

2ej
41

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES



**La utilización de los medios
de comunicación masiva en el
abatimiento de la farmacodependencia**

Tesis que presenta
María Carmen Rosa Millé
para obtener el título de Licenciada en Sociología

México, D.F.

Mayo.1986.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LA UTILIZACION DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION MASIVA EN EL ABATIMIENTO
DE LA FARMACODEPENDENCIA. Estudio del tema y evaluación de una campaña
en radio y televisión.

I N D I C E

Introducción	I
I. La farmacodependencia, en busca de una concepción integral	1
II. La dinámica de la farmacodependencia	5
III. El abordaje integral de la farmacodependencia	18
IV. La prevención de la farmacodependencia, necesidad prioritaria	32
V. La aplicación del modelo participativo, un ejemplo	44
VI. La utilización de los medios de difusión masiva en relación a la farmacodependencia	50
VII. Elaboración de una campaña en medios de comunicación masiva	55
VIII. Evaluación de la campaña	62
IX. Conclusiones y recomendaciones	78
X. Bibliografía	83
Anexos	

INTRODUCCION

La farmacodependencia, entendida como un problema de salud pública en cuya etiología intervienen factores de diversa índole, tanto individuales como familiares, pero en los que priman los de tipo social, puede ser abatida incidiendo en esos sus elementos constitutivos.

Pero, ¿qué significa esa tarea? ¿A quién beneficia la disminución de los índices de consumo de sustancias con potencial adictivo? ¿Qué representa este consumo para el usuario y cuál es su significado dentro de la sociedad?

Son éstos algunos de los cuestionamientos que todos los que hemos trabajado en relación al uso de drogas nos hemos hecho.

La falta de respuestas nos conduciría a la inmovilización. Esto parecería también desprenderse de lo que Szasz (1972) afirma cuando asevera que el farmacodependiente intenta auto-infligirse daños a su potencial individual, al igual que el suicida, pero que ello representa, en ambos casos, un "derecho humano y cohartarlo implicaría una intervención en la libertad individual de decisión básica". Según esta concepción estaría vedado el tratamiento obligatorio y aun el voluntario sólo podría proporcionarse si al "paciente" se le explica la terapia a aplicar y se encuentra de acuerdo con la misma.

Pero a esta concepción, que pone el énfasis en el derecho individual, se contraponen otra que, si bien mantiene las restricciones acerca de los programas impuestos en forma vertical, devuelve la capacidad autogestiva al grupo social (CIJ, 1985). En este enfoque, opuesto al Estado benefactor, la sociedad expresa su posición acerca de sus propios problemas mediante su acción efectiva y organizada.

En este orden de cosas, las medidas de abatimiento de la farmacodepen-

dencia, serían procedentes en relación a ese problema siempre y cuando puedan, o no, ser adoptadas por los miembros de la sociedad, al asumir éstos una postura activa ante ellas o, en un orden de cosas ideal, cuando fueran formuladas en forma autogestiva por los mismos grupos comunitarios. La solución preventiva, que emanaría de este enfoque, sería que la comunidad trabajara por que la vida merezca ser vivida.

Nos movemos, entonces, en un terreno difícil de delimitar, puesto que la proposición de este tipo de medidas puede ser comprendida desde la perspectiva de una amplia gama de problemas enclavados en lo Social (la nutrición, los problemas de desarrollo, sexuales, afectivos y todos aquéllos que se engloban en la llamada "patología de la pobreza").

Sin embargo, es indudable que la farmacodependencia es resentida como un problema específico de la sociedad de nuestros tiempos ante el que es necesario tomar medidas, como lo demostraron las consultas populares celebradas en cada Delegación del D.F. a principios del presente sexenio, según las cuales el consumo de drogas fue una de las preocupaciones externadas con más frecuencia. A esta opinión, aún si es fomentada por la prensa y tomada como bandera de grupos políticos o de presión, es menester darle seguimiento, utilizando para ello los servicios con que la población cuenta.

Es desde esta perspectiva que se realiza este estudio, reconociendo que el problema del uso de drogas emerge como uno de los síntomas de una problemática más amplia que lleva tanto al individuo a buscar evasiones, ya sea por la evasión misma o por que no encuentra en su medio otro tipo de ayuda para enfrentar su realidad, sea ésta tediosa, frustrante, tensionante o carenciada, como al grupo social a preservar estructuras económicas y políticas y patrones socioculturales que impiden

o cohartan el desarrollo del potencial de sus miembros.

Por ende hemos definido la farmacodependencia alejándonos de la perspectiva del consumo individual, desde el que se analiza la utilización habitual de una sustancia por parte de una persona, para observar tal consumo desde otra perspectiva, que nos permita apreciar el significado de la suma de los consumos individuales. Es así que cada caso puede tener para el usuario un sentido diferente que le hace preferir una sustancia a otra, ya sea porque busca o requiere los efectos de depresión o estimulación que la sustancia le provoca o porque la misma es socialmente aceptada por su grupo social o, por el contrario, representa un reto o un llamado de atención al Sistema o al núcleo familiar.

Pero desde la totalidad del conjunto de casos de farmacodependencia esa suma de significados que emana de la motivación de cada usuario adquiere una naturaleza propia y se transforma en la significación que para esa sociedad en particular tiene la farmacodependencia, la cual trasciende el diagnóstico médico para requerir una comprensión sociológica. Por ello, aun si con frecuencia en este estudio se mencionarán palabras que provienen de la terminología médica, tales como patología, epidemiología, trastornos y uso terapéutico entre otras, es necesario tener presente que al trascender los casos individuales, en donde puede o no manifestarse como un problema de salud, la farmacodependencia está expresando un patrón de comportamiento de la sociedad. Esta expresión diferirá en cada sociedad específica, así como en cada grupo dentro de esa sociedad, tanto por la preferencia al escoger una sustancia en lugar de otra (cocaína, inhalables) como en el consumo de una misma sustancia, lo que se hace evidente en el uso de bebidas alcohólicas por diferentes grupos socioeconómicos.

De todas formas, en un principio abordaremos la comprensión de eso que la farmacodependencia expresa, el papel que desempeña dentro de la sociedad, no sólo como algo anómalo o disfuncional sino buscando las raíces que hacen a la droga tan indispensable al individuo que se transforma en el centro de su vida.

Es por ello que, en un primer capítulo, se intenta lograr una descripción de los elementos que componen la dinámica de la farmacodependencia, tratando luego de abarcarlos en un enfoque integral. Ante esta representación del consumo indiscriminado de fármacos se esbozan los diversos modelos que se han implantado, todo lo cual pone en evidencia la magnitud del problema que se enfrenta.

A continuación se realiza un análisis del campo de la prevención, para pasar luego al estudio de las ventajas y dificultades que emanan del uso de medios masivos para abatir la farmacodependencia. Por último, se describe una campaña en tales medios y se realiza una evaluación de la misma, en relación a su impacto y a la comprensión de los mensajes vertidos. Se concluye extrayendo recomendaciones, a partir de la experiencia presentada.

Es obvio que hemos permanecido bajo la óptica de que es procedente que la sociedad evite la farmacodependencia de sus miembros, pero hemos intentado hacerlo motivando al individuo a que busque por sí mismo y con su grupo, así como para sí y los suyos una vida más sana y plena, para de este modo aproximarnos al camino hacia "la salud para todos en el año 2000" (lema de la OMS, 1984).

I. LA FARMACODEPENDENCIA, EN BUSCA DE UNA CONCEPCION INTEGRAL

En el estudio de la farmacodependencia es frecuente encontrar enfoques que tienden a la simplificación, al sobredimensionar un elemento de manera de convertirlo en el fundamental para la comprensión del tema de estudio. Han surgido así diferentes marcos teóricos, que cargan de sentido o de intencionalidad a un tipo de personalidad o de relación con el medio, a una característica genética o adquirida, a una forma de vida familiar o a un entorno social específico. Es así que, por ejemplo, en el volumen preparado por el National Institute on Drug Abuse acerca de las teorías sobre el abuso de drogas (NIDA, 1980) más de cuarenta autores exponen su propia perspectiva teórica, difícilmente conciliable con la de los demás.

De la misma manera, las estrategias planteadas para el abatimiento del fenómeno toman por fundamento algunos de esos marcos y definen las acciones en consecuencia. Podremos observar entonces diversos enfoques, dirigidos la mayoría de ellos a atender las consecuencias psíquicas o rehabilitar los efectos físicos de los casos identificados o a reducir el consumo únicamente restringiendo la disponibilidad de las sustancias.

Es así que, aún las definiciones brindadas por grupos de expertos en busca de una terminología precisa, contemplan sólo el proceso fisiológico de ingestión y acostumbramiento, haciendo parecer que el consumidor se halla solo ante la sustancia: "Farmacodependiente es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para

evitar el malestar producido por la privación" (OMS, Grupo de Expertos, 1972).

Si bien es ésta la definición más citada entre los especialistas en la materia, también es una muy criticada, aún desde la misma área de la sa lud de donde proviene. A fines de 1982, por ejemplo, Arif y Edwards proponían la ampliación de los conceptos en relación del uso de drogas de manera de que incluyeran los diferentes tipos de consumo o grados de dependencia, tanto si existía tolerancia como si ésta no se daba. Sin embargo, en su extenso trabajo estos dos investigadores de la OMS no arribaron a una solución sino que dejaron sentadas líneas de discusión para futuras profundizaciones, como asientan estos autores: "Es imposible que se acepte un modelo, que admita las complejidades e interacciones, que considere que el problema es causado únicamente por la droga, o que reside por completo en el individuo o que se relacione sólo con la sociología" (Arif y Edwards, 1982).

En efecto, resulta inconcebible considerar a la farmacodependencia desde un punto de vista estático o inmune a los factores externos al individuo consumidor: En cualquier tipo de consumo que decidamos observar y en todas las regiones geográficas destacan las interacciones de diferentes tipos de influencias que actúan como precipitantes u obstaculizadoras, favoreciendo o impidiendo tal consumo.

Es por ello necesario que se intenten abstraer las categorías más amplias de elementos, para poder acercarnos a la comprensión de su acción y así proyectar las estrategias adecuadas que, desde cada una de las vertientes, actúen coordinadamente, de manera de impactar no sólo en los efectos, sino también en las causas.

En este marco amplio e integral confluyen las disciplinas que estudian

y actúan en relación a la farmacodependencia permitiendo tanto encuadrar especificidades propias de diferentes regiones o sectores de población, como otorgar su magnitud real a los rasgos genéricos y a las características privativas de un grupo.

Por ello, si se intenta abatir los índices de consumo de sustancias cuyo uso implica riesgo no es posible permanecer en los síntomas, es decir, en la atención curativa de los casos que se presenten, sino que es necesario incidir de una forma coherente e integral sobre lo que tales síntomas expresan: los diversos elementos que facilitaron su aparición.

Resulta imprescindible, entonces, analizar todos los ámbitos de acción que intervienen a través de una concepción holista que permita comprender la imbricación de todos los factores implicados en el tiempo y en el espacio.

Pero, para analizar tales factores es necesario ubicarlos en categorías que no sean impuestas estrictamente sino que se desprendan de la misma naturaleza de la farmacodependencia y que puedan ser encontradas en las diferentes fases que evidencia su evolución. La dinámica que ha demostrado poseer el consumo de drogas hace que tales categorías permanezcan en un interjuego por lo que, en ocasiones, resulta difícil precisar los límites entre cada una de ellas. (Millé de García Liñán 1983).

De esta manera, si bien podrían concebirse, y justificarse, otros tipos de categorías, se han escogido para la estructuración de este análisis tres grandes rubros: lo individual, lo familiar y lo social.

El primero abarca dos elementos, lo fisiológico por lo que entendemos tanto los rasgos genéticos cuanto el estado de salud-enfermedad y funcionamiento orgánico de cada persona; y lo psíquico que cubre la perso-

nalidad y aquellas características individuales afectivas y cognitivas.

Si bien resulta obvio que en lo familiar se incluye todo lo relativo a las relaciones del núcleo compuesto por los miembros de la familia, es necesario aclarar que dentro de lo social quedan comprendidos los otros elementos externos al individuo y su familia, cubriendo sus relaciones interpersonales con los diferentes grupos sociales y los factores socio-económicos, políticos, ideológicos, culturales y ambientales que ejercen influencia sobre él y en los cuales el individuo actúa.

A estos elementos, engarzados en aquellas categorías, no hemos de verlos tampoco como estáticos sino que dentro de su interacción constante van generando un proceso, el que incluye la evolución de diferentes tipos de consumo de drogas.

Por ello, si bien en este proceso todos los mencionados se encuentran simultáneamente, si se considera un caso de farmacodependencia en forma aislada puede percibirse que alguna categoría o elemento prepondera en relación a otros. La preselección de casos puede provocar la sobredimensión de uno o varios de esos elementos por lo que es imprescindible enfatizar que es su conjugación la que interviene en la etiología del fenómeno de la farmacodependencia.

Ello es de especial importancia en el diseño de estrategias preventivas, puesto que debe tenerse en cuenta la concatenación existente entre el elemento que se pretende modificar o reforzar y los demás que configuran el proceso. La repercusión, por tanto, de las medidas implantadas puede no sólo verse ahogada o invalidada por el rechazo de los otros elementos sino, por el contrario, alcanzar efectos en cadena para cuya magnitud no esté preparado el sistema de respuesta.

II LA DINAMICA DE LA FARMACODEPENDENCIA

Con el objeto de lograr una representación más clara de la multiplicidad de factores que intervienen en el consumo de drogas, valiéndose de las categorías ya mencionadas, se conformó una estructura integrada por dos volúmenes en forma de cono (Esquema 1). Ambos conos convergen en el caso identificado de farmacodependencia. El cono invertido, ubicado en la parte superior, representa los elementos etiológicos que pueden predisponer o acelerar la aparición de casos de farmacodependencia. Para facilitar la comprensión del esquema propuesto se incluyen ejemplos que se dan en la actualidad con mayor frecuencia en México, lo que no invalida su aplicación en otras culturas, épocas o regiones geográficas.

1. Elementos etiológicos

1.1 Elementos sociales

La gama de factores de tipo social es la más amplia, dado que comprende al grupo generacional y a la comunidad a nivel local, nacional e internacional. En cada uno de ellos coexisten agentes desencadenantes o de mantenimiento del proceso.

Dentro de este estrato se engloban los diversos elementos culturales, políticos y económicos que presionan, inducen u orillan al individuo al consumo de drogas. Como ejemplo de las actitudes culturales podríamos citar:

- Las falsas expectativas promovidas por la sociedad que generan frustraciones entre los que no pueden alcanzarlas;
- Los conflictos y crisis de valores de los inmigrantes de zonas rurales a urbanas, que se ven obligados a abandonar sus patrones de vida tradicionales, pero que aún no asumen los del nuevo me-

dio como propios. (CIJ, 1982)

- La equiparación del ingreso a la edad adulta con el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco. (Nobles, 1984)
- La sobrevaloración de la figura médica y de los medicamentos como medio de cura inmediata a todas las dificultades, sean éstas de índole física, mental, afectiva o socioeconómica. (Llanes, 1982)
- El excesivo consumismo de los miembros de la sociedad fomentado a través de la publicidad, la cual con frecuencia equipara el nivel de consumo con la aproximación a la realización personal. (Blater, 1974)
- La pérdida de valores estables y la ambivalencia de los marcos sociales de referencia. (Nobles, 1984)
- La búsqueda del placer inmediato y la baja resistencia al dolor físico o la frustración. (CIJ, 1984)
- La carencia, en especial en las grandes urbes, de redes de apoyo comunitario que permitan al individuo sentirse parte de un grupo que se interesa por él. (Frank, 1978)

Si bien los elementos culturales actúan como agentes precipitantes del consumo inadecuado de fármacos, existe otro que sólo perpetúa la situación y que es la estigmatización del farmacodependiente influenciada por las interpretaciones erróneas de los aspectos legales, haciendo que se equipare al consumidor de drogas a un criminal o vicioso que no merece la ayuda del resto de la sociedad. Esta actitud dificulta la rehabilitación, al impedir la integración del farmacodependiente a su medio. Las mismas expectativas que la sociedad deposita en la medicina incrementan la presión que su pre

paración académica proyecta en el médico, instándolo a, en lugar de darse tiempo de encontrar la raíz de un problema, recetar algún medicamento, con frecuencia un tranquilizante menor que puede generar adicción.

Entre los elementos de tipo económico se encuentran los que inciden sobre los grupos de menores recursos, provocando desempleo, condiciones insalubres, hacinamiento o mala alimentación que pueden motivar un deseo de escape o de negación de la realidad.

Existen otros que actúan sobre la comunidad a través de las redes de comercialización que incrementan la disponibilidad o facilitan el acceso a las diversas drogas. Tales redes cubren la elaboración y distribución tanto de las sustancias consideradas "legales", de uso médico o que tienen aplicación en la industria, como de aquéllas cuya producción, manejo y tráfico están penados por la ley. Es obvio que, si todas estas sustancias con potencial adictivo desaparecieran del mercado, los individuos no podrían llegar a ser farmacodependientes, aún si quizás adoptaran otros tipos de comportamiento tanto vinculados con riesgos a su salud o su integridad física como impugnadores de la sociedad.

Por otra parte, el consumo inadecuado de fármacos es mantenido por estructuras que no generan o promueven alternativas que permitan al individuo canalizar sus deseos de experimentación hacia actividades beneficiosas para sí mismo o para su comunidad; o que le impiden expresar sus inquietudes y sus necesidades individuales. Esta carencia de alternativas hace difícil preservar los logros de la rehabilitación del farmacodependiente al no encontrar medios de motivarlo a la integración al grupo social.

Además, en las sociedades contemporáneas, la responsabilidad sobre numerosas esferas del quehacer humano ha tendido a pasar de la familia a grupos formales, tales como instituciones educativas, asistenciales o legales cuya impersonalidad, complejidad y la falta de confianza que los individuos depositan en ellos les dificultan la tarea de controlar el comportamiento.

Por el contrario en las sociedades pequeñas o primitivas es posible mantener las tendencias hacia el consumo de sustancias en parámetros aceptados socialmente, dado que a éstas se las integra a estructuras de interrelación personal generalmente dominadas por grupos religiosos o clanes. Bajo estos tipos de control puede hallarse el uso ritual de sustancias alucinógenas en comunidades indígenas, que no representa un problema de salud pública.

Por ende, puede afirmarse que los patrones de evaluación respecto al consumo de sustancias cambian de acuerdo a la época y al lugar geográfico donde se presentan, puesto que una sociedad puede considerar a un mismo tipo de consumo socialmente adecuado o inadecuado según el momento histórico o el propósito del consumidor.

El fundamento de tal modificación radica en el significado o papel que desempeña la sustancia y su consumo dentro de la sociedad. Así, por ejemplo, masticar coca puede ser aceptado socialmente debido a que las estructuras económicas exigen al individuo un esfuerzo mayor a sus posibilidades, que el estimulante le ayuda a soportar. Asimismo, la desinhibición que provoca el consumo de bebidas alcohólicas puede contribuir, en una sociedad que tiene una estructura de comportamiento muy estricta, a animar sus reuniones y permitir "escapes" que de otra forma no existirían. Pero ese mismo consumo

puede ser considerado impropio cuando desajusta la estructura productiva, incrementando el ausentismo del "San Lunes". Por otra parte, los mismos cuerpos policíacos que afirman combatir el tráfico de sustancias ilícitas preservan la existencia de grandes redes de comercialización que les aportan sumas considerables. Actuando también como agente precipitante y/o predisponente del consumo de diversos tipos de drogas tenemos al grupo generacional que puede incitar a la persona a la experimentación o requerirle el consumo de alguna sustancia como medio para que ingrese o permanezca en él. Esta situación se da tanto en el caso de algunas sustancias de consumo ilegal (mariguana) como de otras cuya venta es legal (alcohol, inhalables).

1.2 Elementos familiares.

En el medio socioeconómico se desenvuelve la familia, según se señala en el esquema presentado, la cual, desde un nivel más próximo al individuo, repite con sus miembros, con diferentes niveles de intensidad según cada caso, los patrones culturales y las presiones económicas de su contexto. Es así que, por ejemplo, en la familia pueden presentarse como elementos de desencadenamiento los patrones inadecuados de consumo de sustancias por parte de los padres, y que éstos transmiten a sus hijos. Podrían utilizarlas como paliativo ante frustraciones que no saben manejar o como apoyo ante situaciones de tensión. Si bien éste sería el caso extremo, en el cual uno de los padres actúa como modelo de utilización de sustancias, existen otros comportamientos y actitudes que también lo fomentan. Entre éstos se encontrarían posturas que pue

den ir desde el excesivo consumo de medicamentos y los hábitos inadecuados en la comida o la bebida hasta la asimilación acrítica de la influencia consumista de los medios de comunicación masiva. (CIJ, 1982).

La desintegración del núcleo familiar también puede incidir, al no proporcionar la seguridad y el afecto que necesitan sus miembros, contribuyendo de este modo a que alguno de ellos busque el apoyo que no encuentra en su entorno, o llamar la atención del mismo, a través del consumo de drogas.

Una vez que el proceso se ha desarrollado, la familia puede utilizar al miembro farmacodependiente como foco de atención que disimule una situación conflictiva que no se desea enfrentar, o se le puede rechazar impidiéndole su reintegración al núcleo familiar, convirtiéndose en ambos casos en elementos de mantenimiento del problema.

1.3 Elementos individuales

En el tercer estrato, el del nivel individual, se detectan dos tipos de elementos: los psíquicos y los fisiológicos. Los primeros se evidencian en la motivación que genera el consumo o experimentación. Como desencadenante de la farmacodependencia puede figurar el deseo ocasional de contrarrestar la ansiedad o la depresión; de experimentar un estado de ánimo; de compartirlo con un grupo; o de sentirse parte de éste, inquietudes que son frecuentes en la adolescencia y que no pueden considerarse como patológicas en ningún grupo de edad.

A éstas se agregan las necesidades circunstanciales, como puede

ser un examen o una competencia, en las que se busca en la sustancia una respuesta al requerimiento de incrementar el potencial físico o mental.

Estas diferentes motivaciones en general pueden ser expresadas por el consumidor a nivel consciente. Pero existen otras que son impulsadas preponderantemente por patrones de índole social y familiar y que el farmacodependiente expresa mediante su consumo de drogas. Entre éstas figurarían el deseo de evasión, de olvidar u oponerse a un medio frustrante, opresivo, tedioso, demasiado tensionante o carenciado. En estos casos es frecuente que la utilización de drogas se asocie a otro tipo de comportamientos que atenten contra la propia salud del consumidor o contra el desenvolvimiento social de manera que se dificulta la separación del uso de drogas y su definición como un problema per se, dada su íntima relación con otras características.

El uso esporádico puede transformarse en habitual, generalmente en individuos cuyas características de personalidad incluyen bajo potencial de tolerancia a la frustración o al dolor, estados depresivos o ansiosos y bajo nivel de auto-estima. Entre ellos, la sustancia pasa a ser algo necesario para su desenvolvimiento cotidiano, generando dependencia. Esta, aún siendo puramente psíquica, actúa determinando la perpetuación del consumo. La dependencia puede presentarse también debido a la prescripción médica de una sustancia con potencial adictivo, en cuyo caso se denominaría "iatrogénica". En cuanto a los elementos fisiológicos, se materializan al interactuar la sustancia consumida con el organismo consumidor, puesto que no ha podido demostrarse que ningún factor genético favorezca

o provoque el consumo de drogas. Están representados por los efectos estimulantes, depresivos, de alucinación o de sedación en el individuo y que le inducen a la experimentación, a repetirla y/o a la utilización periódica, pudiendo desencadenarse dependencia. Cabe señalar que para el mantenimiento de ésta contribuyen tanto la presentación del fenómeno de la tolerancia cuanto el síndrome de abstinencia, manifestaciones ambas de la dependencia física del consumidor; en la primera, que se trata de un proceso generado por algunas sustancias, el consumidor se ve obligado a administrarse dosis cada vez mayores para obtener efectos similares; en el segundo, la ausencia de la sustancia en el organismo precipita síntomas y signos de magnitud variable que afectan al estado físico y mental del individuo. (CEMEF, 1976).

2. Variables que intervienen

Previa a la delimitación de las consecuencias de la farmacodependencia es preciso tomar en cuenta una variable que incide en forma determinante y que es la disponibilidad, o ausencia, de la sustancia con potencial adictivo. En caso de que el consumidor tenga acceso a las diferentes sustancias, lo cual está condicionado por elementos de tipo social que ya se han mencionado, las consecuencias variarán de acuerdo a ciertas características propias tanto del mismo consumidor como de la droga y del medio en que se halle (CEMEF, 1976).

De esta manera, los deseos y expectativas del consumidor, así como su capacidad de limitar la dosis y frecuencia del consumo de acuerdo con sus características individuales, pueden modificar las

sensaciones que experimente.

Los efectos difieren también según el tipo de sustancia consumida, la potencia o concentración de la misma y la vía de administración (inhalación, ingestión, inyección). Otras variables significativas son la dosis administrada, la frecuencia de consumo y la utilización de varias sustancias de manera simultánea o consecutiva, sobrepasando la capacidad del organismo de metabolizarlas y eliminarlas.

Pueden citarse además las influencias del medio ambiente físico o social en el cual se realice el consumo. La acción de esta variable sobre los efectos es especialmente notable en casos de dosis bajas administradas en grupo. Este tipo de variaciones se presenta en los efectos inmediatos o a corto plazo.

3. Consecuencias

Una vez identificado un caso de farmacodependencia se hace imprescindible mencionar las consecuencias en el ámbito individual, familiar y social, representadas en el cono inferior del esquema 1.

Si bien las consecuencias que se detallan son sobre todo los efectos adversos, en los diferentes ámbitos, es preciso recordar lo ya afirmado de que el papel desempeñado por el consumo de drogas tiene un significado que lo hace útil tanto para el consumidor como para su familia y la sociedad, el cual también incide en la preservación del consumo, desmotivando la aplicación de planes coordinados y efectivos de abatimiento.

3.1 Efectos en el individuo

En la esfera individual destacan nuevamente los elementos psíquicos. Los efectos inmediatos del consumo pueden ir desde las reacciones agudas de agresividad a la más leve modificación del funcionamiento mental, siempre teniendo en cuenta que la posibilidad de que aparezcan efectos adversos se incrementa sustancialmente con el consumo consuetudinario y la adquisición de dependencia (Millé, 1983).

En cuanto a los fisiológicos, la incidencia de daño orgánico o de sobredosis se incrementa debido a las variables fisiológicas citadas, esto es, la frecuencia e intensidad del consumo, la vía de administración, el tipo de sustancia y el desarrollo de dependencia física. Si bien las consecuencias psíquicas pueden intensificarse si la sustancia consumida es obtenida a través del tráfico ilícito por la tensión que el mismo genera, en los efectos fisiológicos puede presentarse la situación inversa, es decir que sustancias obtenidas legalmente provoquen efectos en el organismo de mayor magnitud que las ilícitas. Tal sería el caso de los volátiles inhalables y del alcohol.

3.2 En el ámbito familiar, el caso identificado de farmacodependencia puede actuar de muy diferentes formas, tanto propiciando o profundizando los problemas del núcleo, como encubriéndolos o disfrazándolos al focalizar la atención del grupo. Es así que los miembros de la familia pueden intentar desentenderse del problema y con él de su vinculación afectiva o física con el resto de la familia; encubrirlo a través de la negación; mantenerlo, proporcionándole

los medios necesarios para la adquisición de la sustancia; o guardar conductas ambivalentes que refuercen la situación. Otra postura posible es la de preservación de este emergente de algún problema familiar subyacente.

A todas estas posturas, que pueden aparecer ante el consumo indiscriminado de fármacos por parte de un miembro del grupo familiar, se agrega aquélla en la que los familiares del caso identificado se solidarizan con el problema y colaboran activamente con el farmacodependiente en su intento de rehabilitación. (CIJ, 1982).

Otro tipo de consecuencias que incide en la familia de un farmacodependiente son las económicas, motivadas por el monto de ingresos que uno de sus miembros destina a la obtención de la sustancia que utilice y que, en el caso de las que provienen del tráfico ilícito, representa fuertes sumas. A estas erogaciones se agregan, en ese mismo tipo de sustancias ilegales, las tensiones familiares que provocan las detenciones o amenazas que los consumidores padecen al comprometerse en actividades delictivas.

3.3 Efectos en la sociedad

En lo que respecta al amplio estrato de las consecuencias sociales evidentemente en ellas se cristaliza lo que representa cada problema relacionado con el consumo de drogas al conjuntarse dentro de lo que se conoce como la farmacodependencia.

Bajo esta perspectiva pueden destacarse los siguientes ejemplos:

- Las consecuencias que inciden en la seguridad pública, pues los farmacodependientes pueden presentar un mayor grado de agresividad o incrementar la posibilidad de accidentes debido a la pérdida del

control psicomotor y/o a la alteración en el juicio y la percepción, lo que repercute en conductas peligrosas. Por otra parte, los farmacodependientes se ven involucrados en actos delictivos con mayor frecuencia que el resto de la población, generalmente con el propósito de obtener o adquirir las sustancias (Satinder, 1977).

- Las que influyen en el sector salud, ya que exigen la creación y mantenimiento de instalaciones especializadas en la atención del problema.

- Las que repercuten en la productividad, exteriorizadas en los casos en los que el consumo interfiere con el funcionamiento laboral del individuo.

Si bien estas consecuencias son perjudiciales para la sociedad en su conjunto, lo es más lo que el consumo representa como negación al potencial humano, a la capacidad de desarrollo y a la superación de cada uno de sus miembros.

Si se entiende esta relación múltiple de los factores enunciados, la carencia de rasgos prototípicos entre los casos identificados deja de representar un obstáculo que invalida los análisis para transformarse en su hilo conductor. Se puede afirmar entonces que el problema de la farmacodependencia no es privativo de un cierto grupo social en cuanto a edad, sexo, clase socioeconómica o nivel cultural; de igual forma, los patrones de consumo varían significativamente en cada consumidor y en cada comunidad.

Por ello, no es posible asociar automáticamente a la farmacodependencia con la juventud, sino recordar que si este grupo de edad es de alto riesgo, por sus características en cuanto a desarrollo y presiones so-

ciales, en todos los demás se presentan, de hecho, problemas de abuso de sustancias. Por ejemplo, en México el consumo de alcohol se incrementa con la edad, mientras que el de las sustancia inhalables decrece (CIJ, 1983).

III EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA FARMACODEPENDENCIA

Al analizar el interjuego de los factores, la complejidad de la dinámica de la farmacodependencia cobra significado y obliga a la búsqueda de una aproximación integral, la cual abarque, dentro de un mismo proceso, no tan sólo el planteamiento de acciones preventivas que limiten el incremento del consumo indiscriminado de fármacos, sino también el abordaje terapéutico adecuado al caso individual y la respuesta comunitaria que sustente la integración del paciente rehabilitado a su contexto social.

Esta visión integral requiere de una perspectiva interdisciplinaria, que se contrapona a las aproximaciones tradicionales surgidas desde cada una de las especialidades involucradas en las acciones tendentes a abatir los índices de consumo. No obstante, es importante mencionar los cuatro diferentes modelos en los que tales aproximaciones se han estructurado (Nowlis, 1976):

- Etico-jurídico, que coloca el acento en las medidas legales para controlar la oferta de sustancias;
- Médico-sanitario, que pone el énfasis en las medidas clínicas y asistenciales que permiten la curación del enfermo farmacodependiente.
- Psico-social, que realza las actitudes sociales y las características de personalidad como las de mayor significancia en la farmacodependencia.
- Socio-cultural, que presupone que el ambiente y los valores de una sociedad son los que cohartan o fomentan el desarrollo de la farmacodependencia.

Estos cuatro modelos no sólo no son contradictorios sino que deben integrarse en forma totalizadora completando, con sus diferentes enfoques,

La visión del fenómeno y de cada caso. Para facilitar la comprensión de los alcances de cada uno de ellos se elaboró el esquema 2, en el que se observan sus áreas de acción e interacción. Siguiendo el mismo ordenamiento que el esquema 1, ya presentado, en éste se desarrollan los tres tipos de elementos enunciados (Sociales, Familiares e Individuales). Como puede observarse, el modelo médico sanitario tiene un área de acción restringida, puesto que atiende sólo al estado de salud fisiológica del individuo. Dentro de los elementos etiológicos, vigila, a través de la infraestructura sanitaria, el funcionamiento orgánico de los miembros de la sociedad y lleva a cabo actividades de prevención, para evitar la aparición de enfermedades. En general, esta estructura preventiva es la más débil de todo el aparato de salud y se dirige en forma exclusiva a la inmunización infantil en contra de las enfermedades infectocontagiosas. En otras áreas de la salud, sea ésta mental o física, su acción es poco evidente en los países de América Latina, en especial en épocas de restricciones económicas como las que vivimos, en las que se tiende a esperar los estragos de cualquier problema de salud para no tener más remedio que destinar presupuesto de "emergencia" a subsanarlos. Es por ello que la acción más relevante de este modelo sea en la esfera de las consecuencias, atendiendo los daños en la salud del farmacodependiente, sean éstos críticos o crónicos. Una acción suplementaria que frecuentemente concibe este modelo es la detección temprana de los consumidores, a través del personal médico o para-médico. Tal detección facilita la atención oportuna, evitando que el consumidor adquiera un grado de dependencia muy avanzado, en el cual la rehabilitación es difícil.

En cuanto al modelo psico-social, éste centra su área de acción en

lo relativo a los elementos etiológicos actuando simultáneamente en la situación psíquica individual y en el grupo familiar donde cada individuo se desenvuelve. Si bien existen diversas tendencias y abordajes en relación a este modelo, todos ellos incluyen dentro de sus elementos diagnósticos al análisis de los patrones de comportamiento individuales y/o familiares relativos al consumo de drogas, relaciones con el medio, ocupaciones, manejo del tiempo libre, etc. A través de la aplicación de un modelo de este tipo se llevarían a cabo acciones desde el sector educativo, recreativo o cultural, o bien desde el área de la psicología social, que tendieran a proporcionar opciones o desarrollar el potencial físico y mental de los miembros de la sociedad. Las acciones emprendidas por este modelo en lo referente a las consecuencias incluyen la atención de las reacciones adversas psíquicas a corto, mediano y largo plazo de los casos identificados, así como de los problemas surgidos, o agudizados, en el núcleo familiar por la farmacodependencia de uno de sus miembros.

Toda el área relativa al funcionamiento familiar, tanto la referente a los elementos etiológicos (situación, patrones de comportamiento) como la de las consecuencias, es también cubierta por el modelo socio-cultural, el cual suma dentro de su actividad lo concerniente a los factores netamente sociales, como son los recursos socioeconómicos, infraestructura, ideología que predomina, o ante la cual se opone el individuo o su grupo de pares. Este mismo modelo analiza o actúa también, con frecuencia, en relación a las consecuencias que atañen a la esfera laboral.

Por último, el modelo ético-jurídico controla las restantes esferas conformadas, en lo relativo a los elementos etiológicos, por los controles

sociales formales o reglamentaciones legales y la comercialización de sustancias, tanto en su producción como en su distribución. En la esfera de las consecuencias, este modelo se limita a intentar mantener la seguridad pública y a aplicar sanciones, que repercuten a nivel familiar, y por ende, individualmente, en los miembros de este grupo.

Las áreas delimitadas de acción de cada modelo no deben hacernos olvidar que todos los elementos mencionados se encuentran, como ya se ha mencionado, en interrelación constante. Esta red de interrelaciones es esbozada mediante las flechas que figuran en el cuadro 2, si bien se han considerado sólo las de concatenación más notoria.

El análisis teórico de la farmacodependencia ya realizado puede contribuir a la comprensión de sus dimensiones. Nos ha permitido observar al menos la disparidad de elementos que se requiere tener en cuenta en un abordaje, si se espera modificar realmente la situación relativa al consumo de drogas. Es así que un modelo de abordaje que pretenda ser integral no puede permanecer sólo en medidas de tipo terapéutico, ni tampoco en la prevención directa del consumo, sino que debe intentar incidir en las estructuras ideológicas y socioeconómicas que motivan, facilitan o refuerzan la utilización de fármacos.

Con el objeto de ubicar al abordaje de la farmacodependencia en un tiempo y espacio definido, analizaremos la situación actual en México. Para ello se ha elaborado el cuadro 3, en el que se observan las diversas instancias de los Sectores Público, Privado y Social que convergen en la dinámica de la farmacodependencia, al facilitar o controlar algunos de los elementos, variables o efectos ya mencionados. Siguiendo el mismo orden del esquema del anexo 1, en este cuadro (Anexo 3) figuran en primer lugar las acciones llevadas a cabo en relación a los elementos etio

lógicos. Las dirigidas a los elementos cubiertos en la esfera de los so
cial implican todas las actividades tendentes a mejorar las condiciones
de vida de la población (salud, bienestar, cultura, recreación, depor-
te) emprendidas por cualquiera de los Sectores (Público, Privado y/o So
cial) y que pueden tener repercusiones en la farmacodependencia, al lo-
grar que la vida merezca ser vivida, sin requerir apoyos que repercutan
en conductas autodestructivas. Este tipo de medidas impactan no sólo en
la farmacodependencia sino también en muchos otros problemas que pueden
ser entendidos desde lo social.

Otro tanto sucedería con las acciones que involucran a la esfera de lo
familiar y que, al propender hacia un nivel de comunicación y estructu-
ración adecuado del núcleo y de la integración de las relaciones entre
sus miembros, promueven un más sano desarrollo de los mismos, alejándo-
los de un posible consumo de fármacos.

En cuanto a las medidas preventivas que inciden en los elementos indi-
viduales (psíquicos y fisiológicos) éstas en general son concebidas a
través de las campañas de educación para la salud en forma global, o
específicamente de prevención de la farmacodependencia, llevadas a cabo
en escuelas, comunidades o a través de divulgación. También pueden con-
cebirse como acciones que inciden en los elementos etiológicos los estu
dios o investigaciones científicas que permiten profundizar en el cono-
cimiento de la farmacodependencia, de alguna de sus expresiones o de su
magnitud. Como puede evidenciarse el área de estas actividades es muy
amplia, ya que abarca tantos campos de acción como los que nuestra ima-
ginación quiera otorgar al intento de lograr un incremento en la cali-
dad de vida de nuestra sociedad. En el cuadro 3 se señalan, como respon
sables dentro del Sector Público, a la SEP, la SSA, la SEDUE, la STPS y

La Secretaría de Gobernación, considerando dentro de estas dependencias a sus institutos y centros de estudio y capacitación.

La posibilidad de que surjan problemas de iatrogenia, es decir de condiciones adversas que puedan generar farmacodependencia como resultado de prescripciones realizadas por médicos, enfatiza la importancia de concientizar a estos profesionales, como integrantes del Sector Privado, por parte del Sector Salud. Dentro de este mismo Sector también se debe incentivar la toma de conciencia acerca de la sobremedicación por parte de los médicos a la población, tanto la asegurada como la que concurre a centros hospitalarios y consultorios.

En cuanto al Sector Privado y al Social, intervendrían los pedagogos y los especialistas en el área de la salud y de las ciencias sociales, tanto a nivel individual como en grupos y asociaciones, así como los grupos comunitarios de diversa índole o las asociaciones de interés social.

Pero, como ya se ha especificado, para que un individuo pueda convertirse en farmacodependiente, y que este caso unido a otros se convierta en un problema para la sociedad, es menester que exista la droga. En relación a esta variable, señalada con el # II en el cuadro 1, son diversas las instancias que intervienen, puesto que su comercialización implica todo un proceso en íntima relación con el consumo.

Por comercialización entendemos las actividades que abarcan la elaboración de una sustancia con potencial adictivo y que permiten que ésta sea consumida por un individuo con intenciones que excedan las puramente médicas o los rituales o costumbres religiosas.

Dentro de la comercialización se incluye, como primera etapa, la Producción, mediante la cual se obtienen o fabrican las sustancias, tanto le-

gal como ilegalmente. El cultivo de especies vegetales en México completa esta etapa; el mismo puede ser ilegal, en el caso de la mariguana o los estupefacientes. En algunas áreas rurales se producen alucinógenos para utilizarlos en rituales y que pueden derivarse al mercado ilícito. Pero predomina el cultivo de sustancias legales, como algunas xantinas o tabaco o el de todo tipo de materias primas para la elaboración de bebidas alcohólicas.

En esta etapa intervienen, en cuanto al control del manejo de materias primas y de procesos de elaboración en industrias, las Secretarías de Comercio y Fomento Industrial y de Trabajo y Previsión Social en lo que respecta a la producción legal de medicinas de patente, infusiones estimulantes, bebidas alcohólicas y sustancias volátiles o pegamentos. En la detección de laboratorios y sembradíos ilegales, así como en su erradicación, confluyen la Procuraduría General de la República y la Secretaría de la Defensa Nacional. La Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos tendría bajo su cargo la coordinación de proyectos que facilitarían la sustitución de cultivos de estupefacientes por otros que fueran igualmente productivos para los campesinos o, al menos, en buscarles apoyos que respondieran a sus necesidades, una vez erradicados los cultivos ilegales.

En relación a los Sectores Privado y Social, los grupos involucrados son los industriales (laboratorios, productores de vinos, licores, cigarrillos, sustancias volátiles y pegamentos) y los farmacéuticos, los sindicatos en los que se reúnen los trabajadores de esas industrias o las cámaras de los productores así como los campesinos.

En lo que se refiere a la segunda etapa de la Comercialización, la de la Distribución, ésta abarca dos vías: la del tráfico ilegal, tanto en

la esfera nacional como la de tránsito hacia y desde otros países, y la del comercio que se realiza en farmacias para las medicinas de patente, sean éstas sedantes o estimulantes; en tlapalerías para el caso de pegamentos y otros solventes inhalables; y en expendios en los que se obtienen esos mismos derivados del petróleo u otras sustancias legales, como las bebidas alcohólicas, el café o el tabaco.

En relación al tráfico actúan, dentro del Sector Público, tanto la Procuraduría General de la República para la aprehensión de traficantes y detección de redes de distribución, como esta misma dependencia en conjunción con la Secretaría de Relaciones Exteriores para el establecimiento de reglamentos y la participación en tratados bi o multi-laterales. En cuanto al Sector Privado, éste está representado casi exclusivamente por los abogados que actúan como defensores de los presuntos traficantes. En lo que concierne al comercio, la SECOFI fija las normas de distribución y manejo de las sustancias legales. En el caso de las medicinas de patente, la Secretaría de Salud expide sus propios reglamentos.

Todas estas normas recaen en los Sectores Privado y Social, tanto en los mismos comerciantes como en las Cámaras que los agrupan y en los sindicatos en los que intervienen sus empleados.

Por lo general es a la última de las áreas mencionadas en el cuadro, la relativa a las consecuencias del uso indiscriminado de drogas, en la que se piensa cuando se habla del abatimiento de la farmacodependencia. Ello se deriva de que es en ella donde se observan los efectos, pero es indudable que al delinear estrategias de acción es conveniente involucrar y es imprescindible tener en cuenta el mayor número de ámbitos que sea posible. Como acción en lo relativo al primer nivel de las con

secuencias consideradas en el cuadro 1, la que se refiere a lo individual, encontramos la rehabilitación, entendida como el proceso de atención al farmacodependiente que le permite integrarse a una vida social satisfactoria y productiva. Esta acción no puede tampoco ser realizada únicamente por un grupo médico o paramédico que se dedicaría a lo específicamente terapéutico; por el contrario, para lograr efectos reales y no permanecer en la mera "desintoxicación" del paciente, es menester la participación no sólo de pedagogos y capacitadores del Sector Público y Privado, sino sobre todo de grupos comunitarios que, a través de una actitud de comprensión e involucración, promuevan los niveles de vida de su sociedad y las posibilidades de desarrollo de la misma.

Es así que en esta esfera individual podemos considerar en forma primordial como responsable tanto al mismo farmacodependiente, quien debe participar activamente en su propia rehabilitación, como al equipo médico técnico que apoyará ese proceso terapéutico o al grupo terapéutico de auto-ayuda al que se integra el alcohólico. En lo referente a las esferas de las consecuencias familiares y sociales, se requiere nuevamente la intervención de amplios sectores que se corresponsabilicen en la tarea rehabilitatoria o que busquen una razón o salida para el grupo familiar.

El análisis de los Sectores que tienen relación con la farmacodependencia en México nos da una idea de su magnitud. Resulta procedente intentar otro tipo de estudio que permita ubicar parámetros numéricos o patrones de consumo de los casos identificados de farmacodependencia de manera de darle el peso específico que realmente posee.

Si bien a la fecha no existen estudios epidemiológicos en población abierta en toda la República Mexicana, que por otra parte insumirían to

dos los recursos que se destinan a la prevención y tratamiento del problema, sí se han realizado investigaciones en población cerrada (escuelas y centros de reclusión especialmente) así como algunas encuestas en hogares. La disparidad de los abordajes metodológicos dificulta su comparación y la gran proporción de estudios que centran su atención en la población estudiantil enfatiza la importancia de no extrapolar los datos recabados generalizándolos.

Un esfuerzo de recuperación e interpretación de datos fue el realizado por Sanchez Huesca y colaboradores (1984) en una investigación documental que ordena estudios previos en México entre 1970 y 1981. De este análisis se extraen los siguientes parámetros:

- Las drogas de uso médico son las más utilizadas y la población que reporta con más frecuencia este consumo son los adolescentes mayores y adultos.
- Se encuentra una tendencia de aumento en el consumo de las drogas de uso médico a medida que se incrementa el nivel académico entre adolescentes tardíos y adultos jóvenes, siendo la marihuana la sustancia más utilizada.
- El uso de inhalables sigue una tendencia ascendente entre la población escolar de nivel medio básico. Si bien el uso de estas sustancias continúa dándose predominantemente en estratos socioeconómicos bajos, se ha extendido a niveles más altos.
- Las sustancias cuyo consumo demostró un índice más alto fueron los analgésicos-narcóticos con codeína, correspondiendo su uso a adultos principalmente.
- Los estimulantes, en especial las anfetaminas, presentan un incremento en su consumo por parte de la población estudiantil a nivel medio

básico y medio superior, en el lapso de una década.

- El uso de cocaína se quintuplicó en el nivel académico medio superior entre 1978 y 1980, manteniéndose siempre en niveles poco considerables.

A los parámetros generales proporcionados por este estudio se suman algunas consideraciones extraídas de los compendios estadísticos de la población farmacodependiente y de los estudios de demanda poblacional compilados por Centros de Integración Juvenil, institución que cuenta en México con una red de 32 Centros dedicados a la atención de la farmacodependencia y cuyas funciones se detallan más adelante. Entre sus pacientes, las sustancias de mayor consumo son la marihuana y los inhalables, salvo en la región N.O., en especial en la ciudad de Tijuana, en donde priman las sustancias de uso médico: sedantes y estimulantes (CIJ 1982).

El patrón de consumo de la población juvenil difiere del de E.U.A., en donde las drogas más consumidas son los opiáceos, sustancias de efectos diversos, pero de consecuencias individuales y sociales igualmente nocivas. (Johnston, 1982).

No obstante, existen ciertas pautas comunes entre ambos países y otros del mundo occidental, y que deben tomarse en cuenta, como es el hecho de que se trata de un problema predominantemente urbano y que en México ha tendido a presentarse con mayor frecuencia no sólo en las grandes urbes sino también en ciudades de rápido crecimiento por fuertes corrientes migratorias, en los centros de atracción turística y en la faja fronteriza del Norte del País (CIJ, 1981).

Todos estos indicadores demuestran la relevancia que alcanzan, en cuanto a la evolución del consumo de drogas, las situaciones de trascultu-

ración o de cuestionamiento de los marcos de referencia, así como la falta de consistencia o de relevancia de las redes comunitarias de apoyo en los conglomerados urbanos, como ya se ha mencionado.

En las ciudades, por otra parte, se da con mayor intensidad que en las áreas rurales la tendencia a acudir al médico y a ingerir medicamentos por cualquier tipo de problemas, aun los de origen psicosomático en los cuales el fármaco prescrito cumple únicamente la función de un placebo, puesto que disimula el síntoma real, sea éste afectivo, emocional u originado por presiones de tipo económico. Todo ello explicaría los datos, ya comentados, recabados por los estudios epidemiológicos en nuestro país, según los cuales las sustancias más utilizadas por la población en general, y la adulta en particular, son las de uso médico. Esta situación es favorecida, con frecuencia, por el médico quien, sin darse tiempo a escuchar a su paciente y alentado por los laboratorios y su propaganda distorsionante, se siente obligado a recetar algo, en muchos casos un tranquilizante menor, provocando de esta manera la proliferación de un problema de salud pública que estaba obligado a contribuir a abatir: la farmacodependencia (Sierra, 1984).

Por otra parte, esta respuesta del médico incrementa la falta de seguridad del individuo en sus propios recursos y los de su medio familiar o comunitario para enfrentar sus problemas, desligando así su potencial como agente de cambio o elemento activo dentro de su sociedad para depositarlo en especialistas, técnicos o instituciones que despersonalizarán y cohartarán sus posibilidades de desarrollo creativo.

Es así que en EUA un tercio de toda la población adulta y el 45% de las mujeres utilizan en forma regular sustancias que provocan alteraciones en el estado de ánimo sin que, en la mayoría de los casos, los usuarios

tengan conciencia de estar ya padeciendo un problema relacionado con el abuso de drogas (Bowes, 1974).

La proporción mayor de mujeres entre los consumidores de tranquilizantes se mantiene en México (Sánchez Huesca, 1985) entre la población que solicita servicios de atención terapéutica. En EUA, el mayor consumo de fármacos se da entre las mujeres adultas que trabajan (Bowes, 1974).

Sin embargo, dado que los índices de consumo de fármacos que no requieren prescripción médica son similares entre hombres y mujeres, según el estudio de Manheim (1974), este autor concluye que éstas "admiten con más facilidad sus trastornos emocionales" y "aceptan fármacos psicoterapéuticos que les son prescritos por el médico" debido a que este comportamiento se encuentra "culturalmente aceptado", mientras que no lo está así para los hombres. Podría inferirse, de igual modo, que la profesión médica responde al recetar tranquilizantes a otro patrón cultural, el cual supone que las mujeres tienen una mayor tendencia que los hombres a los problemas emocionales.

Esta situación es especialmente preocupante si se toman en cuenta los magros resultados obtenidos en los programas de tratamiento que, por lo general, alcanzan índices de abstención de consumo de drogas de los pacientes dados de alta inferiores al 10%, en estudios a largo plazo (CIJ, 1979 y Jaffe, 1979).

En ello quizás intervenga el hecho de que los programas de atención curativa en general se conciben desde modelos que tienden a la eliminación del síntoma evidenciado por el consumo de drogas, sin tener en cuenta los demás elementos que ya hemos analizado como participantes en la etiología. El reconocimiento de esta concatenación de elementos facilita la rehabilitación a largo plazo del farmacodependiente, en lugar de que

éste tan sólo abandone temporalmente la droga. En ello quizás resida la causa de que los programas que alcanzan resultados más alentadores en los estudios de evaluación son aquéllos que proporcionan un nuevo entorno comunitario o familiar al consumidor, tanto los que involucran terapéuticamente a la familia, como los que se desarrollan dentro de comunidades terapéuticas o mediante grupos de auto-ayuda (Alcohólicos Anónimos). Esta aseveración se ve confirmada por las mismas dificultades que estos últimos programas tienen con la etapa decisiva del proceso de rehabilitación: la salida de la comunidad (o del grupo) y el reingreso al medio social. En efecto, es difícil para el ex-farmacodependiente encontrar un contexto social que lo acepte y lo motive como lo hizo el grupo terapéutico.

Los resultados de tratar únicamente las consecuencias de la farmacodependencia revierten los esfuerzos hacia los abordajes que ponen en un lugar preponderante a las acciones preventivas.

Pero, si al tratar a los farmacodependientes se evidencia la gran disparidad de características de cada caso, puesto que con frecuencia parece que lo único que tienen en común es el consumo de drogas, este rasgo se acentúa al bosquejar medidas preventivas. Estas deben responder a los patrones de tipo individual, así como a los elementos etiológicos sociales ya descritos; y enfrentar las peculiaridades de consumo propias de cada región así como las de cada grupo de edad y basarse en las posibilidades e intereses de cada comunidad.

Se requiere, por lo tanto, precisar el abordaje, de manera de tener en cuenta simultáneamente en cada estrategia a implantar tanto la dinámica global del problema como sus facetas o rasgos.

IV LA PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA, NECESIDAD PRIORITARIA

La prevención de la farmacodependencia surgió como necesidad a partir de la evidencia de que el consumo de drogas no era sólo una moda pasajera, como se pretendió a fines de la década de 1960, sino que se trataba de un problema de salud pública con características permanentes (Millé de García Liñan, 1983).

Estos nuevos enfoques preventivos y sus diferentes abordajes se ligaron estrechamente a las concepciones de la farmacodependencia del grupo que gestaba la campaña. Es así que los primeros programas, emanados de los sectores sanitaristas, consideraban que el consumo de drogas era una enfermedad de la que, como en cualquier otra, podía distinguirse una historia natural. Las medidas preventivas actuarían, por ende, como la vacunación en las enfermedades infectocontagiosas y el individuo "prevenido" sería inmune a adquirir farmacodependencia.

Tales "vacunas" estuvieron representadas durante los primeros años de la década de 1970 por la información, a menudo exagerada, sobre los efectos adversos de las drogas, difundidos con el objeto de atemorizar a los usuarios potenciales de drogas, en especial a los jóvenes. Dirigir los esfuerzos a este grupo de edad implicaba que se intentaban construir controles sociales alrededor del uso de drogas por esta población, al percibirlo como una perniciosa muestra de diferenciación con el mundo adulto y de rechazo a los valores establecidos. La falta de interés demostrada por algunos grupos juveniles hacia las estructuras productivas de la sociedad adulta parecían poner en peligro el futuro de ésta, lo que motivó a los sectores más conservadores a encontrar un elemento al que pudiera considerarse culpable de la situación para, así, evitar el análisis de las estructuras sociales poco motivantes o, más bien,

frustrantes.

De esta manera, el consumo de drogas surgió como la manifestación de lo "vicioso", apelativo que no podía justificarse únicamente por otro tipo de costumbres propias y distintivas del anticonformismo de amplios sectores de la juventud en la década de 1960 y principios de la de 1970: el pelo largo, los lemas de "amor y paz", la música de protesta, el desaliño.

Así, se realizan principalmente en EUA y los países de Europa Occidental numerosas campañas (publicaciones, anuncios en los medios, programas de conferencias) siguiendo un tono atemorizador, las cuales pronto demuestran su ineficiencia en detener el incremento en el consumo de fármacos. Algunas evaluaciones evidencian que, luego de ser aplicadas, los índices de consumo o experimentación de las poblaciones juveniles a las cuales iban dirigidas se incrementaron (Brecher, 1972).

Además, este tipo de mensajes, en general, mantenía estereotipos que fomentaban no sólo la falta de comprensión de la magnitud real del consumo de drogas desde sus diferentes perspectivas (elementos facilitadores, sustancias consumidas, grupos involucrados, etc.) sino que también su corte sensacionalista provocaba reacciones adversas entre los consumidores en relación a la credibilidad de futuras campañas.

Una de las causas de esta falta de confianza en los mensajes vertidos es el diferente trato dado a las sustancias consumidas, diferenciándolas más por su adscripción legal (lícitas o ilícitas) que por los efectos reales en el organismo, por lo cual enfatizar éstos, de hecho, quitaba fuerza al mismo mensaje. A pesar de ello, la exageración y falta de fundamento de los materiales preventivos queda de relieve en un estudio (Meyer, 1974) según el cual de 220 audiovisuales analizados sólo 16

contenían información científicamente aceptable.

Todos estos problemas del enfoque preventivo a través del temor, emanado de un abordaje represivo y paternalista acerca del consumo de drogas, son captados por la UNESCO, organización que saca el tema: "El problema de las drogas crece hablando de él" (Correo, 1972). Asimismo, la agencia estadounidense especializada en lo relativo a las drogas, SAODAP, retira en 1974 todas sus publicaciones preventivas y emite lineamientos acerca de la edición de material preventivo, ya sea impreso, audiovisual o destinado a la prensa, en los que señala la necesidad de evaluación de cada mensaje difundido en función de la veracidad de sus contenidos y de la adecuación de los mismos a la audiencia y al medio de difusión.

La nueva postura preventiva implicaba dotar a la población de un bagaje de conocimientos suficientes, adecuado a sus intereses, veraz y actualizado, suponiendo que tal información le serviría para basar decisiones acerca del consumo de drogas. Sin embargo, estudios posteriores comienzan a cuestionar la validez de los programas meramente informativos, aun si son difundidos en forma personal por conocedores en la materia, como elementos que modifiquen la actitud hacia el consumo de drogas, puesto que el conocimiento acerca de los daños que ocasiona tal consumo, aun si se tratara de información fidedigna, proporcionada a pequeños grupos que pueden satisfacer sus dudas, no trae consigo necesariamente un cambio de actitudes o, más difícilmente, uno de comportamiento.

Esto es especialmente cierto entre adolescentes, los cuales no comparan con el adulto la misma actitud ante el riesgo: enfrentarlo puede resultarles atractivo e incitarlos a la experimentación, a la par que la

posibilidad de dolor o daño físico en su persona la vislumbran, con frecuencia, como algo muy remoto.

Por otra parte, las campañas relativas a la disminución del tabaquismo han demostrado que, si bien todo consumidor está actualmente al tanto de los peligros que encierra su hábito en relación con la propensión a contraer cáncer de pulmón, sólo un pequeño porcentaje de tales consumidores, que han alcanzado patrones de consumo habitual, lo abandonan por completo (Eiser, 1978).

Surgen así otros modelos preventivos que se alejan de "educar sobre la droga" para acercarse a la "educación para la salud", en el supuesto de que, al tender a ese estado de bienestar físico y mental el individuo no consumirá sustancias de potencial adictivo.

Algunos de ellos buscaron enseñar medios de expresar los sentimientos, de comunicarse, de incrementar el sentido de responsabilidad o la autoestima, de dirigir la necesidad de experimentación a actividades que implicaran un desarrollo sano, de clarificar el sistema de valores sobre el que descansa la decisión de consumir (o no) drogas. Estos diferentes procedimientos han sido aplicados, predominantemente, en poblaciones juveniles a las que han sido impartidos por sus mismos maestros, por instructores especializados, por farmacodependientes ya rehabilitados y por líderes estudiantiles o grupos de voluntarios. Es importante destacar que las modalidades de aplicación han variado más debido a las posibilidades de cada zona o a la tendencia de las autoridades que a la adecuación planeada, de acuerdo a las características y/o necesidades de cada grupo.

Existen estudios de evaluación de prácticamente todas las diferentes modalidades de programas preventivos. Los resultados no son espectacular-

res en ninguna de ellas y un patrón que han evidenciado es que los estudiantes que declaraban un consumo de drogas más alto fueron los que reportaron haber recibido programas de prevención acerca de la farmacodependencia (Goodstadt, 1982). Este autor señala que la situación puede derivarse de que los consumidores tengan más experiencia en ese tipo de cursos por ser considerados por las autoridades como grupos de "alto riesgo" o que otorguen más importancia al tema y recuerden con mayor intensidad haberlo recibido. Esta última suposición se ve corroborada por análisis similares realizados en relación a una campaña contra el alcoholismo, de cuyos mensajes las personas con problemas por el abuso del alcohol tuvieron una recordación marcadamente mayor que la de los abstemios. (Hanneman, 1973).

Las diferencias reportadas entre consumidores y no consumidores refuerzan la necesidad de buscar elementos preventivos propios para cada grupo y situación.

A la par, los resultados de las evaluaciones insisten en la búsqueda de indicadores numéricos, que son más adecuados para medir conocimientos o niveles de consumo/abstinencia que para encontrar situaciones cualitativamente importantes como cambios de actitud, procesos acumulativos de educación, relación dinámica de interacción entre diferentes fuentes, tendencias o expectativas para el futuro, etc.

Las medidas sugeridas por todos esos programas preventivos pueden ser incluidas entre las fortalecedoras del control social, puesto que intentan adecuar el comportamiento a parámetros que sean considerados como beneficiosos al desenvolvimiento de la sociedad, pero de todas formas implican una mayor apertura en la búsqueda de opciones y en el cuestionamiento de la realidad que las que se basaban en conceptos atemoriz-

zadores.

La prevención de la farmacodependencia tiende, entonces, a quedar incluida dentro de un enfoque más amplio, que no se restringe a brindar información sobre las drogas sino que pretende educar para la salud, para "llegar a influir favorablemente en actitudes, hábitos y comportamientos" (Gomes Ferraroti, 1984).

Sin embargo, esta educación con frecuencia cae en la prédica o el adoctrinamiento, al proporcionar modelos ideales inmutables hacia los que hay que tender. Ante éstos reaccionan algunos especialistas como Fors (1980) quien afirma que "existen cosas más importantes que alcanzar la salud y una de ellas es la dignidad del hombre", pronunciándose porque los programas fueran voluntarios y se expusieran, previo a su desarrollo, sus objetivos y abordaje. Es esta una concepción en donde se idealiza la necesidad de preservar la libertad individual y se olvida que sería imposible que los programas preventivos estuvieran dotados de un abanico de posibilidades para el "auto-servicio" del usuario potencial. Por otra parte, aun si dejáramos de lado la incosteabilidad de este tipo de programas, compartirían con los que se mencionaron anteriormente el principal problema: se dirigen exclusivamente a enfrentar los factores etiológicos de tipo individual. Estos pueden parecer los de más fácil acceso para incidir preventivamente pero, como ya se ha evidenciado, deben ser atendidos en forma simultánea a los demás elementos familiares y sociales.

Los problemas en definir un programa tipo que lo convierta en ideal, en lugar de incentivar la búsqueda de opciones adaptables, ha provocado en EUA un fortalecimiento en las líneas de tipo autoritario que dicen responder a la información estadística estadounidense y canadiense, según

la cual en los grupos familiares tradicionales o conservadores la incidencia del consumo de drogas es menor, sin aclarar si se presenta otro tipo de patología o problema entre sus miembros. Estos programas son desarrollados por grupos de padres, quienes así retoman el control sobre sus hijos del que se habían alejado al seguir corrientes educativas de corte liberal, y que en el presente se valen de medidas de represión directa (prohibición de salir, de recibir llamadas telefónicas, registro de pertenencias) o indirecta (premios a la buena conducta).

Las campañas locales de los grupos de padres han pasado a ser nacionales, recibiendo en los últimos años todo el apoyo de la Casa Blanca a través de la Sra. Nancy Reagan. El material difundido incluye imágenes significativas; la última campaña, con el lema "Sólo di no", presentaba a una madre apoyando ambas manos en los hombros de su hijo adolescente, enfundado éste en una armadura. Resulta inconcebible que el "cruzado", si bien inmune a las influencias externas, sea un modelo eficaz para nuestro tiempo, sobre todo porque los creativos "olvidaron" dotarlo de caballo (NIDA, 1985).

Sin embargo no es ésta la postura que prima a nivel mundial. La ONU, a través de su División de Estupefacientes, comienza a reconocer desde 1982 que el medio más eficaz de combatir la farmacodependencia es a través de la utilización de los recursos comunitarios, no sólo para no sobrecargar de responsabilidades al Estado, sino porque los cambios de actitudes y comportamiento que la prevención requiere sólo pueden ser reales si son asumidos por la misma comunidad. Se supone que este cambio por parte de la sociedad redundará, a largo plazo, en una modificación de las estructuras sociales e ideológicas que, a nivel global, fomentan el consumo de fármacos.

El Estado permanece entonces en un papel de apoyo a la educación para la salud, pero la responsabilidad de preservar ésta mediante una participación activa es de la comunidad (ONU, 1984). Este enfoque pretende que cada individuo, de cada familia, de cada grupo social, posea los parámetros de evaluación y de autodeterminación acerca de su vida que le hagan escoger responsablemente y optar por una vida sana, generando acciones de autogestión para el mejoramiento de los niveles de salud y bienestar de su sociedad, a través de cuyo logro se irá disminuyendo el consumo indiscriminado de drogas. De esta manera, se cubren, mediante este tipo de abordaje, los tres niveles de elementos etiológicos mencionados (individuales, familiares y sociales) incrementándose en consecuencia la posibilidad de obtener resultados reales y válidos.

Un enfoque tan abarcativo como el planteado permite la visión integral del fenómeno de la farmacodependencia que el mismo requiere para poder incidir en su evolución. Es por ello que sirve también de fundamento al Programa Nacional contra la Farmacodependencia, promulgado por el Sector Salud del gobierno de México en junio de 1985. En este documento, en cuya elaboración intervinieron representantes de los Sectores Público, Privado y Social, se incluyen medidas preventivas dirigidas tanto a la comunidad en su acepción más amplia como a los diferentes sectores comunitarios cuya colaboración permanente se requiere con mayor urgencia, preservando siempre el sentido de motivación de la autogestión (Millé de García Liñán, 1985).

Sin embargo, las estrategias de desarrollo de un modelo participativo son delicadas, puesto que por una parte es necesario motivar a la injerencia activa a la comunidad, pero por otra es imprescindible contar con los servicios de orientación y capacitación para que, una vez logra

da, la motivación conduzca a esfuerzos productivos, en lugar de a la duplicación, a la frustración o a la inmovilización. Todo ello debe realizarse proponiendo estructuras bien fundamentadas pero flexibles, de manera de que cada grupo las pueda adaptar por sí mismo a sus necesidades, prioridades o posibilidades. Además de estos servicios de apoyo a la prevención debe contarse con servicios de tratamiento, en la inteligencia de que la población, consciente de lo que la farmacodependencia significa, detecte en forma más temprana los casos, los canalice adecuadamente y colabore en la rehabilitación.

Una de las principales dificultades que entraña este enfoque de coparticipación entre el Estado y la comunidad en la solución de un problema resentido por ésta es la ambivalencia de los conceptos manejados. Por una parte, supone que el Estado abandona su esquema paternalista; pero, al hacerlo, obliga a la sociedad a asumir una responsabilidad que si bien siempre le había incumbido puede percibir como una imposición motivada por las restricciones presupuestales presentes. Además, este tipo de promoción de la capacidad autogestiva de la comunidad no puede concebirse como ligada únicamente al consumo de drogas, sino darse en un contexto de mayor apertura a la acción comunitaria hacia el cual no es común que los gobiernos sean proclives.

La misma amplitud de los problemas a cubrir dificulta también la evaluación de los resultados. Sería menester, idealmente, conformar un sistema de seguimiento y evaluación que se adecuara a los parámetros que surjan de las acciones de cada comunidad, vinculadas con sus propias decisiones en cuanto a necesidades y prioridades. De todas maneras, en lo estrictamente relativo al consumo de drogas, los resultados se irían dando a largo plazo.

Por último, los programas en relación a la farmacodependencia promovidos por el gobierno cuentan en la mayor parte de los países con una experiencia de más de una década. Durante ese tiempo han realizado experiencias que consideran válidas y desean transmitir a los grupos comunitarios, dificultando de este modo el desarrollo de una autogestión real.

Así, será difícil de encontrar la aplicación pura de un modelo fincado únicamente en la autogestión. De todas maneras, el modelo participativo (Estado-comunidad) se contrapone a los programas impuestos en forma vertical y concibe la autogestión en la medida en que la comunidad escoge las propuestas que juzga acordes a sus necesidades y las desarrolla según sus propias prioridades, basándolas en sus posibilidades y solicitando el tipo de apoyo que considere pertinente.

Por lo tanto, el desarrollo de un programa participativo mantiene la necesidad de una entidad capacitadora que:

- Motive a los diversos sectores comunitarios, teniendo en cuenta los diversos intereses y capacidades de cada uno de ellos, ya sea por el grupo etario, el tipo de ocupación o sus posibilidades de involucración.
- Capacite a los diversos grupos.
- Proporcione elementos de apoyo que les facilite el desarrollo de sus tareas.
- Mantenga una estructura de evaluación y seguimiento que permita, a la par que actualizar la capacitación de los grupos comunitarios, observar los resultados obtenidos por éstos y adaptar las estructuras propuestas en consecuencia (Millé de García Liñán, 1985).

Como puede observarse, la generación de una estructura de este tipo im-

plica un grado de sofisticación aún mayor que el requerido por un modelo de acción directa por parte del Estado, puesto que los instrumentos deben ser mucho más variados y la preparación del personal capacitador muy amplia y profunda.

Sin embargo, las dificultades señaladas para el desarrollo de un modelo participativo no le quitan su pertinencia. En efecto, hemos podido observar que los modelos tradicionales, desde el médico-sanitario al ético-jurídico, pasando por el psico-social y el socio-cultural, no aportaban la integralidad que requiere el enfrentamiento de la farmacodependencia.

En el modelo participativo encontramos expresados todos esos modelos, reduciendo su relevancia la comunidad en lo referente a los dos que hemos enunciado en primer lugar e incrementándola en los dos últimos. Pero encada una de las acciones intervienen activamente los miembros de la sociedad, tanto si se trata de aquéllas en las que es sujeto (involucración en la prevención) como cuando es receptor de servicios. Puesto que todo solicitante de los mismos está encarando activamente la solución de la necesidad que requiere satisfacer desde el momento de hacer consciente la demanda, durante su participación en el servicio solicitado y por la modificación que el mismo genere en sí y en su grupo social. Asimismo, si bien el Estado se encarga de la promulgación de las leyes, reglamentos y normas en relación a la comercialización de las sustancias con potencial adictivo, es la comunidad la que las apoya o las hace convertirse en letra muerta.

Este mismo enfoque participativo es el concebido por programas que devuelven la capacidad y responsabilidad del proceso terapéutico al "paciente" (comunidades terapéuticas) y/o a su familia (psicoterapia familiar dirigida al farmacodependiente y los miembros de su núcleo fami-

liar) o a un grupo de la comunidad (Alcohólicos Anónimos). Estos últimos programas, si bien no inciden sobre las estructuras que orillan hacia el consumo de drogas a un nivel macro, su trabajo con la familia, entorno más próximo del farmacodependiente, o con un grupo que comparte y acepta los problemas de éste, logra con frecuencia que se modifiquen favorablemente los niveles de comunicación y que se expresen y clarifiquen los sistemas de valores así como el papel que desempeña la ingestión de la sustancia.

La corresponsabilización entre todos los componentes del grupo o del núcleo familiar en cuanto a la situación en que se hallan y la búsqueda en común de soluciones es ya un ejemplo de lo que el modelo participativo pretende a una escala mayor, que impacte a la sociedad en su conjunto.

Los terapeutas familiares, por ejemplo, abandonan la "curación" médica tradicional para ser sólo facilitadores del propio desenvolvimiento familiar, proporcionando un espacio para que se hagan presentes los conflictos y los miembros del núcleo familiar retomen el poder de la decisión sobre su devenir como grupo.

V UN EJEMPLO DE LA APLICACION DEL MODELO PARTICIPATIVO

Las dificultades que entraña el desarrollo del modelo participativo no son únicamente en cuanto a su aplicación directa sino también en cuanto a la profundización de los conceptos en los que se basa. Un ejemplo de ello lo encontramos en la evolución de un organismo mexicano, Centros de Integración Juvenil (CIJ).

En 1970 nació esta primera institución dedicada exclusivamente a la prevenición y el tratamiento de la farmacodependencia a partir del esfuerzo de un grupo comunitario. Para comprender su origen es necesario remontarse a la década de 1960. En esos años la farmacodependencia ya era un problema de salud pública en México, que se podría considerar con características endémicas, puesto que los casos de alcoholismo eran frecuentes en la población adulta, a la par que en la estudiantil el de anfetaminas; o la prescripción y consumo de tranquilizantes entre la clase media o alta; o, también, el uso de marihuana por ciertos grupos marginales. Ajeno a este tipo de problemas de salud, el consumo con fines rituales de sustancias vegetales se mantenía en diferentes grupos étnicos del país.

A pesar de que había conciencia de la existencia de estos tipos de utilización de diferentes sustancias, sobre todos ellos se ejercían controles sociales que los circunscribían a ciertos sectores, ya identificados, que no eran sentidos como una amenaza para la vida social.

Es en los últimos años de esa década que surgen nuevas tendencias de consumo, principalmente de drogas ilícitas entre los jóvenes, acompañadas por un cuestionamiento de los valores tradicionales. Cunde entonces en amplias zonas geográficas un fenómeno de características epidémicas, cuya misma virulencia provoca temor y desconcierto en la población,

que se siente sin armas para hacerle frente.

Centros de Integración Juvenil nace precisamente como respuesta a este fenómeno, en un momento en que no se comprendía a la farmacodependencia en su totalidad sino en cuanto a uno de sus síntomas. Y es por ello que el modelo de trabajo, nacido por iniciativa de la comunidad como ya se afirmó, depositó la responsabilidad de las acciones en los técnicos de la salud mental (psiquiatras y psicólogos). La comunidad, de todas maneras, permaneció presente a través del aporte de los equipos de voluntarios que colaboraban en tareas no solo administrativas sino también para-médicas.

A la par que la comprensión del significado de la utilización de fármacos se ampliaba, el modelo sustentado por CIJ, donde la participación comunitaria es un elemento básico, ha ido profundizándose en su conceptualización para abarcar, en la actualidad, desde los niveles más específicos de la acción voluntaria en las unidades operativas, o Centros Locales, en las cuales se desarrollan las labores de tratamiento y desde las que se gestan las de prevención, hasta el nivel estructural de colaboración con grupos e instituciones de los Sectores Público y Privado (Millé de García Liñán, 1984).

Es así que en relación al cuadro # 3 podemos observar que la labor de CIJ cubre un amplio sector de lo que se señala como elementos etiológicos, así como la totalidad de los efectos. Con ello no se debe entender que tales actividades abarcan todas las posibles variables, sino que se realiza algún tipo de acción que impacta o que nace en esas poblaciones que se enlistan, en las 32 localidades en donde opera uno de sus Centros Locales.

Por ejemplo, en cuanto al mejoramiento de los niveles de salud y bienes

tar, dentro de los elementos etiológicos, se trabaja preventivamente con grupos comunitarios (CIJ, 1985). Si bien las actividades grupales se centran sobre conceptos y prácticas de salud, con frecuencia se ha observado que este primer trabajo de la comunidad como grupo promueve otro tipo de acciones dentro de ella que repercuten en otros elementos mencionados en el cuadro del Anexo 2 (Red de apoyo, infraestructura), a la par que impulsa la capacidad autogestiva de tales grupos.

En cuanto al segundo nivel de los elementos etiológicos, el dirigido al mejoramiento de la integración familiar, en él quedan incluidas las acciones de orientación familiar preventiva (CIJ, 1985) que se llevan a cabo en los mismos grupos comunitarios, entre los padres de familia de las escuelas o entre las familias que concurren a los Centros Locales en busca de medidas preventivas. En tales grupos se trabaja mediante reflexión los problemas que se planteen, buscando hacer conscientes las raíces de los mismos.

Por último, el nivel individual, en cuanto a los elementos etiológicos es manejado a través de los grupos o comunidades a las que se integra el individuo. A las actividades mencionadas debe agregarse la capacitación de voluntarios captados mediante las demás acciones o a través de promoción específica.

Todas las acciones mencionadas son las que emanan de la Institución, como servicios brindados. Pero no debe olvidarse que la misma organización engloba grupos comunitarios que autogestivamente se organicen para conformar un Centro Local, partiendo de su propia preocupación ante la farmacodependencia. Estos grupos alimentan desde su propia perspectiva a lo que CIJ conoce del consumo de drogas por parte de la población y de las necesidades prioritarias para cada comunidad. A la par, reciben

capacitación y herramientas de apoyo para su trabajo en relación a la prevención de la farmacodependencia.

Si bien CIJ no realiza acciones directas en relación a la disponibilidad de las sustancias, sí actúa sobre las consecuencias. Este tipo de acciones, sobre todo las dirigidas al individuo, que fueron las prioritarias en un primer momento de trabajo, pasaron a un segundo término cuando se decidió dar mayor importancia a la prevención, a la que se dedica actualmente el 65% de los recursos financieros y representa el 93% de la población que recibe servicios (CIJ, 1985).

De todas maneras, el proceso tratamiento-rehabilitación cubre en la actualidad una serie de actividades (terapia individual, familiar y grupal; servicios terapéuticos conexos y de apoyo) que tienden a que el individuo adquiera una mayor comprensión de sí mismo y desarrolle su potencial, cooperando en ese proceso su familia y su grupo comunitario.

Es evidente que, para que este tipo de esfuerzos por parte de una institución, ubicada en el Sector Salud pero que se mantiene como Asociación Civil, tuviera una repercusión más amplia y profunda tendrían que emanar de las demás instancias que se señalan en el cuadro del Anexo 3 otras actividades que las completaran, manteniendo siempre el Sector Público el carácter de facilitador que el modelo participativo le otorga, de manera de que la gestión permaneciera en los Sectores Privado y Social.

Sin embargo, CIJ representa una primera instancia de participación en torno a un problema que preocupa a la comunidad y sobre el que la misma ha demostrado su potencial de organización.

Por ello, la población que tiene relación con esta Institución es muy

diversa. Mediante los servicios de tratamiento se atiende, principalmente, a jóvenes del sexo masculino (91%), entre los 15 y 19 años (44%) y los 20 y 24 años (48%), que se encuentran sin ocupación (40%) o son estudiantes (19%), cuya escolaridad es de primaria (40%) o secundaria (27%), que consumen marihuana (30%) y/o sustancias inhalables (33%) y cuyo grado de farmacodependencia es diagnosticado como "funcional", o sea que mantienen las relaciones familiares y tienen un desenvolvimiento social adecuado, aun si la droga ocupa un lugar preponderante en su vida (41%). De la ubicación de sus domicilios podemos inferir que sus familias son de recursos medios a bajos.

Pero ésta no es la única población a tener en cuenta, puesto que las actividades de terapia familiar así como las preventivas vinculan a CIU con padres de familia, maestros, estudiantes y grupos comunitarios con antecedentes educativos y recursos socioeconómicos muy dispares, tanto en 9 localizaciones en el D.F. como en otras 23 en el interior.

Por otra parte, a los servicios que se brindan a la comunidad, o en los que ésta participa, que ya se han descrito, se suman actividades de apoyo, como son la documentación y publicaciones dirigidas a la comunidad científica acerca del tema de la farmacodependencia, las investigaciones sociales y clínicas que acrecientan el conocimiento de las manifestaciones del consumo de drogas en nuestro país y los impresos, audiovisuales y campañas a través de los que se insta a la población a participar, dotándola a la par de la información básica que pueda requerir.

La importancia de esta última actividad se pone de relieve si se considera la amplia repercusión que puede alcanzar un mensaje dirigido a través de los medios (radio, televisión y prensa) en cuanto a captación de voluntarios, promoción de los servicios o divulgación de conceptos pre-

ventivos.

Tanto para promover la involucración de la comunidad como para dar a conocer los servicios es menester utilizar los medios más adecuados, de acuerdo con las características de las diferentes poblaciones de participantes o de usuarios potenciales.

Entre estos últimos destacan las poblaciones marginadas, uno de los grupos que, aun si los requieren, subutilizan los servicios de salud por falta de conocimiento de los mismos o desconfianza. En la medida en que los instrumentos promovidos mantengan su función orientada a la autogestión, se irá sobrepasando esa valla, en ocasiones insalvable, de la falta de credibilidad.

Es especialmente importante utilizar medios de difusión no escrita con estos grupos, pues es poco frecuente que adquieran periódicos o tengan acceso a folletería o libros. De ahí la relevancia de la TV y de la radio; estos aparatos forman parte del mobiliario de prácticamente todos los hogares urbanos.

Por otra parte, como enfatiza Habermas (1981), en nuestros días las comunicaciones no escritas (ópticas y acústicas) han desplazado a las formas escritas clásicas.

VI LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS DE DIFUSION MASIVA EN RELACION A LA FARMACODEPENDENCIA

Los medios de difusión masiva han sido profusamente utilizados, pero profundamente cuestionados, como vehículos preventivos en relación a la farmacodependencia. En prácticamente todos los países del continente Americano y Europa Occidental se han realizado campañas (estatales o de grupos de "buena voluntad") a través de esos medios para prevenir el consumo de drogas, las cuales siguen los mismos patrones de evolución que los evidenciados en los programas preventivos (una primera etapa en caminata al énfasis en el temor, a la que sigue la difusión de información, para culminar en la motivación a la participación). Los objetivos planteados van desde lograr la modificación de actitudes hasta obtener cambios en el comportamiento. Para conseguir niveles de impacto de esa magnitud hubiera sido necesario, entre otras cosas, homogeneizar la audiencia de receptores, lo cual, si es difícil en programas preventivos difundidos a través de contacto personal, es imposible en medios sobre cuyos receptores no puede ejercerse ningún control y que cubren amplios sectores de las poblaciones urbanas, de manera que podemos afirmar con Enzenberger (1972) que estos "medios ponen fin al monopolio cultural de la burguesía".

Por otra parte, es menester considerar que el mensaje preventivo (ya sea personal o por medios de comunicación masiva) no es recibido dentro de un contexto "virgen", sino que se ubica en medio de una lluvia de información diferente y, con frecuencia, contradictoria.

Estudios realizados en diferentes poblaciones (Kinder, 1975) señalan que "los individuos que no usan drogas utilizan como fuente de información acerca de ellas a los medios de comunicación masiva, mientras que

los consumidores de drogas buscan otras fuentes", entre las que destaca su grupo de pares. Es obvio que este estudio no intentó medir cambios de actitudes, sino tan solo las formas en que se disemina la información.

De todas maneras, si se acepta que las actitudes hacia el consumo de drogas expresan una parte del sistema de valores de nuestra sociedad, resulta clara la dificultad que encierra el que mensajes preventivos esporádicos puedan incidir a nivel individual en un plazo breve.

Estudios realizados especialmente sobre campañas de educación sobre drogas en los medios (Goodstadt, 1976) confirman la revisión de Klepper (1960) según la cual el papel de los medios masivos era el reforzamiento y no el cambio. Este último quizás se posibilite si la información proporcionada se ve apoyada por el trabajo grupal, de ser posible, con instructores capacitados.

Observaciones de Zajonc (1968) confirman que no es posible obtener modificaciones amplias a través de esos programas en actitudes que se encuentren enraizadas de manera profunda, como se hallan las relativas al consumo de drogas o alcohol.

Ello se hace más evidente si se compara la difusión de los mensajes preventivos, o que tienden hacia la educación para la salud, a través de los medios de comunicación masiva con la de anuncios que incitan al consumo de diversos productos comerciales, no sólo alcohólicos sino también de refrescos o golosinas cuya ingestión transforma mágicamente al consumidor en alguien "ideal" (joven, atractivo, ágil o famoso). El reforzamiento de esta relación simplista de causa y efecto (consumo-transformación de la realidad) fortalece, a la par, las motivaciones que pueden generar patrones de consumo de todo tipo de sustancias.

En otros países, como Estados Unidos, esta situación es más notable en la promoción a través de los medios de comunicación masiva de medicinas (Berger, 1974), algunas dirigidas directamente a los niños, en las que se pretende incitarlos al consumo de calmantes o vitaminas.

Es imprescindible, por lo tanto, que cuando se utilicen los medios de comunicación masiva se elaboren campañas cuyos mensajes sean comprensibles para la mayor proporción posible de los miembros de la población, intentando no dejar ideas sueltas que puedan motivar falsas interpretaciones que no es posible aclarar y, a la vez, evitando que resulten demasiado simples o poco impactantes para los de nivel cultural más alto o que tengan mayor experiencia sobre el tema.

Por otra parte, es conveniente tomar en cuenta los resultados de revisiones de evaluaciones recientes, relativas a la utilización de medios de comunicación masiva en campañas de abatimiento de la farmacodependencia. Las mismas (Flay, 1983) indican que los problemas con los que todos ellos se enfrentaron, y que lograron superar con diferente grado de eficiencia, pueden agruparse en tres tipos de obstáculos:

a) Difusión:

La mayoría de las campañas no fueron transmitidas en horarios preferenciales (8 a 11 P.M.) y sólo algunos pasaron entre las 5 y las 11:30 P.M.; por lo mismo, con frecuencia la población objetivo no pudo ser impactada.

b) Selectividad:

Dado que por lo general se presta atención a lo que satisface una necesidad o se refiere a un valor de relieve para el receptor, se obtuvieron mejores resultados en aquellas campañas en las que se delimitó la población objetivo y se ofrecieron actividades suplementa-

rias, de acuerdo con el tema de la campaña.

c) Comunicación interpersonal:

Las campañas que reportaron mejores resultados fueron aquéllas en las que se prolongó o profundizó el mensaje vertido a través de una acción de tipo interpersonal, fuera ésta una discusión grupal u orientación personal. Con ello, si bien se incrementaron los costos, se logró multiplicar la persistencia de la recordación y la captación del contenido.

Este último punto sobrepasa lo meramente técnico para incidir en un problema de fondo en los medios de comunicación masiva: el aislamiento y pasividad del receptor ante el medio, la imposibilidad de respuesta por parte de aquél y de retroalimentación por parte de éste. Este problema, señalado por Habermas (1981), puede carecer de importancia en lo relativo al esparcimiento y ser minimizado en la esfera de la cultura pero, dentro de lo que se refiere a la farmacodependencia en la que existen tantas concepciones inadecuadas y prejuicios, sus implicaciones de tipo sociocultural hacen indispensable tenerlo en cuenta.

Requerimientos de este tipo restringen los conceptos a difundir y resaltan la necesidad de fijar, como primer paso, los objetivos que persigue la campaña, delimitando los resultados esperados.

Las consideraciones planteadas en torno a la utilización de los medios de comunicación masiva en relación a la farmacodependencia hacen evidente que resultaría ilusorio intentar abatir el consumo de drogas valiéndose únicamente de campañas de ese tipo. Pero, sería igualmente vano prescindir de ellas y dejar de utilizar un instrumento que, en nuestros tiempos, ha demostrado ser idóneo para entrar en contacto con amplios sectores de la población.

Con el objeto de verificar la pertinencia de tal utilización se diseñó una campaña, la cual fue evaluada simultáneamente a su aparición en los medios.

VII ELABORACION DE UNA CAMPAÑA EN MEDIOS DE COMUNICACION MASIVA

Los mismos cuestionamientos ya enunciados acerca de la validez de utilizar los medios de comunicacion masiva para cooperar en el abatimiento de la farmacodependencia hizo que, como primer paso se delimitaran cuidadosamente los objetivos que la campaña que se diseñara debía alcanzar. Tal campaña fue elaborada desde la Coordinación de Comunicación de Centros de Integración Juvenil, para ser proyectada durante 1985. Entre las opciones analizadas se observó la importancia de difundir conceptos preventivos; de promover un conocimiento más completo de los que la farmacodependencia representa; de reforzar la conciencia de enfermedad por parte del usuario; de instar a la colaboración de su familia y al apoyo de la comunidad para que tiendan a la búsqueda de soluciones; así como de lograr el máximo aprovechamiento de los servicios de prevención y tratamiento de problemas relacionados con el consumo de drogas. Todo ello resaltó la conveniencia de reducir las posibilidades a dos objetivos básicos: Promoción de la salud a través de la participación de la comunidad en el abatimiento de la farmacodependencia y promoción de los servicios de prevención y tratamiento a través de los cuales se mejoran los niveles de salud.

De esta manera se definía la utilización de los medios como preponderantemente promocional, en relación a actividades que se consideró propen-
dían al abatimiento de la farmacodependencia, pero sin asignarle un papel de modificador que impacte directamente en actitudes y comportamientos que no hubiera sido procedente, como ya se ha demostrado en el capítulo anterior.

Por otra parte, la inquietud que pudieran despertar los contenidos o imágenes presentados encontraba una salida inmediata en la búsqueda del

elemento de atención curativa o de capacitación que se proponía, proporcionándosele al receptor una canalización a la angustia, enfocándola hacia la posible resolución del problema o el medio para evitar su aparición.

Una vez delimitados estos propósitos se procedió a fijar a la población objetivo, la cual se definió a través de los servicios que deseaban promoverse, tanto los preventivos como los curativos, así como los grupos cuya colaboración era señalada como prioritaria por CIJ, para el trabajo en relación al abatimiento de la farmacodependencia. Así, la campaña trataría de llegar a las poblaciones involucradas en los programas no sólo de prevención sino también en los terapéuticos, en los que se atiende a los farmacodependientes.

Para todos los tipos de población objetivo se intentó buscar mensajes que no señalaran culpables de la aparición de un caso de farmacodependencia, ni tampoco indicaran un solo modelo o factor como el preponderante, condicionando las aseveraciones de forma de que se comprendieran las interrelaciones de elementos que intervienen para que se presente un problema de consumo de drogas y que la comunidad comprendiera la importancia de su involucración.

El hecho de que los anuncios se transmitirían no sólo en el Distrito Federal sino también en las 23 localidades del interior en donde se encuentran ubicados los Centros Locales, motivó a la búsqueda de imágenes (locaciones, personajes, vestuarios) y vocabulario con los que pudieran identificarse todas esas poblaciones.

A las mismas se les impactaría mediante los medios mencionados (televisión y radio) a los que se sumarían los anuncios en periódicos nacionales y locales, en inserciones diseñadas con imágenes representativas

de cada anuncio. Tales inserciones, cuyo espacio sería concedido por las editoriales como en ocasiones previas, no aparecieron en forma simultánea a la difusión por los otros medios y por ello no se analiza en este estudio su contenido e impacto.

En cada uno de los preventivos se mostraron comportamientos y actitudes de cooperación o buen nivel de comunicación entre los tres diferentes grupos cuya colaboración se definió como prioritaria en función de la tarea preventiva: padres de familia, maestros y comunidades, en forma de que la imagen y una parte del texto dieran cuenta del propósito de la promoción de la salud. De esta manera, refiriéndose a los modelos de abordaje descritos anteriormente, los anuncios preventivos intentarían involucrar a esos grupos para, junto con ellos, promover la aplicación del modelo participativo, impactando algunos elementos que figuran entre los factores etiológicos de la farmacodependencia.

Es así que en el de la familia un niño dibuja en el pizarrón un grupo compuesto por la madre y el padre que sostienen de la mano a su hijo. Finaliza el anuncio cuando el niño coloca una sonrisa en la cara del personaje que lo representa.

En el dirigido a los maestros se aprecia un grupo escolar, equivalente a 1º de secundaria. Concluye la clase y los adolescentes abandonan el salón. Una alumna tropieza y se caen sus libros por lo que la profesora se acerca a ayudarla. La toma termina en este gesto de colaboración.

En cuanto al dirigido a las comunidades, se escogió la celebración de una fiesta en una vecindad. Se observa la participación de todos los grupos etarios según sus intereses y posibilidades. El texto de cada anuncio resaltó la importancia del sector de población al que iba diri-

gido en relación al abatimiento de la farmacodependencia e instó a su participación activa.

Todos los anuncios finalizaron ofreciendo el apoyo que representan los servicios preventivos de la Institución a la que se canalizó a la población interesada mediante un teléfono fácil de memorizar, atendido las 24 horas de cada día del año por personal profesional capacitado.

Al señalar acciones en relación a la prevención de la farmacodependencia que pueden ser accesibles para cualquier persona y cuya implantación no requiere costo, sino una participación activa, se dió un matiz positivo a la campaña, evitando las posturas "tremendistas" en las que es fácil caer pero que, en general, sólo contribuyen al desconcierto o a la negación de la posibilidad de que cada miembro de la sociedad se involucre en actividades preventivas.

Mantener esta postura positiva fue difícil en lo que se refiere al tratamiento del farmacodependiente, que sería el único dirigido al segmento inferior del esquema del Anexo 1, el correspondiente a las consecuencias y, dentro de éste, a los efectos de tipo individual, ubicados en la parte superior del cono.

Era especialmente importante reducir la estigmatización del paciente potencial como la del joven vicioso por el que la sociedad ya nada puede hacer, pero había que generar conciencia de enfermedad en el que ya la padeciera e instarlo a la búsqueda de ayuda. Por ello se optó por no estereotipar al farmacodependiente, sino contribuir a la definición de su problema: la dependencia. Es así que en el audio se definió a la farmacodependencia como un "problema difícil de resolver sin ayuda" mientras que en imágenes se ve una figura humana intentando salir de un laberinto, lo que al final logra. El cierre lo da el ofrecimiento de

los servicios terapéuticos institucionales.

Al definir contenidos e imágenes de la campaña se intentó hacer frente a los obstáculos ya mencionados en el capítulo anterior:

a) En lo relativo a la difusión, como se utilizaron tiempos oficiales, concedidos gratuitamente por los canales o radio-emisoras privadas y estatales a asociaciones sin fin de lucro o dedicadas al bienestar de la comunidad, fue necesario ajustarse a las especificaciones indicadas, según las que usualmente se restringe el tiempo de duración de los anuncios (30 o 20 segundos en radio y televisión respectivamente) así como su ubicación en la programación diaria y semanal. Estos lineamientos no son tan estrictos cuando la transmisión de campañas es pagada, pero igualmente se hubieran requerido ajustes en relación a las posibilidades económicas de la organización.

Si bien la concesión de estos tiempos oficiales se obtiene a través de medios formales (oficios emitidos por la Secretaría de Gobernación y distribuidos a través de la Secretaría de Salud) en el caso de las localidades de provincia fueron los mismos grupos comunitarios que apoyan la labor de los Centros Locales quienes, a través de los Presidentes de esos Patronatos Locales, se pusieron en contacto con los canales y estaciones de radio.

Esta relación personal permite, a menudo, obtener mejores tiempos de difusión o frecuencia, al interesar a los gerentes de esas empresas en una acción específica de su comunidad, aun si los anuncios eran los mismos en todo el país. Este tipo de contacto no se realizó en el D.F., puesto que los oficios fueron remitidos directamente por el Sector Salud a los canales y radio-emisoras oficiales y privadas.

La falta de frecuencia en la transmisión hace difícil que este tipo

de campañas llegue, en un plazo breve, a un nivel de saturación de la audiencia que requiera sustituir los anuncios. De cualquier manera, se difundieron en la primera etapa, en la que se basa este análisis, sólo dos anuncios (el dirigido al farmacodependiente y el que pretende impactar a la familia). A ellos se sumarían, 10 meses después, los que intentan lograr la participación comunitaria y del magisterio en la labor de abatimiento en relación a la farmacodependencia.

- b) En lo que respecta a la selectividad, se fijaron los grupos de población a los que cada anuncio pretendía impactar, proponiéndoles los servicios con los que CIJ cuenta para satisfacer la necesidad que el mensaje intentaba hacer conciente o para incrementar su nivel de participación. Es así que imágenes y mensaje verbal se dirigían específicamente a un mismo sector (farmacodependiente, padres de familia, maestros, grupos comunitarios) al que se le ofrecía el servicio que requerían o se enfatizaba la importancia de su involucración, en relación con lo que proponía el anuncio.
- c) Por último, en lo que se refiere a la comunicación interpersonal, se dió salida a este requisito, señalado como relevante para el éxito de la campaña, mediante el ofrecimiento de la línea telefónica atendida en el D.F. por personal profesional (psicólogos y trabajadores sociales) las 24 horas de todos los días del año, desde 1978. La misma, denominada Servicio de Orientación e Información (SOI-CIJ), ha permitido no sólo brindar a la población un vehículo de comunicación directa para plantear sus problemas o inquietudes con respecto al abuso de drogas, sino también proporcionar a la Institución indicadores acerca de lo que la comunidad expresa como necesidades de

servicios en relación a la farmacodependencia, las localidades de donde surgen más solicitudes, aquéllas cuya canalización se dificulta por la lejanía a los Centros Locales así como también datos relevantes para aproximarse al establecimiento de un perfil del paciente que requiere de atención terapéutica.

En este caso, el SOI dotó al receptor del mensaje en los medios de ese contacto personal que permitió conocer con más profundidad lo que el anuncio ofrecía, a la par que despejar inquietudes, como demostró mas tarde el análisis de las llamadas en las que una de las preguntas significativas que reportan los operadores fue la de farmacodependientes que solicitaban si había alguna vinculación de CIJ con la "Policía" y si se los iba "a fichar".

Con el objeto de determinar la pertinencia de las medidas emprendidas en relación al diseño, elaboración y difusión de la campaña se hizo evidente la necesidad de desarrollar una evaluación de la misma.

VIII EVALUACION DE UNA CAMPAÑA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION MASIVA

Observar los efectos de una campaña como la ya descrita no significa só lo circunscribirse a la obtención de parámetros numéricos, dentro de una relación éxito-fracaso; sino más bien debe tratarse de un proceso de análisis de las experiencias, el cual fundamente ulteriores acciones. También es importante considerar que la evaluación, si bien imprescindible, no debe significar esfuerzos que socaven el desarrollo de los proyectos básicos. Es por ello que se idearon procedimientos fundamentados en actividades que ya se llevaban a cabo en CIJ, que no implicaban costos adicionales.

Para la evaluación se tuvieron en cuenta los objetivos fijados previamente para la campaña: motivación a la participación de la comunidad y promoción de servicios. Se intentó comprender la forma en que habían sido alcanzados a través de dos medios, cuyos resultados se compararon luego con otras fuentes de la misma organización: los compendios estadísticos.

En primer lugar se utilizó el Servicio de Orientación e Información (SOI-CIJ), cuyas funciones ya fueron descritas en lo que se refiere a la comunicación interpersonal lograda por la campaña. A través de los usuarios de tal Servicio se aplicó una encuesta, mediante la cual se obtuvieron los datos referentes a las personas que, por el impacto de los anuncios, solicitaban atención preventiva o curativa o información adicional. De esta manera se cubría la población "cautiva", para la cual CIJ representaba una respuesta a una necesidad que ya habían hecho consciente o que el mismo anuncio había contribuido a revelar.

Pero existía otra población, la cual era más difícil de abordar por tratarse de la que no sentía impulsos a llamar por teléfono al SOI, sea

porque no había comprendido el mensaje, o no le interesaba de momento. Entre este grupo era de importancia registrar el nivel de recordación, para conocer si, en el momento de requerir un servicio en relación a la farmacodependencia o de decidirse a intervenir activamente en la prevención, tendrían idea de a quién podrían recurrir. Para esta población, que definiremos como abierta, se diseñó otro medio: una encuesta aplicada por técnicos en Trabajo Social, canalizados para que realizaran su Servicio Social en CIJ.

1. Evaluación a través del Servicio de Orientación e Información (SOI-CIJ)

Las posibilidades que brindaba este Servicio, en cuanto a la preparación previa de quienes lo atienden, su conocimiento profundo de lo que significa la farmacodependencia y del manejo telefónico de los problemas reportados, permitió centrar en él dos tipos de medición del impacto: Una modalidad recuperó únicamente las variables de tipo numérico, dedicándose la otra a los datos de reacción ante cada anuncio, así como la captación y comprensión de los conceptos difundidos.

1.1 Evaluación cuantitativa del impacto.

Este estudio descriptivo pretendió analizar el comportamiento de los anuncios, en cuanto a su repercusión, tanto en forma global como según el medio (T.V. o radio) que sirvió de canalizador así como considerando a cada anuncio por separado. El primer parámetro fue el más fácilmente detectable, a través de los instrumentos con que ya contaba CIJ, puesto que se obtuvo mediante la medición del incremento en el número de las llamadas.

Para ello se realizó, en primer lugar, un análisis cuantitativo

semestral del número global de llamadas registradas durante los meses de difusión de la campaña, teniendo en cuenta que aquéllos en los que hubo una mayor frecuencia de difusión fueron enero-febrero y mayo-junio. A estos totales se los comparó con los obtenidos durante los mismos meses del año anterior, como se observa en la gráfica del Anexo 5.

Una primera comparación arrojó resultados evidentes: los incrementos van del 500% en enero al 40% en abril, con una media mensual de 250%. Sin embargo, fue menester equiparar la captura de datos, dado que el formato se modificó en 1985 para dar ingreso a todo tipo de llamadas, aún aquéllas para algún miembro del personal, que representaron un 16% durante el primer semestre de ese año. Teniendo en cuenta estas modificaciones, según consta en la gráfica (Anexo5), los incrementos fueron de todas maneras notables, puesto que van del 450% en enero al 18% en abril. Las cifras mayores se presentaron al iniciarse, o reiniciarse, el ciclo de difusión (enero y mayo), reduciéndose considerablemente el incremento en el mes de abril, en que se suspendió la transmisión.

Este primer parámetro de evaluación sin duda nos da un pronóstico alentador, sobre todo si se tiene en cuenta que el SOI llevaba más de 7 años de labores cuando se hizo la evaluación y se cuenta con registros de las llamadas desde el momento de su creación. El incremento puede adjudicarse con fundamento a la campaña porque los parámetros mencionados para el año control (1984) son semejantes a los de otros años en los que tampoco hubo campaña en los medios.

El personal que atiende las llamadas cooperó también en la labor de evaluación cuantitativa. Para ello, a la información recabada en general de cada llamada (Anexo 4) se le sumó otro formato semiestandarizado (Anexo 6) que recuperó los datos específicos de la campaña, en lo que respecta no sólo al medio que obró como canalizador y al anuncio que motivó la llamada sino también, lo que se analizará en la siguiente fase de la evaluación, a la comprensión del mensaje, a la actitud del receptor y a los servicios sobre los que pide información o a los que se canalizó.

En cuanto a la repercusión de cada medio, el vaciado de enero a junio de este nuevo formato permitió precisar que, si bien los oficios para la utilización de tiempo oficial distribuidos por CIJ en provincia designaban tiempos de transmisión en radio y televisión de enero a marzo y durante mayo y junio, en el Distrito Federal, donde los oficios fueron remitidos por el Sector Salud, la campaña sólo se difundió en radio a partir del mes de mayo, preservando igualmente niveles de canalización radicalmente menores a los de la T.V., puesto que no alcanzaron el 13% de éstos, a partir de ese mes.

También fue notable la diferencia de impacto entre el anuncio preventivo y el orientado a los servicios terapéuticos, abarcando éste el 98% de los reportes, aun en aquellos casos en los que se requerían servicios preventivos o de información sobre drogas. Esto es especialmente remarcable si se toma en cuenta que, de acuerdo a lo estipulado, los canales y radioemisoras rotaron ambos anuncios, presentándolos con la misma frecuencia.

Ello nos remite a la consideración de que la comunidad asocia en

mayor grado a la farmacodependencia como problema de tipo más individual que social, debiendo considerarse, a la par, la posibilidad de que el anuncio dirigido al farmacodependiente estuviera mejor logrado, desde el punto de vista del impacto. Tal impacto, medido numéricamente a través de esta fase de la evaluación, no dejó dudas de que uno de los objetivos de la campaña, al menos, había sido alcanzado: la promoción de los servicios en relación a la atención curativa de la farmacodependencia.

1.2 Evaluación de la comprensión del mensaje

Poder aproximarse a la observación de otro de los objetivos: el de promoción de la participación de la comunidad y su comprensión por parte de los receptores, implicó mayores esfuerzos. Como postulado inicial, se consideró que, en la medida en que la persona que había realizado la llamada al Servicio de Orientación e Información comprendiera correctamente el mensaje vertido en el anuncio sus comentarios y servicio solicitado se adecuarían a los objetivos planteados.

Para lograr cumplir con este objetivo resultaron muy valiosos los datos recabados de cada llamada en formatos de rutina (Anexo 4), de acuerdo con el número consecutivo con que se la registra. De esta forma, han podido conocerse datos acerca de quien hizo la llamada y de la información que requería o el servicio hacia el que se lo canalizó y observarse si el patrón del usuario, en cuanto a sus datos e intereses, permaneció idéntico o si la campaña lo modificó, involucrando a diferente población de la usual. El análisis de estos otros datos, entre los que se destaca el

motivo de la llamada, era imprescindible para observar si el incremento numérico ya destacado no vino aparejado con una proporción abrumadora de llamadas que expresaran demandas a las que CIJ no pudiera responder, por no estar relacionadas con la farmacodependencia. En el semestre de difusión de la campaña se notó un decremento de las llamadas vinculadas con "otros problemas", entre los que se incluyen los de socialización, de agresión o de relaciones familiares, los cuales disminuyeron de la media del 10% del total de llamadas para 1984 a la del 3% para ese primer semestre de 1985.

Con ello quedó señalada una tendencia a un mayor conocimiento por parte de los usuarios del SOI del universo que cubre CIJ, a cuya comprensión puede haber contribuido la difusión de la campaña.

Existen otras variables cuyos patrones de comportamiento permanecieron estables, pues se incrementaron cuantitativa mas no cualitativamente, ya que guardaron la misma proporción. Estos son los días de la semana y los turnos en que se recibieron más llamadas, presentándose con mayor frecuencia los días jueves y sábados y consistentemente los turnos Vespertino, Matutino y Días no Laborables (Sábados, domingos y feriados de 7 AM a 8 PM).

También se mantuvo estable la solicitud de servicios de tratamiento de farmacodependientes como el primer motivo de la llamada en ambos períodos estudiados, al que le sigue las Solicitudes de Información, en general para trabajos escolares, y con menores porcentajes los Reportes de Intoxicación por drogas en la vía pública y los Casos de Emergencia por sobredosis o intoxicación.

Con respecto a otro de los datos relevantes, la relación del pa-

ciente con el informante, es interesante observar que en 1984 el porcentaje más elevado correspondió a los casos en que el mismo interesado solicitaba servicios (29%), ocupando un segundo lugar los parientes (21%) y los padres en un tercer lugar con 19%. Este dato, que se vino repitiendo en los anteriores cinco años, se diferenció de lo registrado en 1985, durante el cual los parientes originaron el mayor número de llamadas. Puede inferirse que el medio del usuario alcanzó una mayor conciencia del problema que existía en la familia y quiso derivarlo, canalización a la que puede haber contribuido el anuncio en donde se promovía la involucración del núcleo familiar. Ello representa una pauta, si bien indirecta, de que la porción de la comunidad más próxima al farmacodependiente, como es su familia, comenzaba a responsabilizarse en un mayor grado en la rehabilitación del paciente identificado, al menos tomando la iniciativa de hacer la llamada.

En esta misma dirección se sumó lo externado por los operadores del SOI en las reuniones mensuales de seguimiento, en las que afirmaron que los padres de familia expresaron durante 1985 con mayor frecuencia que en años anteriores que deseaban cooperar en el tratamiento de su hijo, en lugar de intentar "depositarlo" en la Institución, para que ésta se encargara de curarlo de "su vicio".

Esta expresión fue también reforzada por la actitud demostrada por la persona que hace la llamada y que fue registrada por los mismos operadores como positiva en el 100% de los casos.

En lo relativo a la comprensión del contenido del mensaje, que el operador percibe y registra de acuerdo con la solicitud o los co-

mentarios de la persona, más del 97% fue adecuada. Los problemas de comprensión en general fueron externados por niños o algunas personas que deseaban referir casos de problemas de aprendizaje o socialización

De los datos se desprende que los resultados relativos a la comprensión del mensaje por parte de la población que decidió externar sus dudas o requerimientos a través del teléfono fue adecuada.

1.3 Descripción de la población

El perfil del farmacodependiente que surge de los datos reportados en las llamadas, en forma consistente desde la creación del Servicio en 1978, se ha podido definir como un joven del sexo masculino entre los 15 y los 20 años, estudiante, con un nivel escolar de secundaria y que consume inhalables, en primer lugar, y mariguana en segundo. También se menciona como variable importante la conjunción de ambas drogas o de alguna de ellas con alcohol. El tiempo de consumo reportado con mayor frecuencia es de 2 a 5 años, lo que implica un grado crónico, no habiendo recibido tratamiento para abandonar la dependencia pero presentando disposición a tratarse. Estos datos coinciden en su mayoría con los recopilados entre los pacientes que concurren a los Centros Locales (CIJ, 1985) los cuales sólo registran la diferencia de una menor escolaridad.

Las únicas discrepancias registradas en los periodos en comparación (84-85) son las relativas a la ocupación del usuario de drogas, puesto que la variable más mencionada durante 1984 fue la de

estudiante, mientras que en 1985 se trató de la de desocupado. Es esta una modificación que se relaciona probablemente más con la situación de crisis económica que atraviesa el país que con el consumo de drogas.

En cuanto a los datos recopilados mediante el formato especialmente diseñado para la evaluación y que ya se ha descrito (Anexo 6), en lo relativo a los servicios solicitados, el 85% requería los de tratamiento mientras que el 15% restante solicitó información general o sobre la involucración preventiva, proporción relativamente semejante a la de los patrones generales de las llamadas.

Al extrapolar los datos de estos formatos con los registrados en el de rutina, surge una información de interés acerca de la persona que hizo la llamada. Si bien tal información sólo pudo rastrearse en 100 casos, debido a que los operadores olvidaron con mucha frecuencia registrar el número de la llamada, que posibilita la identificación, el 37% de las mismas correspondió al mismo farmacodependiente, mientras que los padres originaron el 28%, otros parientes 18%, amigos 11% y entre cónyuges, vecinos y desconocidos el 5% restante. Estos datos confirman lo que verbalmente expresaron los operadores: que el problema de la farmacodependencia había sido plasmado en imágenes con las que el usuario se identificaba, lo que le impulsaba a llamar.

2 Evaluación a través de encuesta

Con el objeto de reforzar el conocimiento del impacto de la campaña, logrado por la evaluación cuantitativa y de comprensión del

mensaje a través de los solicitantes de información telefónica, se aplicó una encuesta a personas que asistían a eventos dominicales promovidos por el Departamento del Distrito Federal en jardines y parques de la Ciudad de México. Los mismos se celebraron entre el 9 de junio y el 8 de septiembre, de las 12 a las 14 hs. Las encuestas (Anexo 7) fueron aplicadas por pasantes en Servicio Social de la carrera de Técnico en Trabajo Social. Se utilizó como base del cuestionario una encuesta realizada previamente por CIJ en población abierta, adaptando los puntos que se juzgó procedente en relación con la campaña. La experiencia de aplicación previa hizo que no fuera necesario el pre-test del formato, el cual se elaboró en forma semi-estandarizada.

Se había proyectado una muestra de 500 personas, pero, problemas en relación con la canalización de pasantes, restringieron el tiempo de aplicación, por lo que pudieron obtenerse sólo 100 formatos completos. Con ello se redujo la confiabilidad de los resultados, los cuales deben, en realidad, considerarse como la opinión de la población entrevistada, sin que sea posible extrapolarlos a la población general. De todas formas, la diferencia existente entre las características de los encuestados y los captados por el SOI es marcada por lo que resulta de interés brindar los datos recabados.

De toda la información recopilada se tomaron, para este estudio, sólo los datos que se vinculan con la evaluación de la campaña. El número de la muestra nos permite hablar de números absolutos y relativos indistintamente.

2.1 Capacitación a los encuestadores

Durante la segunda quincena del mes de mayo se impartió un curso de capacitación a las cinco pasantes de Técnico en Trabajo Social canalizadas con este propósito por el Departamento del Distrito Federal, como parte de un convenio de colaboración.

La capacitación constó de dos etapas. Durante la primera se brindó a las pasantes información básica acerca de la farmacodependencia y sobre la labor de CIJ y de sus Centros Locales. Esta información, basada en una guía ya elaborada por la Institución para la capacitación de pasantes, fue impartida por personal de la Coordinación de Comunicación y de los Departamentos de la Dirección Médica de CIJ.

Cada jornada culminó con una evaluación de los conocimientos adquiridos, seguida de una sesión de preguntas y respuestas. El objetivo de esta etapa fue dotar a las encuestadoras con conocimientos que les permitieran responder a las preguntas generales que les pudiera dirigir el público, al identificarse como personal voluntario de la Institución. Se les instruyó para que sólo respondieran acerca de lo que se les había capacitado y que remitieran las solicitudes de información adicional al SOI o al Centro Local más cercano al domicilio del solicitante.

Durante la segunda etapa las encuestadoras, junto con personal de la Coordinación de Comunicación, analizaron los objetivos de la encuesta, las partes de la misma y su aplicación. Dada las características de semi-estandarización del cuestionario, se explicó a las encuestadoras que no debían entregar los formatos, sino tan sólo formular las preguntas. En el caso de que se tratara de una

respuesta abierta, se marcaba la variable que se aproximara más a lo que el encuestado contestó o se agregaba otra respuesta, si fuera necesario.

En cuanto a las características demográficas que se pretendía tuvieran los encuestados se solicitó a las encuestadoras que se dirigieran indistintamente a los diferentes grupos etarios que concurrían a los eventos. Si alguna persona se acercaba a solicitar información debían aplicarle el cuestionario una vez satisfecha la solicitud.

La formación académica de las encuestadoras colaboró en la rápida comprensión de la aplicación pero, igualmente, se realizaron numerosas entrevistas de prueba entre el grupo en capacitación y los instructores.

Simultáneamente a la capacitación se mantuvieron sesiones con los locutores que animan los eventos dominicales para informarles de la labor que desempeñarían las encuestadoras y el apoyo que podrían requerir y se concurreó a dos eventos dominicales, escogidos al azar, para supervisar la labor desarrollada por las encuestadoras.

2.2 Descripción de la población encuestada

La proporción en cuanto a los sexos entre las personas entrevistadas fue de 50 y 50%, correspondiendo según el grupo de edad el 70% a adultos, 28% adolescentes y el 2% restante fueron niños. En lo relativo a la escolaridad, el 49% cursó al menos parte de primaria, el 42% secundaria y con 2% tanto la enseñanza media técnica como estudios profesionales. El 5% restante cursó la enseñan-

za media superior.

En cuanto a su ocupación, ninguno de los encuestados declaró estar desempleado, el 61% trabajaba, el 24% estudiaba y ambas actividades eran desempeñadas por el 3%. Entre las mujeres, sólo 12 de ellas se ocupaba únicamente de su hogar (20%).

Aparte del aspecto en relación a la motivación, que ya se ha comentado, existen otros datos que diferencian la población encuestada de la que hizo la llamada; por ejemplo el índice de desempleados que, de ser el mayor entre los que se comunicaron al SOI, pasa a desaparecer entre los encuestados. Esto puede deberse a que la población que requiere de los servicios de CIJ tiende a ser joven (entre los 15 y 20 años), grupo de edad entre el cual el desempleo es frecuente, mientras que la que respondió a la encuesta era predominantemente adulta (70%). Por otra parte, la total privacidad de la comunicación telefónica otorgó, quizás, mayor libertad de hacer constar un hecho que puede resultar devaluatorio.

En cuanto al sexo, en el caso del SOI predominan las llamadas de farmacodependientes del sexo masculino y de informantes, que solicitan servicios para otra persona, del sexo femenino. Entre los encuestados, si bien no se trató de una consigna dada a las encuestadoras, la proporción entre ambos sexos fue equilibrada. También existen divergencias, aun si no son tan notorias, en relación a la escolaridad, puesto que la misma es menor (49% primaria) entre los encuestados, registrándose un predominio de estudiantes de secundaria entre los que llaman al SOI, nivel de estudios que queda en segundo lugar (42%) en la población a la que se

le aplicó la encuesta.

Estas mismas diferenciaciones entre ambas poblaciones dan mayor relevancia a los datos aportados acerca de la campaña, al dotar a la evaluación de una perspectiva más amplia.

2.3 Evaluación de impacto y captación de mensaje

En relación específica con la evaluación, del total de la muestra, el 62% declara haber visto o escuchado los anuncios, 61% los vieron en la T.V., 20 (32%) los escucharon por la radio y 3 los conocieron en ambos medios (5.3%). Sólo una persona aseveró haberlos visto publicados en la prensa (.7%), si bien debió tratarse de anuncios de campañas anteriores que algunos periódicos difunden en espacios libres.

En consecuencia, una proporción considerable afirma haber recibido el mensaje mencionado, al igual que telefónicamente, la T.V. en primer lugar, pero permaneciendo la radio con un porcentaje radicalmente superior a la evaluación anterior.

A esta diferencia puede haber contribuido el hecho de que la encuesta se levantó a partir de junio, fecha en la cual la campaña era ya difundida en radio, como se ha comentado previamente. El incremento porcentual, de todos modos, (de 13% a 32%) puede indicarnos que la población adulta encuestada es impactada en mayor medida que la joven, que llamó al SOI, por la radio.

Al preguntársele el tema de los anuncios de CIJ, una amplia proporción (28 personas o sea 45%) afirmó que se promovía una institución que ayuda a los jóvenes, mientras que 24 (41%) respondieron que atiende la prevención y los problemas de drogadicción y 2

(3%) se refirieron a la atención de problemas emocionales. Los 7 restantes (11%) dijeron no recordar el tema del anuncio.

Como consecuencia de estas últimas cifras presentadas, el resultado del impacto señalado anteriormente se restringe, puesto que, en realidad, aun si 62 personas referían recordar la campaña, 7 de ellas no pudieron mencionar el tema de la misma. En esta cifra puede también haber incidido que la encuesta fue aplicada en forma personal y que el encuestado intentara complacer dando la respuesta que suponía esperaba el encuestador, pero sin que le fuera posible concretar lo relativo al tema de la campaña.

Otra desviación que destaca, en relación con los objetivos perseguidos por la campaña, es que el tema que con más frecuencia se menciona como labor de CIJ es la ayuda a los jóvenes, lo que podría estar sugerido por la denominación de la Institución o también por que en el anuncio de mayor impacto según el análisis anteriormente mencionado, el dirigido al farmacodependiente, interviene un personaje que puede identificarse como de ese grupo de edad. También puede contribuir a esa referencia el que usualmente se asocia el problema del consumo de drogas con la juventud. De todas maneras, el que el 41% refiera correctamente el quehacer institucional puede considerarse un resultado adecuado, si se lo compara con estudios de evaluación como los ya comentados de Han-neman (1973) en relación a una campaña de prevención del alcoholismo según el cual, si bien el 60% de los alcohólicos la recordaban, sólo el 40% de aquéllos que no tenían problemas con el consumo de alcohol podían identificarla. La evaluación de Harris (1974) sobre otra campaña acerca del mismo tema arroja resultados

muy semejantes a los logrados en la que se presenta, puesto que el 64% de los encuestados recordó haber visto alguno de los 6 anuncios difundidos.

Estos datos corroboran, desde una diferente perspectiva, el impacto alcanzado por la campaña. Es obvio que el conocimiento de lo que la Institución realiza no se debe únicamente a la promoción en medios que este estudio intenta evaluar, puesto que la acción preventiva y terapéutica de CIJ lleva más de 15 años de estar desarrollándose. Sin embargo, puede considerarse que la campaña alcanzó un buen nivel de recordación aun entre aquéllos que no tomaron la iniciativa de inquerir información telefónica acerca de los servicios que se promovían.

IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados en cuanto al impacto de la campaña pueden considerarse como positivos en lo referente a la promoción de servicios de atención terapéutica, como la evidenció la evaluación desarrollada. Tal aseveración se ve confirmada por los informes de datos estadísticos provenientes de los Centros Locales de CIJ (CIJ, 1984 y 1985) según los cuales la media de atención mensual de consultas de primera vez pasó de 440 en 1984 a 557 en el primer semestre de 1985, percibiéndose como meses pico enero (631) y marzo (658) y decayendo el incremento en abril (494), mes durante el cual, como ya se ha afirmado, se suspendió la difusión en los medios.

La influencia de la campaña se hace más obvia si se considera que en las localidades donde no existía canal propio (Acapulco, Querétaro, Pachuca) no hubo incrementos en el parámetro mencionado en ese semestre, mientras que en algunos Centros Locales, sobre todo en el área metropolitana, se llegó a duplicar el total de tales consultas de primera vez. La marcada proporción de personas cuya solicitud de servicios fue originada por el anuncio del farmacodependiente en relación con el dirigido a la familia, señalada por la evaluación realizada a través del SOI, refuerza la necesidad de incrementar la frecuencia y los matices de los encaminados a la involucración en la prevención, de manera de poner en ellos el énfasis que se requiere.

Es comprensible, de todas maneras, que las solicitudes de servicios de tratamiento sobrepasen a las de prevención dado que las primeras se ven impulsadas por una situación que el solicitante percibe como conflictiva y para la cual busca atención, por ello lo único que el anuncio debe lograr es poner en conocimiento o en contacto a esa necesidad con su

posible satisfactor.

Por el contrario, es frecuente que la prevención no sea considerada como una necesidad, por lo que en este caso es menester que, en primer lugar, el usuario potencial tome conciencia sobre la conveniencia de utilizar el servicio, lo que implica mayores dificultades.

En cuanto a la captación de contenidos en relación a la promoción de la salud, si mantenemos la postura de que tomar la iniciativa de llamar al teléfono que se incluye en los anuncios y realizar una solicitud de acuerdo con los servicios que se promueven equivale a la comprensión del mensaje, puede afirmarse que se alcanzó un nivel muy notable. Este no pudo percibirse en el mismo grado en las personas encuestadas en los eventos del DDF, quizás por las mismas razones que las ya expuestas por Kinder (1975), quien señalaba que las personas que tienen un problema por el consumo de sustancias recuerdan con mayor frecuencia los mensajes de los medios sobre ese tema que aquéllas cuyo consumo no implica problemas para sí o los suyos.

Para futuras campañas sería procedente, entonces, lograr que la mayor proporción posible de la población se sienta involucrada por el mensaje preventivo. Es obvio que resulta conveniente mantener el ofrecimiento de los servicios terapéuticos, haciendo conciente a la población de la importancia del tratamiento oportuno. Pero, en el caso de los servicios preventivos, aun si las dificultades que entraña este propósito son innegables, quizás tal involucración se facilite no sólo mediante una precisa definición de contenidos y elaboración de los mensajes, sino también, por otro tipo de iniciativas ajenas a CIJ.

En efecto, en un tiempo como el que estamos transcurriendo en el que los medios han asediado, desde los campos más dispares, a la población

con "felicitaciones" y motivaciones acerca de la colaboración y la solidaridad, sería muy provechoso canalizar tales motivaciones hacia caminos precisos, proponiendo el cómo y el dónde y brindando la posibilidad del por qué.

El comportamiento solidario de la población ante la catástrofe del sismo no emergió de preceptos o recomendaciones gubernamentales o legales sino ante la falta de ellos y como reacción espontánea colectiva. En los momentos posteriores al sismo hubo algo definido por lo que hermanarse y hacia el cual dirigir los esfuerzos.

Una vez terminadas estas tareas se intentó involucrar a la población en la contribución económica, algo difícil de lograr en el clima de crisis de confianza que impera. Lo que la población solicita es ver el resultado de su esfuerzo específico y no el monto de lo recaudado, en el que se funde su aporte.

Sería, por ende, el momento de proponer, tanto a través de los medios de comunicación masiva como en campañas en las que prime el contacto personal, programas que se basen en la comunidad, dotando a ésta de mecanismos de capacitación, elementos de apoyo y una estructura básica en la cual fundamente la realización de las actividades que cada grupo decida son las más adecuadas para su propio entorno, siempre en relación directa o indirecta al abatimiento de la farmacodependencia.

De esta manera, la participación comunitaria instaurada en el Plan Nacional de Desarrollo como uno de sus objetivos y retomada por el Sector Salud como una estrategia prioritaria, dejaría de permanecer como letra muerta, activada únicamente como lucimiento de los grupos de altas finanzas del sector privado en el Fondo Nacional de Salud o por la falta de posibilidades económicas del Estado en relación a la salud de la po-

blación. Las acciones de abatimiento de la farmacodependencia podrían encauzar la participación y proponerse como un modelo que queda en manos de la población rechazar o retomar, para utilizar en relación a otros problemas que ameriten su atención.

De cualquier forma, no es ésta la única expresión del concepto de participación comunitaria. En efecto, el que la población utilice en mayor grado los servicios implica, de por sí, una postura participativa. Por el hecho de buscarlos, el individuo está tomando una acción en relación al abatimiento de la farmacodependencia, tanto en lo referente al tratamiento como a la prevención. Así, cada paciente que interrumpe el consumo de sustancias potencialmente adictivas no sólo contribuye a su propia salud sino que eleva el nivel de bienestar de su comunidad. A la vez, cada individuo debidamente capacitado en cuanto a aspectos preventivos se convierte en un agente multiplicador del mensaje, con lo que es en sí mismo y para los demás un elemento de promoción de la salud.

Es obvio que este tipo de acciones que obran directamente sobre alguno de los elementos que intervienen en la farmacodependencia no son llevadas a cabo por la utilización de los medios de comunicación. El papel que se confirió a éstos en el abatimiento del consumo de drogas a través de la campaña evaluada fue de acción indirecta, al promover servicios o intentar involucrar a grupos de la comunidad. Sin embargo, si por una parte ello resta magnitud a los resultados obtenidos, su función de puente hacia y desde la comunidad es igualmente relevante.

Pero el más importante cambio que una campaña de este tipo pretende instaurar es el de utilizar los medios de comunicación masiva, como Enzensberger propone (1972), orientándolos no a la contemplación pasiva y

acrítica sino a la acción. En efecto, al incentivar la organización auto-gestiva de la comunidad se elimina el aislamiento meramente receptivo del individuo frente al medio en el proceso social de aprendizaje y producción, separándonos de tendencias neo-liberales y tecnócratas que minimizan el potencial de acción grupal.

Estos son indicadores en cuya génesis intervienen múltiples factores. Los resultados, por ende, de la campaña en lo relativo a la promoción de la salud y de los mecanismos autogestivos se irán decantando a largo plazo, en la medida en que los conceptos que les sirven de fundamento sean asimilados y se pueda percibir un cambio positivo en las actitudes comunitarias con respecto a la salud y el bienestar.

X B I B L I O G R A F I A

ARIF, A. y EDWARDS G. "Nomenclatura y clasificación de problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 93(5)82: 468-487

BAKER DICKMAN, FRANCES "Public Television and Public Health" J. Studies on Alcohol 38(3): 584-592, 1977

BLATER, MITCHEL B. "Drug Abuse: A conceptual analysis and overview of the current situation". En: Josephson and E. E. Carroll, eds. Drug Use: Epidemiological and Sociological Approaches. Washington, EUA: Hemisphere, 1974. pp. 3-21

BERGER A. "Drug Advertising" J. Drug Issues 4(3) 1974.

BOWES, R. "The industry as pusher" J. Drug Issues (Summer) 1974: 238-247

BRECHER, E. Licit and Illicit drugs Little Brown, EUA, 1972

CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA (CEMEF) Fármacos de abuso. CEMEF, México, 1976

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL (CIJ) Estudio de Demanda Poblacional CIJ Documento Interno, México 1981

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL (CIJ) Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia CIJ, México, 1982

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL (CIJ) "Aportaciones teóricas a la familia del farmacodependiente" Serie Técnica 2(nov) 1982

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL (CIJ) Análisis estadístico CIJ, Documento Interno, México 1983

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL (CIJ) Investigación documental sobre estudios epidemiológicos en farmacodependencia 1970-1981 CIJ, Documento Interno, 1983

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL "La farmacodependencia y su preven-

ción dentro de la comunidad" Serie Técnica. 4(nov) 1984

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL Informe de Datos Estadísticos CIJ, Documento Interno, México 1984 y 1985.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL ¿Qué es la participación comunitaria? CIJ, México 1985

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL Guías Técnicas 1985 CIJ, México 1985

DEL OLMO, ROSA La Socio-Política de las Drogas. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Caracas, Venezuela 1975.

EISER, J.R. "Can T.V. influence Behavior" Brit. J. Addictions. 7(2) 1978.

ENZENSBERGER, HANS M. Elementos para una teoría de los Medios de Comunicación. Anagrama Barcelona, España 1972.

FARLEY, EDWARD C. "A Holistic Perspective in Viewing Drug Taking Behavior" En: Critical Concerns in the Field of Drug Abuse. Dekker, New York, EUA 1978 pp. 1382-1386.

FLAY, B.R. "The role of Mass Media in Preventing Substance Abuse" En: Research Analysis and Utilization System National Institute on Drug Abuse, EUA, 1983.

FORS, S.W. "On the Ethics of School Drug Education programs" J. Drug Education 10(2) 1980.

FRANK, EDWINA D.; JUNIEL, ALBERT L. y SHORTY, VERNON J. "The Fallacy of Drug Rehabilitation" En: Critical Concerns in the Field of Drug Abuse. Dekker, New York EUA, 1978 pp. 1407-1410.

FRYE, ROBERT V. "Why Is Sugar Sweet? Drug Abuse: A Sociological Approach" En: Drug Problems of the 70's, Solution for the 80's. En-dac, Lafayette EUA 1980.

GOMES FERRAROTI, N. "Educación para la salud en la adolescencia" Bol. Of. Sanit. Panamer. 97(3): 240-249, 1984.

GOODSTADT, M. Alcohol and Drug Addiction, Model and Outcomes Canadian Foundation on Alcohol and Drug Dependence, Toronto, Canada, 1976.

GOODSTADT, M. "Relationships between drug education and drug use" J. Drug Issues 12(4): 431-440, 1982.

GUSFIELD, JOSEPH R. "The (f)utility of knowledge?: The relation of social science to public policy toward drugs" The Annals of the American Academy of Political and Social Science. 417: 1-15, 1975.

HALLECK, SEYMOUR L. "Legal and Ethical aspects of behavior control". American Journal of Psychiatry 131 (4): 381-385, 1974.

HABERMAS, J. Historia y crítica de la opinión pública Gustavo Gili, Barcelona, 1981.

HANNEMAN, G.Y. "Televised drug abuse appeals. A content Analysis" Journalism Quartely 50(2): 329-333, 1973.

HARRIS, L. Public Awareness of the NIAAA Advertising Campaign National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Report #2352, Rockville, EUA, 1974.

HEWITT, DAVID "A composition of three Drug Information Presentations" J. Drug Education 9(1): 79-90, 1979.

JAFFE, JEROME H. "The swinging pendulum: The treatment of drug users in America" En: R.L. DuPont, A. Goldstein y J. O'Donnell, eds. Handbook on Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse. Rockville, EUA pp. 3-16 1979.

JOHNSTON, L. Student Drug Use. Attitudes and Beliefs NIDA, Rockville, EUA 1982.

KINDER, B.N. "Attitudes toward Alcohol and Drug Abuse" Int. J. Addictions 10(6): 1035-1054 1975.

KLAPPER, J.T. The effect of Mass communication Free Press, EUA, 1960.

KLERMAN, GERARD L. "Drugs and Social Values". The International

Journal of the Addictions 5(2): 313-319, 1970.

KRAMER, JOHN C. "From Demon to Ally-How Mythology Has, and May Yet, Alter National Drug Policy". Journal of Drug Issues, 6(4): 390-406, 1976.

LLANES, JORGE Crisis Social y Drogas Edit. Concepto. México, 1982.

MANHEIM, D.I. "Use of moods changing drugs among American Adults" En: Charles Winick Sociological Aspects of Drug Dependence CRC Press, EUA, 1974.

MEYER, A.S. "Sociology of Drug Education" En: WINICK, C. Sociological Aspects of Drug Dependence CRC Press, EUA, 1974.

MILLE DE GARCIA LIÑAN, CARMEN. "Hacia un Programa quinquenal, Introducción" CIJ, Documento Interno, 1985.

MILLE DE GARCIA LIÑAN, CARMEN Red Comunitaria, Proyecto CIJ, Documento Interno, México, 1985.

MILLE DE GARCIA LIÑAN, CARMEN "A Technical Approach Supported by Community" Memorias VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, Roma, 1984.

MILLE DE GARCIA LIÑAN, CARMEN "La promoción de la salud o la promoción de los servicios para la salud. Una alternativa en la educación a través de los medios de difusión masiva". En: Memorias de la II Conferencia Interamericana de Educación para la salud SSA México, 1984.

MILLE DE GARCIA LIÑAN, CARMEN "Consideraciones acerca de la evolución y consecuencias de la farmacodependencia" fd 2(1) 1983.

MILLE DE GARCIA LIÑAN, CARMEN Comentarios al Programa Nacional contra la farmacodependencia CIJ Reporte Interno, 1985.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE Campaign Material, NIDA Rockville, EUA, 1985.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE Evaluation of Treatment Services

NIDA Rockville, EUA 1982.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE Theories on Drug Abuse NIDA, Rockville, EUA, 1980.

NOBLES, W. "Alienation, Human Transformation and Adolescent Drug Use" Journal of Drug Issues (Spring): 243-251 1984.

NOWLIS, HELEN La verdad sobre las drogas UNESCO, París, 1976.

NOWLIS, HELEN H. "Speaking of Drugs and Drug Problems". Contemporary Drug Problems I (1): 3-14, 1972.

OMS Medidas Para la Prevención del Abuso de Drogas Comité de Expertos Informes Técnicos No. 539 Ginebra, Suiza 1972.

ONU DIVISION DE ESTUPEFACIENTES Manual Para el Desarrollo de Programas Relativos a la Prevención del Abuso de Drogas. ONU Viena, Austria, 1982.

ONU "Report of the Expert Group on Drug Abuse Reduction" Bulletin on Narcotics 34(3): 3-18 (Jul-Sep) 1983.

PODER EJECUTIVO FEDERAL Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 SPP México, 1983.

QUIGLEY, BRUCE T. y TOURNIER, ROBERT E. "Ideologies of Substance Abuse and the Training Experience" En: Drug Problem of the 70's Solutions for the 80's. Endac Lafayette, EUA 1980.

REYES, PATRICIA "La familia del farmacodependiente" Revista fd 2(1) 1983.

SANCHEZ HUESCA, RICARDO "Perfil de la mujer farmacodependiente" Revista fd CIJ 4 1985.

SANCHEZ HUESCA, RICARDO "Investigación documental sobre estudios epidemiológicos en farmacodependencia en la República Mexicana 1970-81" Serie Técnica 5(nov) 84.

SATINDER, K. PAUL Drug Use: Criminal, Sick or Cultural? Libra Pu-

blishers, New York, EUA 1977.

SCHLEGEL, RONALD P. "The role of persuasive communications in Drug Dissuasion" J. Drug Education 7(3): 279-290, 1971.

SECRETARIA DE SALUD Ley General de Salud SSA, México, 1985.

SIERRA, BLANCA "La medicación como problema social" fd 3(2) 1983.

SPECIAL ACTION OFFICE FOR DRUG ADDICTION PROGRAMS (SAODAP) Guidelines for the Use of Prevention Materials Rockville, EUA 1974.

SZASZ, THOMAS La Teología de la Medicina Tusquets Editores Barcelona, 1980.

SZASZ, THOMAS "The Ethics of Addiction" The American Journal of Psychiatry 128(5): 541-546, 1971.

UNESCO El Correo (Mayo), 1972.

VEATCH, ROBERT M. "Drugs and Competing Drug Ethics". The Hastings Center Studies 2(1): 68-80, 1974.

WEPNER, STEPHEN "Which Way Drug Education". J. Drug Education 9(2): 93-109, 1979.

WINICK, CHARLES Sociological Aspects of Drug Dependence, CRC Press, Ohio, 1974.

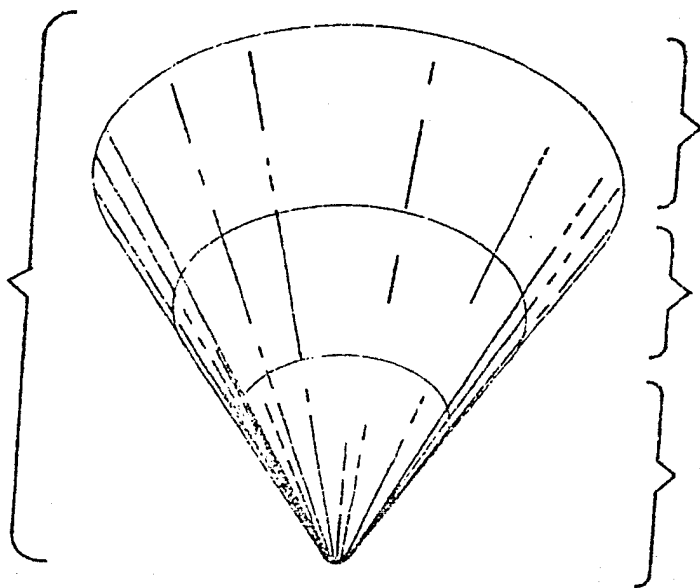
WOTRING, C. "Attacking the Drug Norm: Effects of the 1976-77 Florida Drug Abuse T.V. Campaign" J. Drug Education 9(3): 255-263, 1979.

ZAJONK, R.B. "Attitudinal effect of mere exposure" J. Pers. Social Psychology 7: 1-27; 1968.

ZIMBERG, NORMAN E.; HARDING, WAYNE M. y APSLER, ROBERT "What is Drug Abuse?" Journal of Drug Issues, 8(1): 9-35, 1978.

DINAMICA DE LA FARMACODEPENDENCIA

I
ELEMENTOS
ETIOLÓGICOS



1. FACTORES SOCIALES

2. FACTORES FAMILIARES

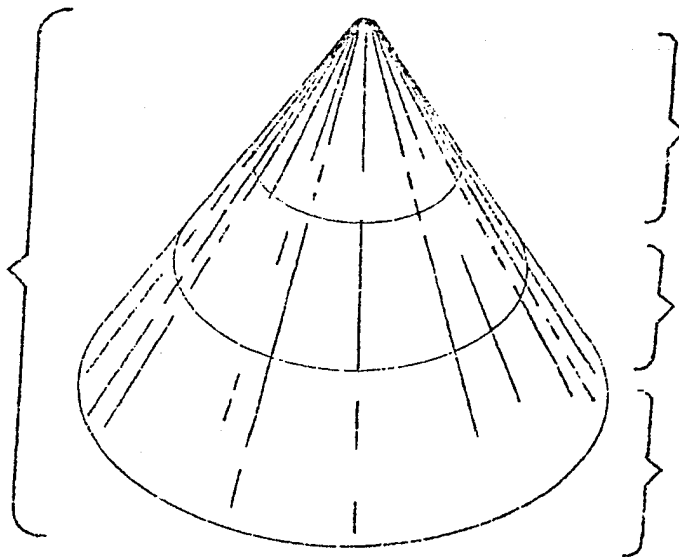
3. FACTORES INDIVIDUALES

FARMACODPENDIENTE

II
DROGA



III
CONSECUENCIAS



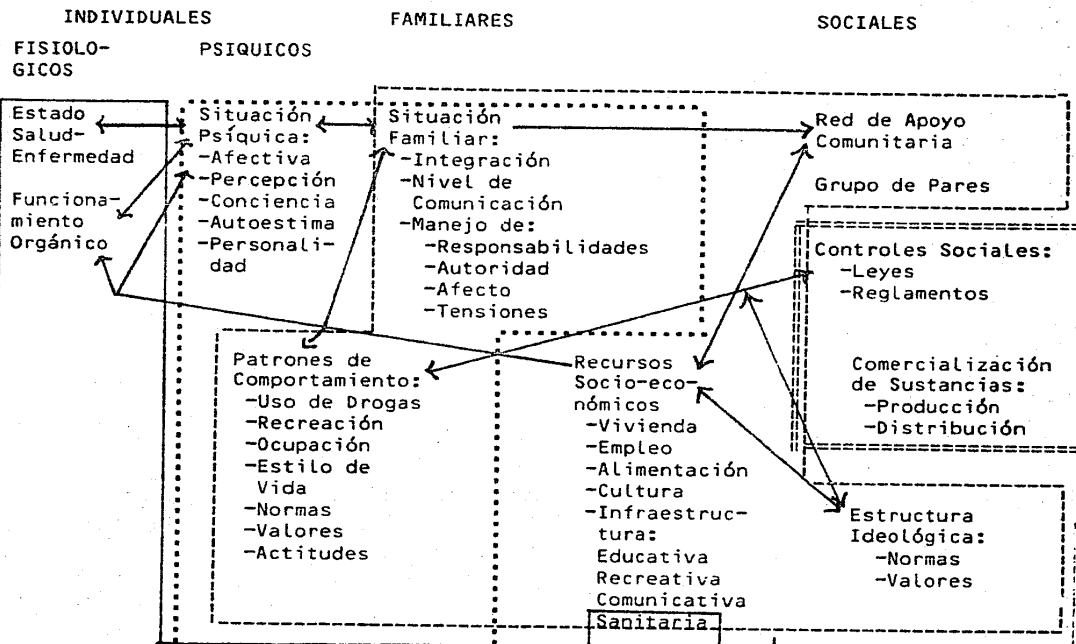
1. EFECTOS EN EL INDIVIDUO

2. EFECTOS EN LA FAMILIA

3. EFECTOS EN LA SOCIEDAD

INTERACCION DE MODELOS ANTE LA DINAMICA DE LA FARMACODEPENDENCIA

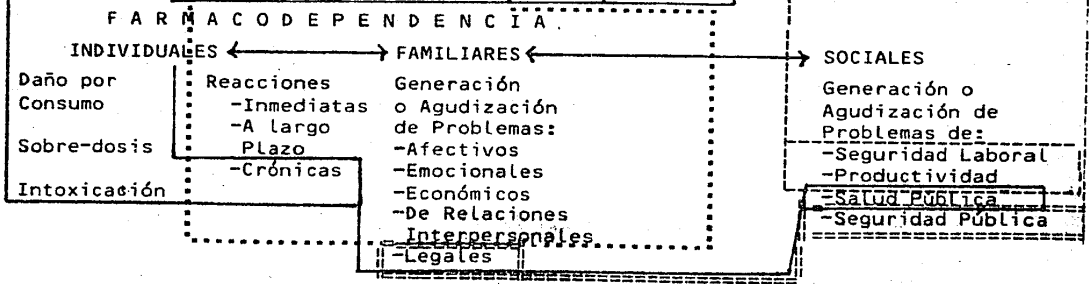
ELEMENTOS
ETIOLOGICOS



MODELOS

- Médico-Sanitario
- Psico-Social
- Socio-Cultural
- ==== Etico-Jurídico

CONSECUENCIAS



Anexo 3

ESTRUCTURA EN RELACION AL ABATIMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA

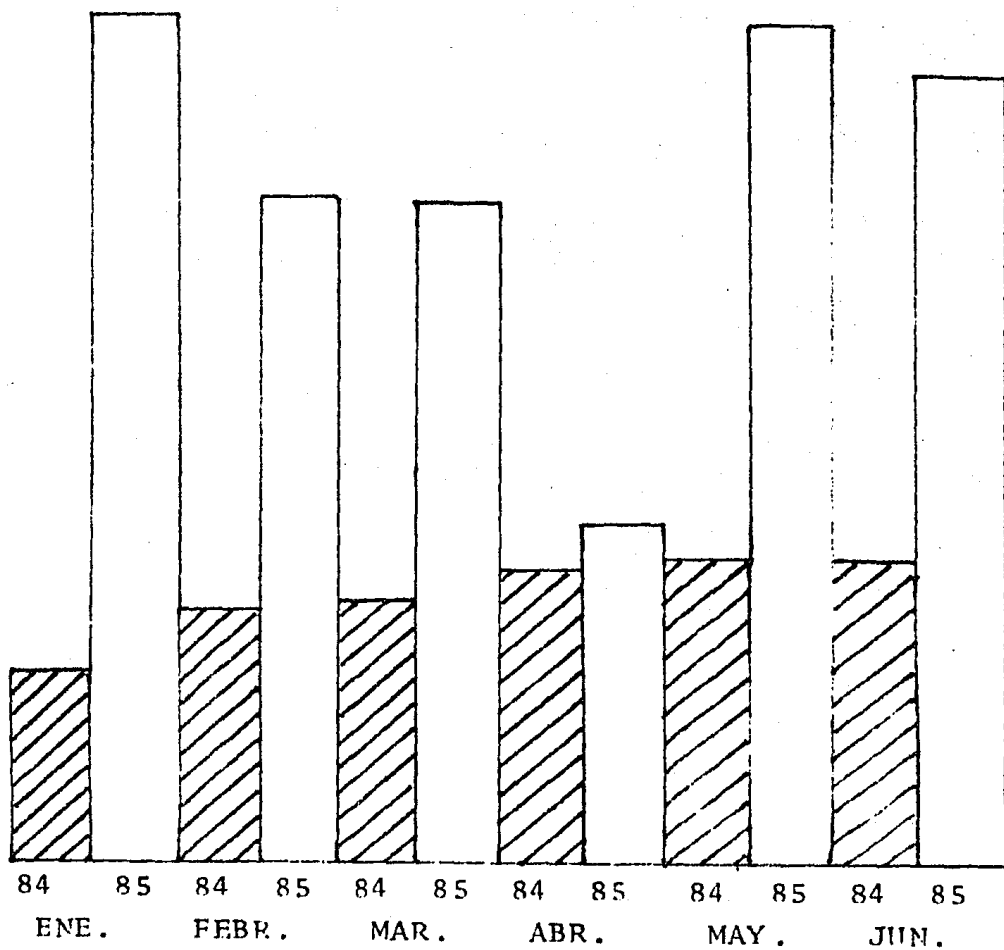
I	ELEMENTOS ETIOLOGICOS	ACCIONES	INVOLUCRACION	SECTORES PRIVADO Y SOCIAL
I.1	SOCIALES	Mejoramiento de niveles de salud y bienestar	SSA, SEP, SEDUE IMSS, ISSTE, SEC. GOB.	-Especialistas en el área de la salud y ciencias sociales, Asociaciones profesionales, Grupos religiosos, culturales, deportivos, de asistencia, medios de comunicación, cámaras, sindicatos.
I.2	FAMILIARES	Mejoramiento de interacción familiar	SSA, SEP	-Asociaciones de padres de familia o de vecinos y otros grupos, maestros.
I.3	INDIVIDUALES	Motivación hacia la salud y el pleno desarrollo	SEP, SSA	-Estudiantes, líderes comunitarios, padres de familia, profesionales, trabajadores, comerciantes, estudiantes, maestros.
II	COMERCIALIZACION DE LA DROGA			
II.1	PRODUCCION			
II.1.1	Fabricación -legal -ilegal	-Control de materias primas -Control de manipulación -Control y detección de laboratorios	SECOFI STPS PGR	-Empresarios -Sindicatos
II.1.2	Cultivo	-Detección de siembras -Erradicación -Sustitución de cultivos	PGR/SEDENA SARH	-Campesinos
II.2	DISTRIBUCION			
II.2.1	Tráfico -Nacional -Internacional	-Procedimientos legales -Detección narcotráfico	PGR PGR/SRE	-Abogados
II.2.2	Comercio -tlapalerías -expedios -farmacias	-Normas de distribución y manejo	SECOFI SSA	-Comerciantes, Cámaras -Farmacéuticos.
III	CONSECUENCIAS			
III.1	EN EL INDIVIDUO	-Tratamiento y rehabilitación	SSA, SEP STPS, PGR	-Especialistas de la salud y ciencias sociales, asociaciones profesionales, cámaras de comercio e industrias.
III.2	EN LA FAMILIA	-Psicoterapia familiar	SSA	-Padres de familia, asociaciones profesionales, grupos de auto-ayuda.
III.3	EN LA SOCIEDAD	-Mantenimiento de estructura sanitaria y legal	SSA, PGR	-Grupos comunitarios, asociaciones profesionales, especialistas en el área sanitaria y legal.

Referencia:



Anexo 5

TABLA COMPARATIVA DE NUMERO DE LLAMADAS



SERVICIO DE ORIENTACION E INFORMACION

CAMPAÑA DE PROMOCION DE SERVICIOS - EVALUACION

Fecha _____

Hora _____ Clave No. _____

Operador _____

1) Impacto Spot

- Radio Televisión
- Farmacodependiente
- Prevención en Familia
- Adecuado
- Inadecuado (Especificar)

2) Comprensión del mensaje

3) Actitud Ante el Mensaje

- Positiva
- Indiferente
- Negativa

Anexo 7

PROGRAMA DE CONCERTACION CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL-DDF-SECRETARIA GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL.

Subprograma de Comunicación. Dirección General de Acción Cultural y Turística.
Participación en Eventos Fijos.

Fecha de aplicación _____
Lugar del evento _____
Parque o Foro Colonia Delenación
Cápsulas emitidas _____
Nombre del encuestador _____

La siguiente información se refiere a la persona encuestada.

1. Sexo
2. Grupo de edad
a) Niño b) Adolescente
c) Adulto
3. ¿En dónde vive? _____
Colonia Delenación
4. ¿Hasta qué grado estudió?
a) Primaria b) Secundaria c) Técnica
d) Media superior e) profesional
5. ¿Qué ocupación tiene?
a) Desempleado b) Trabaja
c) Estudia d) Trabaja y estudia
e) Hogar f) Otra
Especifique.
6. ¿Conoce a Centros de Integración Juvenil?
a) sí b) no
7. ¿Sabe a qué se dedica?
a) Atiende la prevención y los problemas de drogadicción.
b) Atiende problemas emocionales
c) Ayuda a los jóvenes
d) Otras _____
e) No sé

8. ¿Ha visto o escuchado anuncios de Centros de Integración Juvenil?
a) sí b) no
9. En caso afirmativo. ¿Por qué medios?
a) Radio b) Televisión c) Prensa
d) Todos los anteriores e) Otros _____
Especifique.
10. Si respondió afirmativamente a la pregunta anterior, cuál es el tema de los anuncios?
a) Atiende la prevención y los problemas de drogadicción
b) Atiende los problemas emocionales
c) Ayuda a los jóvenes
d) Otra _____
Especifique
e) No sé
11. Escuchó el mensaje sobre drogas
a) sí b) no
12. ¿Tiene dudas sobre el tema?
a) sí b) no
13. En caso afirmativo ¿Cuáles?

14. Le interesan los servicios de:
a) Prevención b) Tratamiento c) Capacitación a voluntarios

GRACIAS POR SU COLABORACION.

Para el Entrevistador.

Entrevistado: a) Solicitó información espontáneamente
b) Lo captó el entrevistador

El entrevistado fue canalizado al Centro Local _____