Drogas: Información sobre Marihuana. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_mariguana.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_mariguana.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Cocaína. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_cocaina.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_cocaina.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Alucinógenos. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_alucinogenos.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_alucinogenos.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Alcohol. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_alcohol.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_alcohol.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Anfetaminas. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_anfetaminas.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_anfetaminas.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Éxtasis. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_extasis.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_extasis.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Inhalables. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_inhalables.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_inhalables.html)

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). ABC de las Drogas: Información sobre Tabaco. Disponible en: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc\\_tabaco.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/abc_tabaco.html)

Consumo de Drogas en México: Diagnostico, Tendencias y Acciones. Secretaria de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM2-1.htm> revisado 2 Marzo 2011.

Consumo de Drogas en México: Diagnostico, Tendencias y Acciones. Secretaria de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm> revisado 10 Marzo 2011.

Delincuencia/Combate al Narcotráfico. Procuraduría General de la República. Disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/Combate> revisado 11 Enero 2011.

Delincuencia/Combate al Narcotráfico. Procuraduría General de la República.  
Disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/Combate> revisado 11 Enero 2011.

Misión. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Disponible en:  
<http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/mision.html> Revisado 2 Marzo 2011.

Visión. Secretaria de Salud. Disponible en:  
<http://portal.salud.gob.mx/contenidos/secretaria/vision.html> revisado 2 Marzo 2011.