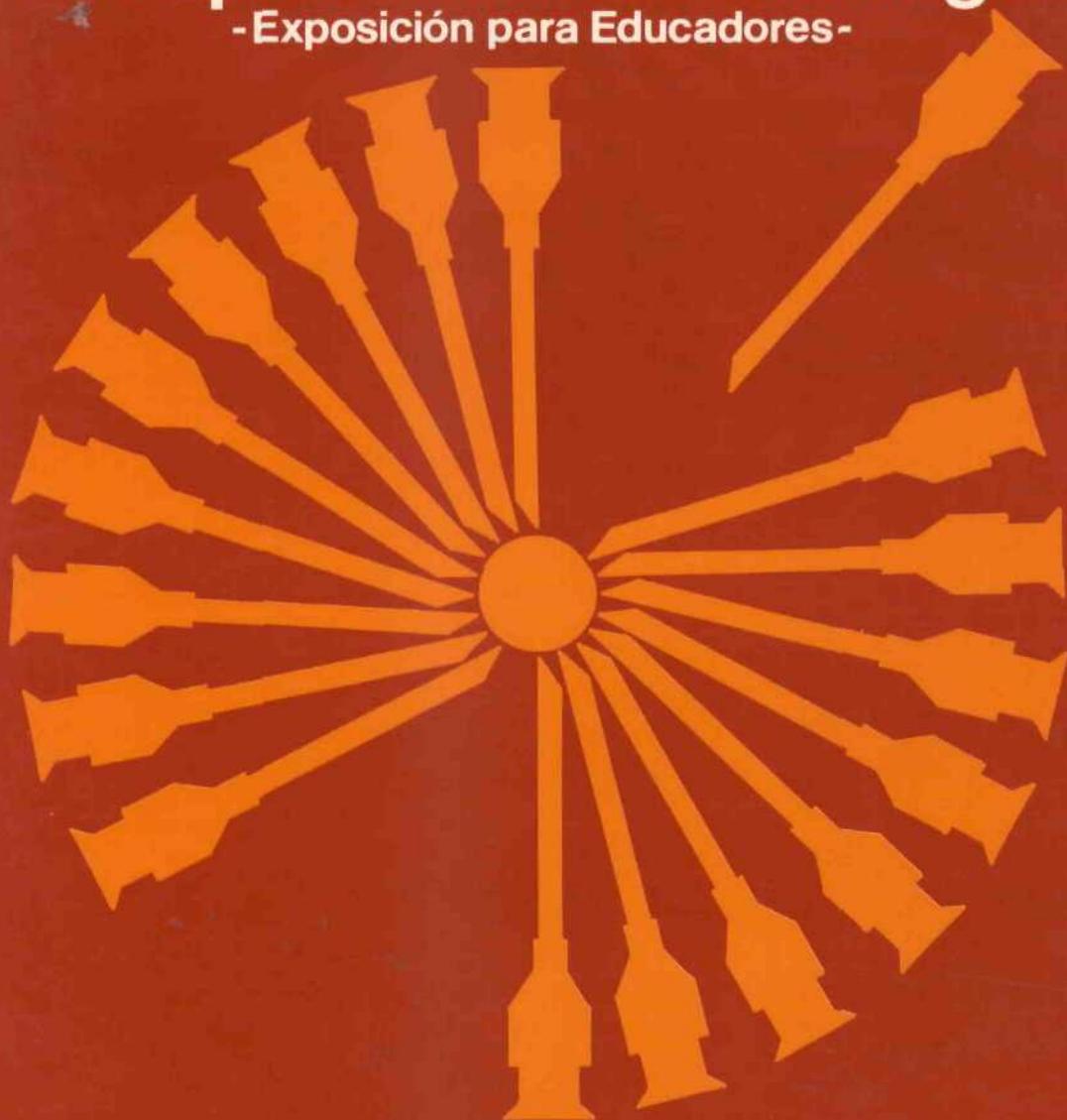


EDUCACION SANITARIA (I)

La dependencia de las drogas

-Exposición para Educadores-



Estudios y experiencias educativas
Serie E.G.B. N°9

La dependencia de las drogas

(Exposición para educadores)

**COLECCION
ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS**

Serie E.G.B.

- N.º 1. La enseñanza de las ciencias y sus relaciones interdisciplinarias en la 2.ª etapa de E.G.B.
- N.º 2. Didáctica de la Lengua Inglesa en E.G.B. (I).
- N.º 3. Educación Vial. Documento de apoyo para la educación vial en Preescolar y E.G.B.
- N.º 4. El Area Social en la E.G.B.
- N.º 5. Ciencias de la Naturaleza (I). Documento de Apoyo para el Profesorado. Guía para el desarrollo de actividades y experiencias.
- N.º 6. Ciencias Sociales. Documento de Apoyo para el Profesorado.
- N.º 7. Educación y Medio Ambiente. Documento de Apoyo para el Profesorado. Actividades y Experiencias.
- N.º 8. Matemáticas.
- N.º 9. Educación Sanitaria I. La dependencia de las drogas.

En preparación:

- Didáctica del Inglés (II).
- Ciencias de la Naturaleza (II).

Serie PREESCOLAR

- N.º 1. La matemática en la educación preescolar y 1.º y 2.º de E.G.B.
- N.º 2. Area de expresión dinámica: educación psicomotriz.
- N.º 3. Area de expresión plástica.
- N.º 4. El lenguaje en la Educación Preescolar y Ciclo Preparatorio (1.º y 2.º de E.G.B.).
- N.º 5. El lenguaje en la Educación Preescolar y Ciclo Preparatorio Catalán-Castellano.
- N.º 6. El lenguaje en la Educación Preescolar y Ciclo Preparatorio Vasco-Castellano.
- N.º 7. El lenguaje en la Educación Preescolar y Ciclo Preparatorio Gallego-Castellano.
- N.º 8. La formación religiosa en Preescolar y Ciclo Preparatorio (1.º y 2.º de E.G.B.).
- N.º 9. Colección de textos para valorar el dominio lector del alumno y reforzar su aprendizaje.
- N.º 10. Desarrollo psicológico del niño (de los 18 meses a los 8 años).

En preparación:

Teoría y Práctica de la Educación Preescolar.

Serie ORIENTACION ESCOLAR Y VOCACIONAL

- N.º 1. Vademecum de pruebas psicopedagógicas.
- N.º 2. Requisitos y perspectivas del campo profesional Administrativo y Comercial.
- N.º 3. Requisitos y perspectivas de los campos profesionales de Electricidad y Electrónica, Construcción y Obras, y Artes Gráficas e Industria del Papel.
- N.º 4. Requisitos y perspectivas de los campos profesionales Marítimo-Pesquero, Hostelería y Turismo y Agrario.

En preparación:

Requisitos y perspectivas de los campos profesionales del Metal, Automoción y Estética y Peluquería.

Serie EVALUACION

En preparación:

Elaboración de instrumentos para la evaluación de aspectos básicos del rendimiento escolar en 8.º de E.G.B.

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS

SERIE E.G.B.

N.º 9

La dependencia de las drogas (Exposición para educadores)

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

Dirección General de Educación Básica

1 9 8 1

© Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.

Se prohíbe la reproducción total o parcial del texto de esta obra, sin autorización expresa del Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.

Textos: Dirección General de Salud Pública.

Coordina: Servicio de Planes de Estudio y Orientación.

Equipo colaborador: Servicio de Promoción de la Salud.
Subdirección General de Medicina Preventiva.
Dirección General de Salud Pública.

Edita: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.

Diseño de cubierta: E. CATA.

Imprime: RUAN, S. A. - P.º de la Industria, s/n. - Alcobendas (Madrid). - O. 76.

I.S.B.N.: 84-369-0848-1

Depósito legal: M. 18.561-1981

Impreso en España.

INDICE

	<i>Págs.</i>
I. PRESENTACION	9
II. PREAMBULO	11
III. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	13
— Drogas	13
— Dependencia de una droga	13
— Droga capaz de producir dependencia	13
— Dependencia psíquica	14
— Dependencia corporal	14
— Tolerancia	15
— Tolerancia cruzada	15
— Abuso de las drogas. Adición. Hábito	15
IV. CAUSAS DEL CONSUMO DE DROGAS CAPACES DE ENGENDRAR DEPENDENCIA	17
— Causas fundamentales	17
— Factores propiciatorios	18
— Causas de la continuación del consumo	19
— Características relacionadas con la edad	20
V. FORMAS DE CONSUMO	23
— Experimental	23
— Ocasional o por placer	23
— Por personas drogodependientes	23
— Dificultades en la determinación de la forma de consumo	24
VI. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA A LA DROGA	27
— El efecto placebo	27
— Dosis de la droga	27
— Experiencia del consumidor	27

	<i>Págs.</i>
— Ambiente	28
— Susceptibilidad psicológica del consumidor	28
VII. CONSECUENCIAS DE LA DEPENDENCIA DE LAS DROGAS	31
— Alcohol	31
— Anfetaminas	32
— Barbitúricos	33
— Preparados de cannabis	34
— Cocaína	37
— Alucinógenos	38
— Tipo khat	39
— Opiáceos	39
— Solventes volátiles	40
VIII. ACTITUDES Y REACCIONES SOCIALES	43
— Actitudes de determinados grupos	44
IX. EL PROBLEMA DEL ABUSO DE DROGAS EN ESPAÑA.	47
— Datos actuales	49
X. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA EN ESPAÑA, HABITOS Y PAUTAS DE CONSUMO	55
— Alcohol. Bebidas alcohólicas	55
— Pautas de consumo o hábitos de consumo	56
— Las consecuencias del alcoholismo son diversas y graves y son de naturaleza física, mental y social	58
XI. SOBRE LA PREVENCION DEL ABUSO DE LAS DROGAS	61
XII. SUGERENCIAS DEL PAPEL DE LA EDUCACION EN LA PREVENCION DEL ABUSO DE LA DROGA.	65
XIII. PROGRAMAS EDUCATIVOS	69
— Introducción	69
XIV. CONCLUSIONES	73

I. PRESENTACION

Las tareas de mejora de la Salud Mental y de prevención de sus posibles desviaciones, si es cierto que constituyen una responsabilidad que afecta a toda la sociedad deben predicarse muy especialmente de los educadores, a quienes han sido encomendados los niños y jóvenes de la comunidad.

Ha sido recogida esta preocupación al incluir en los Programas Renovados de la Educación General Básica y Preescolar, la Educación Sanitaria con el fin de que los Profesores transmitan a los alumnos cuanto pueda ser eficaz en relación con su seguridad personal y con las exigencias emanadas del medio ambiente en el que viven nuestros jóvenes.

La realidad social nos advierte que uno de los peligros que actualmente acechan a las juventudes de nuestro país es el aumento creciente del consumo de drogas.

Conscientes de ello, los Ministerios de Sanidad y Seguridad Social y de Educación, a través de sus respectivas Direcciones Generales de Salud Pública y Educación Básica, han aunado sus esfuerzos para desarrollar, coordinadamente, una acción preventiva contra su consumo entre los escolares.

Con este documento pretendemos dar respuesta a la demanda de muchos profesionales que nos han pedido una correcta y adecuada información acerca de las drogas —legales e ilegales—, y de los problemas que conducen a su consumo y que se producen por su abuso. Hemos utilizado, en primer lugar, los informes técnicos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) redactados por los Comités de Expertos y por los Grupos de Trabajo sobre drogodependencias. Pensamos que, así podemos contribuir a difundir en nuestro país los conocimientos que van a ser utilizados en todas las latitudes, ya que el problema es de amplitud mundial. De esta forma, nos moveremos dentro de la corriente de opinión internacional, a partir de la cual podremos desarrollar programas que se adapten a nuestras necesidades y posibilidades sin correr el riesgo de una automarginación.

A estos textos fundamentales se ha añadido la exposición de conocimientos extraídos de otras publicaciones, así como de nuestra propia experiencia, que sobre todo nos parece valiosa porque nos permite saber qué es lo que más necesita extraer nuestra comunidad de la experiencia mundial y cuáles son los caminos que podríamos emprender

equivocadamente y que se han mostrado ineficaces en otros países que nos precedieron.

Por tratarse de una exposición nacida en el Servicio de la Promoción de la Salud, dentro de la Subdirección General de Medicina Preventiva, no sorprenderá que se haya dado la preferencia en ella a lo referente a la prevención primaria, aspecto, por otra parte, que es el que verdaderamente interesa a los educadores.

Somos conscientes de que el conocimiento de los hechos, por sí solo no puede cambiar las aptitudes, creencias o conducta. Sin embargo, sí puede hacerlo una determinada manera de presentar tales hechos, sobre todo cuando se trata de niños. Sólo cuando el educador transmite lo que ha aprendido previamente, es cuando puede ejercer la acción que se desea. No sólo es importante, pues, lo *qué* se enseña, sino también, y en gran parte *cómo* se enseña.

De este esfuerzo conjunto esperamos conseguir un doble objetivo. Por una parte, concienciar a los educadores y a los propios alumnos de la urgente necesidad de combatir el uso de la droga en todas sus manifestaciones y por otra, a más largo plazo, preparar a las futuras generaciones para una vida más sana, más natural y más humana, donde el individuo no busque la evasión por medio de la droga o del alcohol, sino que encuentre en sí mismo y en la convivencia con los demás el estímulo necesario para luchar por la construcción de una vida más sana y feliz.

II. PREAMBULO

El consumo de drogas psicoactivas por el hombre es muy antiguo. Los fines perseguidos con ello han sido, unas veces, aliviar el dolor u obtener placer, pero también se han utilizado para alcanzar fines sociales y religiosos. Cada país o cada región ha tenido una droga preferida: el alcohol en unos sitios, el opio en otros, etc. Las distintas sociedades han aceptado el consumo de diversa forma, según la naturaleza de la droga, las costumbres, el período de la historia y la dosis utilizada. Incluso en la actualidad, las distintas culturas muestran distintas actitudes según la droga de que se trate. Por lo general, en el pasado el uso de drogas psicoactivas (es decir, drogas que alteran las funciones mentales) estaba reservado únicamente a personas que habían alcanzado la madurez y la responsabilidad dentro de su propia sociedad.

Podemos preguntarnos por qué si el uso de la droga es tan antiguo, se produce en la actualidad una situación de grave preocupación. Hay que señalar que, además de la inquietud, bastante antigua, que siempre han producido las actividades ilegales relacionadas con este consumo, juegan los siguientes factores:

- un aumento del número de personas que toman drogas desaprobadas por la sociedad en general.
- el aumento del consumo en los jóvenes, inducido por la gran difusión de informaciones respecto a su existencia, distribución y formas de consumo en otros ambientes (películas, TV), y por el aumento de poder adquisitivo de mayor número de jóvenes.
- el consumo de ciertas drogas en regiones en las que no han sido habituales con anterioridad. Por ejemplo, el cannabis en Europa y las bebidas alcohólicas en el Oriente.
- el uso de drogas «nuevas» tales como las de tipo anfetamínico y el LSD, algunas sintetizadas recientemente por el desarrollo de la industria farmacéutica.
- la difusión del consumo de drogas que afecta ya en todas las clases sociales y que en muchas ocasiones está impulsada por las «multinacionales» de la droga.

Es curioso que la preocupación que siente un determinado país o una determinada cultura ante los fenómenos de la degradación humana que produce una droga aceptada localmente, es mucho menor que ante otros efecto, más o menos comparables, producidos por drogas menos

familiares, por ejemplo, el abuso del alcohol causa gravísimos estragos en nuestras comunidades, pero éstas se sienten más preocupadas por el uso o abuso de otras drogas que son percibidas como ajenas a nuestra cultura. Estas actitudes locales no deben desviarnos del objetivo sanitario que debe ser prevenir el abuso de *todas* las drogas capaces de producir dependencia.

Tales actividades preventivas no deben nunca olvidar que las drogo-dependencias son *problemas humanos*, más que problemas de drogas. Sobre esto volveremos más adelante, en otro apartado de esta exposición. Adelantemos ahora que se acepta, generalmente, que el consumo no médico de las drogas capaces de producir dependencia es la consecuencia de una interacción dinámica entre las siguientes variables:

- las propiedades de la droga o drogas consumidas.
- la forma en que se usan.
- las características del consumidor.
- las características del ambiente sociocultural en que tiene lugar el consumo.

De la complejidad de esta interrelación entre persona, droga y ambiente puede dar una idea lo distinto de los efectos que produce el cannabis o el LSD según se consuma a solas o junto con compañeros agradables y expertos.

En la prevención se ha dado, durante mucho tiempo, preferencia a las medidas de control del tráfico de las drogas, intentando disminuir la oferta de las mismas. Sin embargo, un enorme aumento de la demanda (es decir, del número de personas consumidoras) se ha traducido en una agravación del problema, desarrollándose las actividades ilegales en las que unas personas intervienen por afán de lucro y otras (consumidores) para obtener el dinero necesario para la droga. Este es el motivo de que se hayan intensificado los esfuerzos para reducir tal demanda, intentándose profundizar en los factores individuales y sociales que pueden inclinar a una persona a consumir una droga y hacerse dependiente de ella. Esta preocupación por la prevención está justificada por el hecho de que las drogas que causan dependencia «influyen negativamente en las relaciones personales del usuario... provocan consecuencias psíquicas, sociales o económicas desfavorables», según han hecho constar expertos de la OMS.

III. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

La OMS ha proporcionado los siguientes, que recogemos con el fin de que en el resto de la exposición no haya equívocos ni necesidad de repetición. Todas las personas que se ocupan del problema del abuso de las drogas deben conocerlas para emplear un lenguaje común.

Drogas

Se trata de sustancias que cuando se introducen en el organismo viviente, pueden modificar una o más de sus funciones.

Dependencia de una droga

Es un estado psíquico y, a veces, también corporal, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por cambios en la conducta y por otras respuestas en las que siempre está incluida la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar las molestias producidas por su carencia. Puede desarrollarse o no el fenómeno de la tolerancia (ver más adelante). Una persona puede ser dependiente a más de una droga.

Que una persona se haga dependiente o no de una droga depende de la interacción de tres factores:

- las características personales o experiencias anteriores del consumidor.
- la naturaleza del ambiente sociocultural en que se mueve.
- las características farmacodinámicas de la droga usada, teniendo en cuenta también la cantidad usada, la frecuencia del uso y la vía de administración (es decir, si es ingerida, inhalada o inyectada).

Droga capaz de producir dependencia

Se trata de una droga que tiene la capacidad de llegar a una interacción con un organismo viviente y producir un estado de dependencia física

o corporal o ambas. Estas drogas pueden utilizarse de una manera médica o no médica, sin necesidad de producir necesariamente un estado de dependencia. Dentro de este grupo podemos distinguir diversos tipos de drogas, que, usadas en ciertas circunstancias, pueden producir problemas sanitarios y sociales individuales o públicos, merced a su capacidad de producir estimulación o depresión del sistema nervioso, o alteraciones en la percepción, en el humor, en el pensamiento, en la conducta o en las funciones motoras. Las drogas capaces de producir dependencia pertenecen a una de las siguientes categorías:

1. Tipo alcohol (bebidas alcohólicas).
2. Tipo anfetamina.
3. Tipo barbitúrico: además de los barbitúricos, se incluyen aquí otras drogas con efectos sedantes, como por ejemplo, hidrato de cloral, clordiacepóxido, diapezan, meprobamato.
4. Tipo cannabis: marihuana, haschis, etc.
5. Tipo cocaína: cocaína y hojas de coca.
6. Alucinógenos: LSD, mescalina, peyot y psilocibina.
7. Tipo khat: preparaciones de «catha edulis».
8. Opiáceos: opio, morfina, heroína, codeína y drogas sintéticas con efectos morfínicos, como por ejemplo la metadona.
9. Tipo solvente volátil: por ejemplo tolueno, acetona y tetracloruro de carbono, gasolina, pegamentos, etc.

Dependencia psíquica

Se trata de una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que requiere la administración periódica o continua de la droga para producir placer y para evitar sensaciones de malestar. En realidad este estado mental es el más poderoso de todos los factores que intervienen en la intoxicación crónica por drogas psicotrópicas, e incluso, en algunas de ellas es el único que actúa.

Dependencia corporal

Se trata de un estado de adaptación que se pone de manifiesto al producirse intensas perturbaciones corporales cuando se suspende la administración de la droga. Estas perturbaciones (síndrome de abstinencia) se componen de una serie específica de síntomas y signos de naturaleza psíquica y corporal que son característicos para cada tipo de droga. Este síndrome es corregido por la administración de la misma droga o de otra droga de acción farmacológica similar. La dependencia corporal es un factor poderoso de refuerzo de la influencia de la dependencia psíquica en lo que se refiere a la continuación del uso de la droga o a la recaída después de un intento de retirada de la droga.

Tolerancia

Es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga o por el hecho de que para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico, es necesario una dosis mayor.

Tolerancia cruzada

Es un fenómeno que se caracteriza por que cuando se toma una droga, no solamente se desarrolla tolerancia para ésta, sino también para otra droga del mismo tipo o parecido; por ejemplo la heroína produce tolerancia cruzada a la morfina y viceversa, y en un menor grado, el abuso grave de alcohol produce tolerancia cruzada a las drogas de tipo barbitúrico.

Abuso de las drogas. Adicción. Hábito

El «abuso de las drogas» es un término que necesita alguna clarificación. Es difícil encontrar una definición aceptable para la mayoría de las personas que se ocupan de estos problemas. Es un término conveniente, pero no muy preciso para indicar que: 1) una droga está siendo usada por alguna persona o personas, y 2) este uso ha sido enjuiciado por alguna persona o grupo como incorrecto (ilegal o inmoral) y/o peligroso para el usuario o la sociedad, o para ambos. Lo que puede ser llamado abuso por unos, puede no ser considerado necesariamente como tal por otros. Además, muchos consumidores de droga y algunos no consumidores tienden a ignorar las opiniones de las personas que usan este término, porque, con razón o sin ella, son consideradas como llenas de prejuicio o mal informadas. Por estas razones, el término «abuso» es evitado en muchos trabajos.

La «adicción» es otro término cuyas diversas definiciones han creado problemas y malos entendidos. Algunos autores piensan que para que haya adicción, tiene que existir una dependencia corporal; otros no están de acuerdo. Por ejemplo, casi todo el mundo cree que la cocaína es una droga que produce una fuerte adicción, y sin embargo, no produce dependencia corporal. Además, el término adicción lleva, por lo general, una connotación de serio peligro para el consumidor y/o para la sociedad, e implica la necesidad de un tipo de control particular; estas connotaciones son inapropiadas debido a los diferentes tipos de dependencia que pueden presentarse y a las diferencias en el grado de dependencia.

El término «hábito» ha sido usado en diversas formas para indicar que no hay una dependencia corporal de la droga en cuestión y/o que las consecuencias del uso de una droga que produce hábito es menos peligroso que el de una droga capaz de producir «adicción».

IV. CAUSAS DEL CONSUMO DE DROGAS CAPACES DE ENGENDRAR DEPENDENCIA

Causas fundamentales

Se ha considerado que muy diversos factores intervienen en la iniciación, el mantenimiento y la interrupción de la autoadministración de drogas causantes de dependencia. No ha podido demostrarse la existencia de una «causa» única, pero para «explicar» por qué se empieza a consumir drogas o por qué se mantiene su consumo se han expuesto con mayor frecuencia los siguientes motivos e hipótesis.

Las personas que usan drogas causantes de dependencia parecen hacerlo por gran diversidad de razones expresas o tal vez inconscientes, y un determinado individuo puede utilizar la misma droga o distintas drogas por diferentes razones en diversos momentos. Sin embargo, para que se inicie y continúe el consumo de droga con frecuencia aparecen uno o varios de los motivos siguientes:

1. Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas.
2. Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo, de ser «aceptado» por otros.
3. Expresar independencia y a veces hostilidad.
4. Tener experiencias placenteras, nuevas, emocionantes o peligrosas.
5. Adquirir un estado superior de «conocimiento» o de «capacidad creadora».
Provocar una sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar de algo.

Hay que advertir que todos estos motivos no se hallan *necesariamente* asociados a la psicopatología individual ni a influencias sociales adversas. Se encuentran tanto en las personas normales como en las anormales, estén o no satisfechas con la estructura social y con su propia situación. Además, esos motivos no conducen necesariamente a consumir drogas, en realidad pueden inducir a la mayoría de las personas a obtener satisfacciones en actividades no relacionadas con el abuso de drogas.

Los importantes factores señalados, reforzados por los efectos farmacológicos y de otra índole que producen las drogas causantes de de-

pendencia, pueden hacer a estos productos atractivos para algunas de las personas que los prueban. Las posibles propiedades farmacodinámicas de las drogas a que nos referimos, pueden ser, según la droga empleada: alivio del dolor, la ansiedad, el miedo, las inhibiciones y la pasividad exagerada; sensación de bienestar, relajación y embotamiento de la conciencia; sensación de alivio de la fatiga y mayor capacidad de percepción de estímulos externos e internos, sensoriales y de otros tipos, a veces con gran intensidad; sensación de mayor inteligencia, perspicacia o capacidad creadora y producción de estados oníricos o eufóricos.

Debemos recordar aquí lo que se ha dicho en otra parte de la exposición: para comprender la naturaleza de la farmacodependencia es indispensable conocer la acción recíproca entre la droga y el sujeto que la toma, y entre éste y el medio ambiente.

Si hemos dicho que los motivos señalados más arriba no conducen necesariamente a consumir drogas, sino que pueden llevar a otro tipo de comportamiento, lo mismo se puede decir acerca de ciertos factores precipitantes, como:

- a) Abandono por parte de una persona de la que el sujeto dependía afectivamente o separación de la misma.
- b) Transición a la vida adulta con las exigencias propias de ésta (reponsabilidades profesionales, relaciones sexuales, matrimonio y paternidad o maternidad).
- c) Circunstancias adversas graves por enfermedad corporal.

Factores propiciatorios

Además de los factores citados anteriormente, hay otros que tienen o pueden tener relación con el consumo inicial de una determinada droga causante de dependencia por una persona dada. Podemos señalar los siguientes.

1. Disponibilidad:

Cuando resulta muy difícil disponer de ciertas drogas, el número de consumidores tiene que ser escaso. Por ejemplo, las hojas de coca se pueden conseguir y utilizar fácilmente en ciertas regiones, pero son prácticamente inexistentes en otras.

2. Aceptación social:

Ciertos medios culturales facilitan la adopción de una actitud positiva hacia el consumo de drogas. Son conocidas las presiones culturales que pueden llevar a un muchacho a aceptar y valorar las modificaciones del estado de ánimo y de la percepción: el sensacionalismo de los grandes medios de difusión, las manifestaciones de figuras muy conocidas y populares y, en ciertos casos (alcohol), la publicidad. Bajo esta publicidad pueden ocultarse diversos intereses, como por ejemplo los ingresos tributarios o los beneficios de empresas o personas.

3. *Movilidad:*

El gran desarrollo y la rapidez de las comunicaciones y transportes permiten la difusión de noticias y el cambio de residencias o las excursiones que permiten ponerse en contacto con cierto tipo de droga y con diversos grupos sociales. Además, cuando el sujeto se aleja de su medio habitual (padres y demás familiares) disminuye la eficacia de la restricción a que habitualmente se ve sometido.

4. *Grupos de compañeros:*

Los intereses y las expectativas de los compañeros contribuyen en gran medida a determinar que una persona ensaye o no una droga causante de dependencia. Es probable que sea un amigo o un grupo de compañeros el que informe al muchacho sobre las posibilidades de obtener droga y sobre los efectos de ésta o supuestos efectos; incluso se la pueden proporcionar. Además, el deseo de integrarse en un grupo y de tener intercambios sociales dentro de él puede dar por resultado que se inicie y se mantenga el uso de drogas, ya que algunos miembros influyentes de ese grupo desea abandonar la droga, pueden disuadirle las presiones ejercidas por otros miembros o el miedo de perder los contactos con el grupo.

5. *Agentes «inductores»:*

Se ha discutido mucho el problema de la «inducción». En la mayor parte de los países, muchos consumidores de drogas causantes de dependencia regalan o venden el producto a sus amigos o asociados con beneficio reducido o nulo. Naturalmente, cuanto más escasa o cara es la droga, menos probable es que se facilite de esta manera. La cannabis suele consumirse en grupo y la participación es de una enorme importancia. Sin embargo, se considera que es poco común la «inducción» en el sentido de que pueda convencerse u obligarse a un sujeto a iniciarse en el consumo de una droga contra su voluntad. Pero cuando una persona que no consume droga desea ingresar en un grupo que sí la consume, muy bien puede ocurrir que se le imponga como condición que también se haga consumidor de drogas.

6. *Familia:*

La familia puede influir de manera positiva o negativa. Hay muchas anécdotas, tanto de hijos que se hicieron alcohólicos como sus padres, como de otros que llegaron a odiar la bebida a causa del alcoholismo paterno (o de otros familiares). Se han llevado a cabo algunos estudios con el fin de ver si se puede encontrar una asociación entre el empleo «terapéutico de fármacos psicoactivos y tabaco por los padres y el consumo ilícito de drogas por los hijos, sin llegarse a conclusiones convincentes».

Causas de la continuación del consumo

Salvo la curiosidad, la mayor parte de los factores que han podido

influir en una determinada persona para que utilice *experimentalmente* la droga siguen siendo vigentes cuando esa persona pasa a ser un consumidor ocasional, intermitente y no dependiente. Estas personas utilizan las drogas causantes de dependencia como prueba, sobre todo, de amistad o de buena voluntad, o bien para experimentar una sensación placentera, como por ejemplo de satisfacción gustativa (alcohol) o de relajación; estas personas todavía son capaces de ser sociales y disfrutar los mismos placeres y otros más sin recurrir a la droga. Esta, en realidad, tiene poca importancia en sus vidas. No debe soslayarse el gran valor simbólico que muchas personas atribuyen a ciertas formas de consumir drogas, por ejemplo la bebida que se comparte o el cigarrillo que se ofrece. En estas situaciones es más importante el acto simbólico que el efecto de la droga.

Cuando el consumidor de droga llega a ser dependiente de uno o más de estos productos, no solo siguen actuando la mayor parte de los factores personales y socioculturales que inicialmente les llevaron a ensayar la droga, sino que con frecuencia aumenta su intensidad al mismo tiempo que entran en juego nuevos factores.

Cuando las personas que le rodean empiezan a sospechar o descubren la dependencia, el sujeto puede observar una repulsa nueva o más intensa por parte de muchas personas e instituciones (conocidos, amigos, miembros de la familia, la escuela, el lugar de trabajo) lo cual en lugar de ayudarlo a adoptar otra forma de vida agrava la farmacodependencia.

Los efectos de las drogas (como la obnubilación de la conciencia o las perturbaciones del pensamiento o de la percepción) suelen dificultar o aún imposibilitar a los consumidores para desempeñar eficazmente sus funciones personales y sociales, lo que trae consigo el rechazo mencionado.

Las modificaciones del estilo de vida, consecutivas a los efectos de la droga, a la repulsa por parte de ciertos sectores de la sociedad, a la asociación con otros consumidores de drogas y, a veces, la participación en actividades socialmente inaceptables o ilegales, también incrementan la repulsa y cierran el camino a muchas otras posibilidades de vida.

Finalmente existe el problema de la dependencia corporal, que una vez establecida, hace que el consumidor tenga penosos síntomas cuando le falta su dosis acostumbrada. La prevención o el alivio de esos síntomas es un poderoso incentivo para seguir utilizando las drogas.

Características relacionadas con la edad

El uso experimental o inicial (así como la interrupción del consumo) de la mayoría de las drogas causantes de la dependencia tiene lugar generalmente en la adolescencia, en unos casos antes y en otros después. Las drogas que más suelen ensayarse antes de la adolescencia son el tabaco, el alcohol, los disolventes volátiles y las preparaciones de cannabis. Durante la adolescencia o más tarde son, sobre todo, las anfetaminas, la cocaína, los barbitúricos y los opiáceos. (Informes Técnicos de la OMS.)

También los motivos personales que llevan al consumo de la droga parecen estar relacionados con la edad. La curiosidad, la necesidad de ser

aceptado o de mostrarse independiente, así como el deseo de experiencias placenteras o emocionantes son características propias de los jóvenes. En cambio, los adultos que no dependen de la droga suelen emplearlas tratando de hallar una sensación de bienestar, de relajación, de placer y de integración social. Si se hacen dependientes, un motivo primordial suele ser el deseo de evasión.

Los adultos suelen limitarse a emplear sustancias socialmente aceptadas o toleradas en el lugar en que viven y son principalmente los jóvenes quienes consumen drogas socialmente desaprobadas.

V. FORMAS DE CONSUMO

Experimental

Muchas personas, jóvenes o no, prueban una o más drogas, capaces de causar dependencia, una o varias veces, sin continuar después. Esta forma de consumo está motivada, sobre todo, por la curiosidad y por las presiones de grupo. Por ejemplo las preparaciones de cannabis se usan de esta manera por gran número de personas en América y en Europa, así como en algunos países donde el consumo de cannabis tiene mayor tradición.

Ocasional o por placer

Se trata de un consumo intermitente de drogas sin que se desarrolle una dependencia física o psíquica. La gran mayoría de las personas que consumen bebidas alcohólicas lo hacen de esta forma. Lo mismo se puede decir de las preparaciones de cannabis en los países en los que su uso está tolerado o es aceptado socialmente.

Por personas drogodependientes

Estas personas pueden utilizar las drogas de manera *sistemática* tomando varias dosis al día durante largos períodos de tiempo. Esta es la forma más frecuente cuando se trata de drogas que crean una dependencia corporal, como por ejemplo el alcohol, los opiáceos y los barbitúricos. También puede observarse en personas que utilizan preparaciones de cannabis o toman por vía oral pequeñas dosis de anfetaminas.

Otra forma es la denominada *episódica*, en el curso de una juerga; los episodios pueden durar desde una hora a varios días y hasta una semana o dos. Se usan de forma episódica todas las drogas causantes de dependencia pero, sobre todo, las que apenas producen dependencia física o no la producen en absoluto (como las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos). Bien conocido es el consumo episódico del alcohol. Las personas que usan de forma episódica una o más drogas, pueden consumir de manera habitual la misma u otra droga.

Dificultades en la determinación de la forma de consumo

Para esta determinación es necesario, naturalmente, cierto tipo de información: debemos saber o averiguar qué droga o drogas consume el individuo en cuestión. La respuesta puede ser simple o por el contrario muy compleja. Hay consumidores que durante toda su vida consumen solo una droga, como el alcohol o la marihuana. Algunos emplean principalmente una droga, pero la complementan con otra, como por ejemplo el consumidor de heroína que gusta de tomarla junto con un barbitúrico o una anfetamina. Y algunos usuarios acostumbran a usar varias drogas en sucesión: después de obtener un efecto máximo (high) —que les deja exhaustos o aterrados— con dosis repetidas de un estimulante, toman un depresor, como por ejemplo un barbitúrico. La carencia de una droga puede forzar al consumidor a utilizar otra, por ejemplo cuando la heroína no está a mano, el sujeto puede tomar amplias dosis de barbitúricos para intentar, por lo general sin éxito, escapar al síndrome de abstinencia. Algunos muestran un gusto por la variedad, usando drogas como la LSD, las anfetaminas y la marihuana junto con otras mezclas; con el tiempo se afician a una mezcla determinada y siguen usándola.

A través de los años puede cambiar el modo de consumo. Un sujeto puede empezar a los diez años de edad a inhalar solventes volátiles (pegamentos por ejemplo); después se pasará a la marihuana y a los quince años quizá tome ya heroína, incluso por vía venosa. Este «módulo» de consumo se ha descrito con frecuencia, pero hay que advertir que no constituye una secuencia inevitable en el comportamiento. Un chico que inhale solventes *no* está condenado inexorablemente a consumir drogas «duras». El problema de si la marihuana sirve o no, siempre, de «puente» para el uso de otras drogas será comentado en la parte de esta exposición dedicada a la cannabis. De todas formas, como se dice en otro apartado, no tratamos con problemas de droga, sino de personas. Lo que quiere decir que la respuesta a si un chico o joven va a «escalar» la gama de drogas nos la dará, más que la farmacología, la comprensión de los motivos por los que abusa de las drogas.

Otro caso que hay que mencionar es aquel en el cual no se puede determinar la identidad de la droga o drogas que se está consumiendo. En la venta clandestina se ofrecen mezclas de composición desconocida, a veces como si fueran una sola droga. El comprador no sabe lo que compra y, en ocasiones, tampoco lo sabe el vendedor.

Puntos importantes de la forma en que se abusa de una o varias drogas son la *dosis* y la *vía de administración*. La determinación de la dosis puede ser muy fácil o completamente imposible. Por ejemplo, un alcohólico consume bebidas legales y cuyo contenido en alcohol viene, incluso, señalado en el envase. Si nos dice la verdad, el cálculo de la cantidad de alcohol consumido es fácil. También en el caso de ciertos medicamentos que han sido desviados del uso médico al tráfico ilícito: barbitúricos y anfetaminas, por ejemplo. Pero cuando la droga ha sido manufacturada en sitios desconocidos, la cosa se complica. La heroína que se ofrece al dependiente puede oscilar en su pureza hasta el extremo de que en la misma

ciudad una muestra puede ser setenta veces más fuerte que en otra. En el caso de la marihuana, un cigarrillo «fuerte» puede proporcionar al consumidor más principios activos que cinco cigarrillos «flojos». Y por supuesto, hay que abandonar toda esperanza de calcular dosis cuando lo que se ofrecen son mezclas de composición desconocida.

Como ahora son, con frecuencia, adolescentes no solo quienes compran las drogas, sino también muchos de los que las venden, será provechoso detenernos en echar un vistazo a la compra y venta de drogas ilegales. Como se dice en otro apartado, el amor al riesgo es una de las motivaciones del consumo de las drogas, pero también lo es de su venta. Algunos adolescentes que las venden rechazarían una propuesta de vender tabaco, aunque obtuviesen los mismos beneficios: faltaría entonces la aventura, la experiencia excitante. Precisamente uno de los motivos de grave preocupación en la actualidad es la audacia con que, en busca de tales sensaciones o para demostrar «su dureza», un adolescente consume cualquier cosa que se le ofrezca con la promesa de que en ella encontrarán algo desconocido, nuevo.

La «dilución» de una droga, es decir, su mezcla con otras sustancias para aumentar los beneficios del vendedor, hace que la vida del consumidor sea incierta y precaria, pues el grado de dilución varía grandemente. Un paquete de heroína puede tener un contenido de narcótico nulo; pero también puede tener un contenido del 77 por 100. La mayoría de las veces el contenido es de un 1 a un 5 por 100. Si, entonces, el porcentaje de droga en la muestra aumenta bruscamente al 20 por 100, el consumidor corre el gravísimo riesgo de una sobredosis, que es una de las principales causas de muerte entre los dependientes de drogas, sobre todo cuando se usan por vía venosa. La venta de una heroína de relativa pureza tiene lugar, por ejemplo, cuando un vendedor cree que corre riesgo inminente de arresto, entonces se desprende de sus existencias a toda velocidad, sin tomarse tiempo para diluirlas.

El adolescente inexperto se ve expuesto a estos y otros engaños: uno de los más inofensivos es la venta de materias inertes o inofensivas en lugar de la droga solicitada. Tabletas de cualquier medicamento son vendidas como anfetaminas y cigarrillos hechos de otras plantas desecadas son presentados como marihuana. Esto tiene el riesgo de que si un adolescente que cree que toma dosis relativamente fuertes de una droga recibe, por casualidad, droga de verdad, puede tener una intoxicación intensa al tomar las mismas cantidades que antes.

Como vemos, ni siquiera las manifestaciones sinceras de una adolescente pueden decirnos cómo toma la droga, o si la ha tomado; a veces, ni siquiera podemos saber qué está tomando, a menos que nos proporcione una muestra para su examen por un auténtico experto (librenos Dios de los análisis hechos por aficionados). Incluso puede estar tomando una droga sin saberlo, como en el caso citado por Frederick G. Hofman (*Handbook on Drug and Alcohol Abuse*. 1975). Una adolescente le contaba a un psicólogo de la Universidad, en confianza, que no tenía miedo de las consecuencias de su actividad sexual, ya que estaba tomando pastillas

anticonceptivas; lo que las pastillas tenían en realidad era una mezcla de drogas antidolorosas.

Todo esto puede darnos una idea de la dificultad con que nos encontramos cuando intentamos evaluar el estado actual del problema del abuso de las drogas y de las reservas con que hay que acoger ciertas manifestaciones de particulares, de instituciones o de la Prensa. Si un artículo afirma que un tercio de una determinada Universidad «ha usado la marihuana», ¿qué puede esto significar? Unos pensarán que cada uno de los estudiantes de ese tercio consume buen número de cigarrillos de marihuana cada día; otro puede sacar la conclusión de que los estudiantes han fumado, en plan experimental, un solo cigarrillo y luego lo han dejado. Lo más probable es que haya muestras de ambas actitudes dentro del grupo y, además, otros estudiantes cuya actitud sea intermedia a las citadas. Los informes sobre un área determinada rara vez contienen el tipo de información que se necesita para determinar cómo se usa —si se usa— la droga en ella. Cuando se describen la frecuencia y el método de uso, se utilizan solo ejemplos de casos extremos, de formas extremas. Esto es natural, porque la información que desearíamos no es fácil de obtener. Los adolescentes que consumen drogas se resisten al interrogatorio por los que ellos consideran miembros del «establishment». Solo confían en personas que muestran comprensión y que dedican al problema tiempo y paciencia.

VI. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA A LA DROGA

El efecto placebo

Se puede definir el «placebo» como una sustancia inerte que es presentada como una droga activa. En circunstancias apropiadas, sobre todo cuando el sujeto espera grandes efectos, la administración de estas sustancias puede producir efectos asombrosos. En los adolescentes, que comienzan la experimentación con las drogas, la respuesta a un placebo es importante y frecuente. Esto se muestra en muchas ocasiones en que el adolescente se inicia en la marihuana. Encuentra casi todas las sensaciones que sus *compañeros le han sugerido, aunque esta droga suele ser de mala calidad, floja*, si el consumidor no es exigente. En cambio, los consumidores veteranos poseen una experiencia que les permite apreciar la calidad de la droga que reciben; por ello es improbable que el efecto placebo sea en estos casos importante.

Dosis de la droga

Como se podría esperar, cuanto más grande es la dosis de una droga, más intensos son los efectos. Sin embargo, algunos tipos de respuesta a la droga no están relacionados con la dosis consumida. Por ejemplo, la dosis de LSD no siempre determina si un «viaje» será bueno o malo. Parece que la susceptibilidad o la tendencia a los «malos viajes», más que de la dosis, depende de la experiencia, la madurez y la personalidad del consumidor, así como del ambiente en que tiene lugar el viaje. Para el inexperto, una dosis pequeña de esta droga puede producir un estado de pánico grave cuando sufre los trastornos de la percepción inducidos por la droga. Por otra parte, un habituado a la LSD que toma una dosis corriente puede reaccionar con extrema ansiedad cuando se encuentra en un ambiente que considera hostil.

Experiencia del consumidor

En muchos casos es necesario que el consumidor tenga cierta expe-

riencia e, incluso, que se le proporcione guía o ayuda para que el consumo de una dosis de la droga sea gratificante. El novato apenas sabe lo que espera, y el efecto que obtiene puede ser muy distinto a lo que podría pensarse. El que consume heroína sin tener experiencia necesita, con frecuencia, que sus compañeros veteranos le ayuden a ignorar los efectos desagradables de la droga (mareos y náuseas, por ejemplo), para concentrarse en aquellos efectos que pueden ser agradables. En el caso de la LSD, los novatos e incluso algunos habituados necesitan a veces un «guía» que esté a su lado mientras dura la influencia de la droga.

La experiencia y la ayuda por un guía juegan un doble papel en lo que concierne a su influencia sobre la respuesta a las drogas: pueden aumentar los efectos agradables y pueden evitar o disminuir grandemente la incidencia de reacciones psíquicas indeseadas.

Ambiente

Muchos consumidores de marihuana la consideran principalmente como una droga «social», para fumar en compañía de amigos. Esto ocurre, sobre todo, en los adolescentes, en los cuales el uso social de la marihuana puede aliviar problemas que surgen de su pobre autoestimación, de la necesidad de ser aceptados por sus compañeros y de la dificultad de entablar relaciones con los demás. El ambiente del grupo tranquiliza los escrúpulos, elimina la ansiedad y expresa la unión en el desafío de leyes «hipócritas» e «injustas». Esta atmósfera de «aceptación social» y de «rectitud moral» aumenta los placeres de la marihuana para muchos consumidores.

En cambio, otras drogas, como los opiáceos, reducen el contacto del sujeto con el ambiente y le hacen indiferente a lo que le rodea. En sus agradables ensoñaciones detesta que se le moleste o perturbe.

Susceptibilidad psicológica del consumidor

Muchos novatos no terminan de adaptarse a la droga. Se retiran después de un período de experimentación. Se acepta que esto es debido a que falta en ellos la necesaria motivación o susceptibilidad psicológica. Esto plantea el problema de si hay un tipo de personalidad propia de los sujetos que van a caer en la drogodependencia. Los psicólogos y psiquiatras que han estudiado el asunto dan una respuesta negativa a esta pregunta. Más aún, la constatación de circunstancias psicológicas y sociales que se da en los consumidores de drogas puede encontrarse también en personas no consumidoras, que logran satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas sin necesidad de utilizar las drogas.

La naturaleza y el grado de la susceptibilidad al abuso de las drogas parece variar de un individuo a otro. Cuando existe, es uno de los factores más importantes tanto del comienzo como del mantenimiento de la dependencia. Para muchos psiquiatras, el uso de las drogas es un síntoma de un trastorno emocional subyacente y los efectos de las drogas no son

de ninguna forma irresistibles o fuertemente atractivos para un individuo emocionalmente sano. Se cita, en apoyo de esta opinión, que durante un período de más de cien años, millones de pacientes han sido expuestos, por ejemplo, a los efectos de la morfina; dolientes en un principio, han sido capaces de experimentar la euforia y el sentimiento de indiferencia al dolor y a la preocupación. Pero solo una minúscula fracción se ha hecho drogodependiente. Parece claro que este pequeño grupo tenía algo de lo que carecía la mayoría.

Hoy se piensa en la interacción entre los factores psicológicos y sociales, con predominio de uno u otro según los casos. El factor social es muy importante en los ghettos urbanos, en los que la gente se encuentra atrapada y sin esperanza, siendo natural su respuesta a la llamada de una nueva y excitante «realidad» que ha de alcanzarse mediante el uso de las drogas. Por otra parte, la droga está muy presente en estos ambientes y los niños pueden recurrir a ella incluso antes de los diez años. El grupo al que pertenece el muchacho ejerce una presión que ya ha sido mencionada en otra parte de esta exposición. Pero siguiendo el mismo razonamiento, debemos recordar que no todos los habitantes de estos ghettos se hacen dependientes, lo que nos conduce, de nuevo, al factor psicológico.

VII. CONSECUENCIAS DE LA DEPENDENCIA DE LAS DROGAS

Las características de la dependencia muestra diferencias significativas según el tipo de drogas que se consumen. Aún cuando pueden ocurrir algunas variaciones entre las diferentes drogas de cada grupo, la consistencia del módulo de acciones farmacodinámicas y respuestas (interacciones hombre-droga) es suficientemente uniforme para permitir una descripción de los principales tipos de dependencia.

Debemos decir que hay tipos de drogas que son más peligrosas por que con su uso el riesgo de dependencia es mayor. Por ejemplo, las drogas del tipo opiáceo son más peligrosas que las bebidas alcohólicas y las preparaciones de cannabis. También es importante la vía de administración: la vía venosa no sólo tiene un mayor riesgo de dependencia, sino también de complicaciones que pueden poner en peligro la vida.

Alcohol

Produce dependencia psíquica de todos los grados. En el grado leve se echa de menos el alcohol, si no se encuentra, en las comidas o en las reuniones sociales. Existe un grado moderado cuando el individuo tiene necesidad de beber para trabajar o para participar en reuniones sociales y toma sus medidas para tener una provisión de alcohol para estas ocasiones. La dependencia es fuerte si el individuo consume alcohol en cantidades que exceden grandemente la norma de su cultura, bebe en situaciones que en su cultura no se consideran apropiadas y está obsesionado por mantener un suministro de alcohol, llegando, incluso, a beber mezclas raras y, a veces, grandemente perjudiciales.

El consumo desarrolla la tolerancia a estas bebidas, siendo necesario aumentar la cantidad para mantener un nivel sanguíneo dado. Además produce una adaptación fisiológica, de manera que el alcohólico aparece menos intoxicado que un no alcohólico con la misma concentración en sangre.

La dependencia corporal se demuestra si se suprime el alcohol: el sujeto experimenta temblores, sudoración, náuseas, taquicardia, elevación de la temperatura, hiperreflexia, hipotensión postural y, en los casos graves, convulsiones y delirio. Este último se caracteriza por confusión,

desorientación y alucinaciones visuales muy vívidas. Este síndrome de abstinencia puede ser mortal cuando es grave y la asistencia deficiente.

La dependencia del alcohol produce en el individuo, a la larga, daños mayores que los causados por cualquier otro tipo de droga. Empeora la eficiencia del pensamiento y de la coordinación psicomotriz, lo que conduce a un deterioro del rendimiento en el trabajo y a la producción de accidentes. Empeora el juicio, produciéndose toda clase de errores en los negocios y trastornos en las relaciones con los demás. Se afecta gravemente el control consciente de la conducta, de lo que resulta el exhibicionismo, la agresividad, la acometividad de estos sujetos. Además, la dependencia del alcohol es un factor predisponente y una causa directa de enfermedades corporales graves, de la cual la más corriente es la cirrosis hepática.

El daño producido a la sociedad es grande. El alcohólico dedica sus ingresos, frecuentemente escasos, a la obtención de bebida; su productividad declina y la familia puede ser abandonada, hasta tal extremo que ha de ser atendida por la sociedad. La carga económica de la dependencia del alcohol es enorme; aún más importante es el sufrimiento del alcohólico y de las personas que le rodean.

Las características de la dependencia del alcohol son:

1. Dependencia psíquica de grado vario, desde el medio al intenso.
2. Desarrollo de una dependencia física que puede ser detectada después del consumo de cantidades que están considerablemente por encima de los niveles socialmente aceptables.
3. Desarrollo de la tolerancia que es irregular e incompleta, de modo que hay una considerable persistencia de alteraciones de la conducta, dependientes de la acción farmacodinámica del alcohol.
4. Una consecuencia frecuente del alcoholismo es la afectación de diferentes tejidos del organismo.

Anfetaminas

La capacidad de las anfetaminas, y otras drogas de propiedades farmacológicas análogas, de elevar el humor e inducir un estado de bienestar subjetivo, es, probablemente, la base de su amplia utilización médica, ahora decreciente, como estimulantes y anoréxicos. Los que toman esta droga durante tiempo prolongado, bien sea terapéuticamente o de otra forma, pueden desarrollar distintos grados de dependencia psíquica. Las propiedades estimulantes y euforizantes llevan a la utilización no médica de la droga y sus consumidores aumentan la dosis y la frecuencia de la administración, para conseguir una estimulación constante y un estado de euforia. Si el incremento se lleva a un extremo, aparecen los efectos psicóticos de la droga: agresividad y conducta antisocial.

Hay que señalar que los efectos están relacionados con la dosis. El consumo ocasional o incluso regular, por vía oral, de dosis relativamente pequeñas, producen inicialmente una sensación de disminución de la fatiga, aumento del estado de alerta y falta de sueño. Este uso, sin embargo,

es peligroso ya que la fatiga puede aparecer bruscamente y de forma inoportuna, provocando accidentes. Grandes dosis, sobre todo cuando se administran endovenosamente, producen no solo una intensa sensación de euforia y excitación, muy apreciadas por los consumidores, sino una acusada estimulación mental que puede conducir a conducta antisocial muy seria.

Un hecho acusado de las anfetaminas es su capacidad para provocar tolerancia, cualidad que poseen pocos estimulantes del SNC. Esta tolerancia hace que las dosis que se llegan a tomar son varios cientos de veces mayores que las dosis terapéuticas. Las grandes dosis provocan graves cambios de conducta, a menudo de naturaleza psicótica, incluyendo alucinaciones, delirios paranoides, etc.

Las anfetaminas provocan escasa dependencia física; sin embargo, la supresión de las mismas, cuando se toman a altas dosis, hace que la fatiga crónica enmascarada, la necesidad de sueño y quizá la depresión, aparezcan de forma muy acusada. Cuando enmascaran una depresión severa puede, la supresión de la droga, llevar al suicidio.

La autoadministración de anfetaminas ha aumentado en los últimos años ostensiblemente por consumidores que desean permanecer mentalmente alerta durante largos períodos, sin dormir o descansar, o para aumentar su rendimiento. La utilización de las anfetaminas también se ha incrementado en los consumidores de alcohol y/o barbitúricos. En muchos de estos casos la dependencia es para más de una droga.

Barbitúricos

Este grupo no solo comprende los barbitúricos, sino también otros sedantes relacionados con ellos. También producen dependencia de este tipo algunos ansiolíticos como el clordiazepóxido, el diazepam y meprobamato.

Hay muchos parecidos entre la dependencia del alcohol y la de los barbitúricos. La eliminación de inhibiciones, el deterioro del juicio, el deterioro progresivo de la coordinación motora y el enturbiamiento de la conciencia son síntomas bien conocidos de la intoxicación progresiva con el alcohol o con los barbitúricos.

En el abuso de los barbitúricos se produce dependencia física y psíquica; la primera explica el síndrome de abstinencia que se produce cuando se retira la droga.

Con estas drogas se presenta el fenómeno de la tolerancia: la dosis tiene que ser aumentada. Sin embargo, a diferencia de los opiáceos, existe un límite en lo que se refiere al tamaño de la dosis que una persona puede tolerar; este límite es diferente según las personas. Muy importante es el hecho de que si se dejan de tomar algún tiempo los barbitúricos se pierde la tolerancia y algunos sujetos pueden hacerse más sensibles a la droga de lo que eran antes de comenzar su intoxicación.

También hay que señalar que los barbitúricos, como el alcohol, tienen dos clases de efectos: estimulantes y sedantes. La tolerancia

para sus efectos estimulantes pueden desarrollarse menos rápida o completamente que la tolerancia para las propiedades sedantes. Entonces, con una dosis igual, los efectos estimulantes pueden hacerse más destacados, lo que puede tener como consecuencia que el consumidor vaya aumentando las dosis en un intento de obtener el efecto sedante. El final puede ser desastroso e incluso mortal.

Durante la intoxicación crónica que se produce cuando la administración es continuada, existe persistencia de la acción sedante, con ataxia y otros fenómenos de la motricidad y de la coordinación que explican la frecuencia de los accidentes. También se produce un empeoramiento de la capacidad mental, confusión, aumento de la inestabilidad emocional, y el riesgo de una brusca sobredosis debido al retraso del comienzo de la actividad de la droga, a la perturbación de la percepción del tiempo y a la limitación, mencionada anteriormente, de la tolerancia, que hace que al sobrepasar cierta dosis la intoxicación sea mortal. Las manifestaciones clínicas de la intoxicación crónica son similares a las descritas en el alcoholismo crónico.

El síndrome de abstinencia es el rasgo más característico y destructor de la dependencia de este tipo de drogas. Comienza en las primeras 24 horas después de la retirada de la droga, alcanza un máximo de intensidad en dos o tres días y remite lentamente. El complejo de síntomas que constituyen el síndrome de abstinencia, citados por un orden aproximado de aparición, son los siguientes: ansiedad, sobresaltos musculares, temblor de las manos y dedos, debilidad progresiva, sensaciones de mareo, distorsión de las percepciones visuales, náuseas, vómitos, insomnio, pérdida de peso, caída de la tensión en la posición de pie, no siendo infrecuente las convulsiones de tipo gran mal y un delirio que recuerda el *delirium tremens* alcohólico o un episodio psicótico grave. Entre estos últimos se pueden citar las reacciones paranoides, reacciones parecidas a la esquizofrenia con delirio y alucinaciones, estados semiestuposos y reacciones de pánico. Todo ello hace que la retirada de la droga haya de hacerse con grandes precauciones y por expertos, de una manera gradual.

Preparados de cannabis

La «cannabis sativa» (cáñamo) es una planta herbácea que crece por cultivo o de forma salvaje en gran parte de los lugares en donde habita el hombre. Sin embargo, el cáñamo que crece en los países cálidos posee un contenido mucho más activo que el que se desarrolla en los países templados. Cortando las extremidades florales de las ramas femeninas, puestas a secar y triturando la mezcla de hojas, flores y frutos se obtiene la marihuana. La llamada «ganja» contiene sólo las flores femeninas prensadas en palotes, sin las hojas y brácteas. El «hashich» es la resina de cannabis y se obtiene dejándola secar una vez segregada por las flores femeninas. «El aceite de haschich» se obtiene por destilación, mezclando el haschich con alcohol de 90°. Así como el haschich es de

efectos más fuertes que la marihuana, el aceite de haschich es mucho más fuerte que el haschich.

La marihuana y la ganja se fuman como el tabaco, inhalando el humo. El *haschich* se consume, habitualmente, inhalando su humo en unas pipas más o menos sofisticadas o mezclado con productos comestibles, principalmente caramelos o dulces. El aceite de haschich se consume impregnando el papel de un cigarrillo de tabaco con varias gotas de este producto y fumándolo a continuación.

Aunque la planta tiene muchos componentes químicos, se cree que los responsables de todas o casi todas las propiedades psicoactivas son los llamados «cannabinoides». No todos los cannabinoides, sin embargo, son biológicamente activos. Parece que el Delta 9THC (Tetrahidrocannabinol) es el que produce la mayoría de los efectos de la cannabis. El Delta 8THC es también biológicamente activo, pero en pequeña proporción comparado con el anterior. Cierta número de otros componentes pueden contribuir, directa o indirectamente, a la psicoactividad de las preparaciones de cannabis.

La cantidad del material psicoactivo en una preparación dada depende de 1) las características de la planta; 2) el lugar y las circunstancias de su crecimiento; 3) la naturaleza de la preparación y 4) la edad del material cosechado y la manera en que ha sido almacenado.

Los síntomas producidos por el Delta 9THC o por las preparaciones de cannabis dependen de la dosis, pero también de los demás factores señalados en otros apartados de la exposición. Las dosis bajas o moderadas producen, por lo general, síntomas y signos inmediatos que en orden aproximado de aparición están constituidos por una euforia de grado medio o acentuada, cambios sensoriales, alguna disminución en el sentido de la propia identidad y de la realidad y, algunas veces, pseudo-percepciones visuales y auditivas. El sujeto a menudo informa de un aumento de la sensibilidad auditiva y visual, con una mayor apreciación de la música y de las obras de arte. Los cambios perceptivos afectan, principalmente, al espacio y al tiempo. Entre los signos objetivos se observa el enrojecimiento de los ojos, la disminución de la fuerza muscular y el aumento de la frecuencia del pulso. Cuando remiten los signos y síntomas, el cuadro puede terminar en la sedación y el sueño.

Con dosis más altas suele observarse un estado de intoxicación aguda, cuyas principales manifestaciones son las ideas paranoides, ilusiones, fenómenos de despersonalización, confusión, inquietud, excitación y, a veces, alucinaciones. Estos episodios son muy parecidos a síndromes psicóticos agudos. A veces se producen reacciones de pánico. Estas reacciones agudas desaparecen, por lo general, en un lapso de uno a tres días, pero algunas veces duran más. En ocasiones pueden ser producidos por dosis relativamente bajas en consumidores inexpertos.

En ciertas condiciones, el uso continuado de cannabis durante varios años se ha asociado con un déficit en cierto número de funciones psicomotoras y cognitivas. Algunos autores han asociado el llamado «síndrome amotivacional» con el uso prolongado de cannabis. Este

síndrome se caracteriza por la apatía, el retraimiento, deterioro del juicio y falta de rendimiento.

Kramer y Cameron (*), de quienes hemos tomado los datos anteriores, dicen que la dependencia de la cannabis es un estado producido por el uso crónico, regular o periódico de las preparaciones de esta planta y que sus características son las siguientes:

1. Una dependencia psíquica entre moderada y fuerte.
2. Una dependencia corporal, que es muy pequeña e incluso dudosa; se han descrito algunos posibles fenómenos de abstinencia, pero no puede hablarse de un síndrome de abstinencia comparable al del alcohol, barbitúricos u opiáceos.
3. Quizá algún grado de tolerancia en casos de grave abuso en el hombre (en animales se ha mostrado —en algunos— el rápido desarrollo de un alto grado de tolerancia).

Siendo los preparados de cannabis (marihuana, haschich) un tema polémico en lo que se refiere a la gravedad de sus efectos y a la necesidad o inconveniencia de mantener fuera de la ley su tráfico (en España no está penalizado el consumo), parece adecuado resumir lo que sabemos y lo que no sabemos acerca de los efectos de estas drogas, desde diversos puntos de vista. Graham, en su obra «Cannabis and Health», de 1976, lo expone de la manera siguiente:

1. Trastorno mental agudo. Puede ser causado por la cannabis sin ninguna clase de duda. La intoxicación puede durar algunas horas o días.

2. Recurrencia del trastorno mental agudo. Se ha afirmado que después de un periodo de días, semanas e, incluso, meses, pueden volver a producirse los efectos desagradables del trastorno agudo, sin que el usuario haya vuelto a consumirla. Esto es posible que pueda ocurrir, pero no puede afirmarse tajantemente.

3. Síndrome amotivacional, descrito por la literatura médica del siglo pasado, sobre todo en Egipto y en la India, con sus características de indolencia y abandono de las responsabilidades sociales. Últimamente ha reaparecido en la literatura americana, que le ha dado el nombre que encabeza el párrafo. Ya la observación clínica pone de manifiesto la falta de especificidad del síndrome, que puede ser producido por otros factores distintos de las drogas: la malnutrición y las infecciones crónicas que han sido frecuentes en los países orientales o la concurrencia (en los jóvenes occidentales) de un movimiento de rechazo de los convencionalismos y del trabajo como ética. En resumen, nos encontramos con un cuadro no específico, con un plazo largo de la posible relación causa-efecto y una posible casualidad múltiple. Todo ello no es la clase de situación en la cual la investigación clínica se puede pronunciar con claridad (a partir de los datos actuales). Es una posibilidad que, por su gravedad, debe ser mejor investigada.

4. Lesiones cerebrales. Se ha pretendido que las preparaciones de

(*) «A Manual on Drug Dependence». O.M.S. 1975.

cannabis las causan. Teóricamente pueden hacerlo, pero no hay evidencia clínica de ello.

5. **Modificación o precipitación de psicosis.** En la población hay una incidencia natural de psicosis como las afectivas y la esquizofrenia, por lo que, si se usa ampliamente la cannabis, es razonable esperar que se observen algunas interacciones.

6. **La cannabis como causa de psicosis crónica.** Se ha pretendido que la droga causa psicosis que no remiten cuando se abandona el consumo. No disponemos de evidencia ni para afirmarlo ni para negarlo y es difícil ver cómo puede resolverse este problema mediante la investigación.

El Select Committee on Narcotics Abuse and Control (EE. UU.) en su informe de 1977 examina los efectos sobre los seres humanos de los preparados de la cannabis en los siguientes apartados:

A) *Disminución de las defensas corporales contra las enfermedades.* No se ha llegado a la aceptación de este hecho por todos los autores.

B) *Alteraciones cromosómicas y del metabolismo celular.* Todavía hay dudas sobre este efecto.

C) *Lesiones cerebrales.* Aunque hay autores que afirmaron haber encontrado evidencia de daños cerebrales en fumadores de marihuana, otros no han podido confirmar estos hallazgos.

D) *Empeoramiento de la capacidad para conducir coches y aviones.* Parece haber acuerdo en que el uso de la marihuana por los conductores o los pilotos puede constituir un peligro para la conducción, debido a las perturbaciones de la percepción del tiempo y del espacio. Baird ha presentado un estudio de vuelo simulado en el cual seis pilotos cometieron trece errores graves después de usar marihuana, mientras que los pilotos a los que se había suministrado un placebo cometieron un solo error. En errores de menor gravedad, el primer grupo cometió 33, y el segundo testigo, sólo seis.

E) *Tolerancia y dependencia.* Se señala que no hay dependencia corporal y no se produce síndrome de abstinencia.

F) *Posibilidad de que la marihuana conduzca al uso de drogas más peligrosas.* No hay acuerdo sobre este punto.

G) *Psicopatología causada por el uso del cannabis.* Se admite la posibilidad de psicosis tóxicas agudas con grandes dosis de la droga. En cuanto a los efectos crónicos, los estudios de los últimos tiempos no permiten afirmar nada definitivo.

En resumen, sabemos algunas cosas relacionadas con el uso de la marihuana y el haschich, pero hay otras sobre las que no se ha llegado a un acuerdo. Esto indica la necesidad de llevar a cabo investigaciones que permitan unos conocimientos más amplios y seguros que, a su vez, nos capaciten para tomar las decisiones más favorables para la salud mental de los adolescentes.

Cocaína

Esta droga es el prototipo de los estimulantes que son capaces en

altas dosis, de producir euforia, excitación y experiencias alucinatorias. Conduce al más alto grado de dependencia psíquica.

El uso no médico de cocaína se ha producido bajo distintas formas. La más antigua es la masticación de hojas de coca, costumbre de ciertos indios de los Andes, que por ello reducen las sensaciones de frío, fatiga y hambre. Con esta forma de uso, la liberación del alcaloide contenido en las hojas y su absorción son, por lo general, lentos y las cantidades demasiado pequeñas para producir cambios mentales y para llevar a cabo una conducta anormal.

La cocaína puede absorberse fácilmente a través de las membranas mucosas. Por esta razón, puede consumirse aspirándola por la nariz. Esta es una forma concentrada de administración que produce efectos psíquicos intensos. También son muy intensos los obtenidos por inyección intravenosa. Esta última vía se ha hecho más frecuente en los últimos tiempos, a pesar de sus peligros.

La cocaína a veces produce sentimientos de gran fuerza muscular y gran capacidad de atención y concentración, que puede llevar al individuo a hiperestimar sus capacidades. Esto, asociado con ideas paranoides, alucinaciones auditivas, visuales y táctiles, puede conducir al consumidor a un comportamiento muy peligroso, capaz de acciones antisociales graves. Los trastornos digestivos, náuseas, pérdida de apetito, adelgazamiento extremo, insomnio y, a veces, convulsiones, son fenómenos que suelen experimentar aquellos que usan la droga en grandes cantidades. Como la droga produce un gran estado de agitación, el usuario puede sentir la necesidad de sedantes y, de hecho, es muy frecuente el intento de compensar los efectos excitantes de la cocaína con alguna droga del tipo opiáceo.

Como no produce dependencia corporal, no hay tampoco síndrome de abstinencia cuando se retira la droga, aunque a veces se presentan depresiones graves y los fenómenos delirantes pueden persistir durante algún tiempo después del cese de las dosis.

Aunque se ha pensado que la cocaína produce tolerancia, ni la experimentación animal, ni la experiencia del hombre apoyan esta afirmación.

Alucinógenos

Este grupo incluye a la dietilamida del ácido lisérgico (LSDp; la psilocibina que se extrae del hongo *Pislocybe mexicana*; la mescalina, alcaloide extraído de un cactus llamado *Lophohora williamsii* (mescal, peyot) y otras. Estas plantas han sido usadas por ciertas tribus indias americanas en ceremonias religiosas o empleadas por los curanderos (medicinenen) de esas tribus en el tratamiento de enfermedades, llevado a cabo, por lo general, de forma ritual. Estas formas de uso no parecen haber conducido, al menos frecuentemente, a dependencia de la droga.

Otro uso de este tipo de drogas es el que se hace por ciertas personas, algunas en persecución de objetivos intelectuales o artísticos, otras sin estas pretensiones, con el fin de obtener cambios en la percepción sen-

sorial (producción de alucinaciones) y, particularmente, para «dilatarse la conciencia» y obtener «una penetración mística». Este uso se encuentra principalmente en los países occidentales desarrollados. Algunos consumidores lo que buscan es una mayor penetración y comprensión de sus propios problemas emocionales. Por lo general, las dosis se toman por boca en compañía de otros consumidores. El uso que se hace de estas drogas es periódico, más que continuo, y no se produce dependencia corporal.

Las drogas del tipo LSD producen un estado de excitación del sistema nervioso central, que se manifiesta por cambios de humor (que por lo general es eufórico, pero algunas veces es depresivo), ansiedad, distorsión de la percepción sensorial (sobre todo visual), alucinaciones visuales, despersonalización, dilatación de las pupilas y aumento de la temperatura corporal y de la presión arterial.

Por lo general, la dependencia psíquica que producen los alucinógenos no es intensa, aunque puede variar grandemente. El consumidor goza de los efectos de estos agentes y puede desear repetir la experiencia, pero si no dispone de ellos, puede adaptarse o aceptar una droga sustituta. Sin embargo, una minoría de consumidores puede desarrollar una dependencia psíquica muy fuerte. Como ya hemos dicho, no se produce dependencia corporal y, por tanto, no hay síndrome de abstinencia cuando la droga es retirada.

Los principales peligros para el usuario se derivan de los efectos psicológicos de estas drogas. El grave empeoramiento del juicio ha llevado a veces a decisiones peligrosas y a accidentes; el llamado «mal viaje» consecutivo a una toma de drogas, con la reacción de pánico que se produce puede constituir la experiencia más temible.

Tipo khat

El khat (*Catha edulis*, Forsk.) se cultiva en áreas circunscritas del África oriental y en la península de Arabia. Se mastican las partes tiernas de la planta mientras aún están frescas.

Sus efectos son parecidos a los de las anfetaminas: un grado moderado de estimulación del sistema nervioso central, con sensación de bienestar y eliminación de las sensaciones de fatiga, así como una supresión del hambre (a veces también de la libido). Naturalmente, este modo de consumo (masticación) hace que los efectos sean cuantitativamente diferentes de los producidos por las anfetaminas, es decir, que no se producen los efectos psicotóxicos derivados de estas últimas drogas. El khat no produce dependencia corporal, pero sí manifestaciones de dependencia psíquica.

Opiáceos

Las características sobresalientes y distintivas de la dependencia de este

tipo de drogas es la de que los rasgos principales (dependencia psíquica y corporal, tolerancia) pueden ser iniciados por la repetición de pequeñas dosis del tipo de las usadas para propósitos terapéuticos; el mecanismo puede ponerse en marcha con la primera dosis administrada.

Los efectos subjetivos de estas drogas pueden variar según la persona, y en la misma persona, según las veces. Dependen de la dosis, la vía de administración, las características corporales y mentales del consumidor y sus expectativas. «Los narcóticos hacen algo más que producir indiferencia al dolor. También suprimen los impulsos que hacen que un individuo intente aplacar el hambre, buscar gratificación sexual y responder a las provocaciones con cólera. En una palabra, pueden producir un estado de total saciedad de los impulsos. No hay que hacer nada porque todo está como debe estar. Para ciertos tipos de personalidad, aunque no para todos, tal estado es sumamente placentero» (Goodman y Gilman).

El uso habitual de los opiáceos produce síntomas como apatía, letargia, depresión respiratoria, bajada de la tensión cuando el individuo está en pie, vasodilatación, estrechamiento de las pupilas y una disminución de la movilidad del tramo digestivo, con estreñimiento.

Estas drogas producen una fuerte dependencia corporal, desarrollándose un síndrome de abstinencia característico cuando se retira la droga. La administración de un antagonista específico produce un rápido e intenso síndrome de abstinencia, aunque el sujeto esté consumiendo las drogas. El síndrome de abstinencia incluye ansiedad, inquietud, dolores corporales, insomnio, bostezos, lagrimeo, rinorrea (flujo nasal), sudoración, midriasis (dilatación de la pupila), piloerección (carne de gallina), náuseas, vómitos, diarrea, elevación de la temperatura, de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial, calambres musculares, deshidratación, anorexia y pérdida de peso.

En las drogas tipo morfina, el peligro que corre el individuo cuando las toma es, sobre todo, indirecto, es decir, por su preocupación por el consumo; son consecuencias frecuentes la negligencia del cuidado personal, la malnutrición y la infección por las inyecciones. Para la sociedad la causa del peligro es la misma, la preocupación por obtener la droga y por conseguirla; se producen ruptura de las relaciones interpersonales, pérdidas económicas y crímenes contra la propiedad.

Solventes volátiles

Estos productos han sido usados con frecuencia, sobre todo por los preadolescentes y adolescentes jóvenes. Son depresores del sistema nervioso central y producen efectos comparables, en cierta manera, a los producidos por el alcohol, aunque los síntomas cambian en el tipo de solvente. Puede haber, inicialmente, una euforia discreta, regocijo, todo ello seguido de confusión, desorientación y ataxia. El sujeto puede conducirse como si estuviera ebrio. Algunas de estas sustancias como la gasolina y el tolueno pueden producir también síntomas que recuerdan a los inducidos por los alucinógenos: euforia, grandiosidad, inquietud,

delirio, alucinaciones y pérdida de autocontrol. Cuando las dosis son grandes, puede haber convulsiones y muerte.

Algunas de estas sustancias producen enfermedades del hígado, de los riñones o de la sangre. Una complicación especial que se presenta en la autoadministración de solventes volátiles es la muerte por sofocación. Para facilitar la aspiración, la cola se comprime en una bolsa de plástico. Se produce la sofocación cuando el consumidor cae en la inconsciencia mientras la bolsa le cubre la cara.

No hay una dependencia corporal comparable a las del alcohol, los barbitúricos o el opio. Sin embargo, cuando se retira bruscamente la droga se producen estados de letargia, depresión e irritabilidad. Se han descrito casos de delirios y alucinaciones que recordaban al delirium tremens. No se puede excluir la posibilidad de que se produzca una psicosis tóxica.

Se produce dependencia física de diverso grado y algunas de estas sustancias también producen tolerancia.

VIII. ACTITUDES Y REACCIONES SOCIALES

La actitud de una sociedad frente al consumo extramédico de drogas causantes de dependencia varía según la manera en que los individuos y las instituciones perciben los problemas relacionados con ese consumo: según la opinión que tengan de cuáles son sus causas, sus efectos, etc. También influyen grandemente el sistema de valores de esa sociedad y el deseo, a veces angustiado, de conservarlos.

Es evidente que la actitud de un individuo o de una institución es distinta si considera que el toxicómano es un «vicioso» que si piensa que es un enfermo; también es diferente cuando se cree que la causa del consumo es una anomalía psíquica del individuo que cuando se atribuye la culpa a la propia sociedad.

Hay personas que aprecian en primer lugar los efectos positivos (al menos momentáneos) y minimizan los riesgos de la droga. Hay quienes elogian el vino, sus «virtudes» socializantes, de mejora de la capacidad de relación, euforia que a veces acompaña a su consumo, el alejamiento momentáneo de los conflictos desgarradores, etc. Otros miran más adelante y ven deterioro corporal y mental del consumidor, ruptura de la familia, absentismo laboral, costes de la asistencia a los alcohólicos, etc. Naturalmente estos dos grupos de personas tienen opiniones distintas sobre el consumo del alcohol.

En la opinión de una determinada sociedad acerca de una determinada droga influye también la costumbre que se tenga de manejarla, la familiaridad. En nuestra cultura es costumbre beber alcohol, o incluso se asocia éste con la conmemoración de las fechas más entrañables, en las que todo el mundo «toma una copa». En una sociedad en la que rara es la casa en que no hay una botella de vino o de licor, no puede esperarse que se tenga una idea clara de su peligrosidad. En cambio cuando la droga es exótica, procedente de África o del Oriente, llega rodeada de un halo misterioso, amenazador como todo lo desconocido. La sociedad reacciona en estos casos, en los que —realmente— desconoce los efectos a largo plazo que puede tener esa droga, de una manera angustiada, rígida, represiva.

Lucha de una manera ciega contra el consumo de esa droga, y, a veces, su torpeza no consigue más que estimularlo. La sociedad necesita entonces que los educadores sanitarios no la dejen en manos de los medios de comunicación de masas —por lo general sensacionalistas y mal informados— que le ayuden a estimar el problema en sus verdaderas proporciones, a

conocer los factores que intervienen y, en fin, a reaccionar de manera razonada y serena.

Otras veces el consumo de una droga llega como bandera de una contestación contra los valores morales, sociales y políticos de una sociedad. Muchos jóvenes la consumen no por sus efectos farmacológicos, sino como un símbolo de su postura de rechazo de la sociedad y de adhesión a su grupo. En este caso la sociedad reacciona, comprensiblemente, no movida por motivaciones sanitarias, sino más bien con espíritu de grupo y en defensa de los valores amenazados. Muchos adultos creen que se reduciría el consumo extramédico de drogas psicoactivas si los niños aceptasen sin reservas los principios éticos, los sistemas de valores, las tradiciones y la religión de sus mayores. En el consumidor de drogas se ve no ya a un vicioso o a un enfermo, sino a un peligroso agitador, que debe ser raprimado y aislado de una manera u otra. Si comprendemos todas estas cosas, podremos ser más capaces de enfrentarnos con ellas, de ayudar a los consumidores y a los que no lo son.

En general las personas que utilizan drogas solo por indicación médica tienden a incluirse en un grupo («nosotros») por oposición a los consumidores de esas drogas («ellos»). Esta división tiende a fomentar actividades negativas y plantear preguntas sobre lo que «valen» esos sujetos y la medida en que, ellos mismos, son los responsables de su situación. Estas actitudes negativas, dirigidas hacia personas consideradas como «diferentes» o «aparte», pueden fomentar reacciones punitivas con más frecuencia que reacciones neutrales o de ayuda a quien está en dificultades. La rápida extensión del consumo de drogas, que no respeta clases sociales ni considera a ninguna familia como inatacable, va reduciendo esta separación entre «ellos» y «nosotros» y se observa una tendencia al aumento de las actividades, tanto públicas como privadas, que tiene como objetivo ayudar más que castigar. Los cambios de actitud son, comprensiblemente, más rápidos en unos países que en otros, dependiendo de la cultura sanitaria y, en general, humanista y social de cada comunidad.

Actitudes de determinados grupos

El abuso de las drogas preocupa cada vez más a los miembros de aquellas profesiones que intervienen en la prevención de estos problemas (abogados, profesores, policías, jueces, psicólogos, médicos, etc.). Sin embargo las actitudes estereotipadas expuestas más arriba como propias de la sociedad en general son también frecuentes en este grupo. «Algunos médicos y otros profesionales pueden expresar su inquietud de forma negativa u hostil, por ejemplo evitando el contacto directo con las personas que abusan de las drogas, incluso cuando éstas buscan su ayuda».

En cambio «un número excesivo de personas, médicos o no, se han autonombrado especialistas en farmacodependencia sin tener los conocimientos necesarios y suelen hacer declaraciones infundadas sobre los problemas de estas drogas». «Una buena información ayudaría a los miembros de las profesiones antes mencionadas a adoptar formas de proceder

que facilitarían las necesarias actitudes constructivas y concertadas frente a problemas asociados con el empleo extramédico de las drogas.

Estas citas, tomadas del trabajo de un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud, no necesitan comentario. Y son tanto más importantes cuanto que los miembros de las profesiones citadas son, precisamente, quienes habrían de guiar a la comunidad en este terreno.

Adultos y jóvenes:

Tanto los adultos como los jóvenes aceptan, dentro de los límites socioculturales de su sociedad, el consumo de drogas «tradicionales», por ejemplo el alcohol en España.

Por lo general los adultos desaprueban más que los jóvenes el uso de las drogas no tradicionales en su cultura. Cuando un joven consume una droga no tradicional, atemoriza a los adultos y angustia a sus propios padres, quienes tienen la sensación de haber fracasado en la educación del hijo. Otras veces echan la culpa a la sociedad, a su organización, a las deficiencias de sus servicios.

Tipos de reacción de la sociedad:

La primera reacción que hay que reseñar es una muy frecuente: la de abstenerse, no tomar ninguna medida.

Puede ocurrir que haya individuos, o el propio Estado, que obtengan beneficios del abuso de las drogas. Por ejemplo, un Gobierno puede respetar el consumo de alcohol por miedo de aumentar el paro o de disminuir los ingresos públicos.

Por el contrario la sociedad puede oponerse al abuso desalentando al comerciante y al consumidor por medio de reglamentos, impuestos y sanciones. Evidentemente es más frecuente el uso extramédico de drogas capaces de causar dependencia en lugares donde pueden obtenerse fácilmente y a costo relativamente bajo. Sin embargo, los intentos de impedir la venta o la distribución de una droga tiene con frecuencia efectos imprevistos como el aumento del consumo de otras drogas, a veces más peligrosas, o el fomento de grupos marginales delictivos. Esto último es lo que ocurrió en EE. UU. con motivo de la Ley Seca: tuvo lugar el desarrollo del «gangsterismo». Por ello, *antes de imponer modificaciones importantes a las normas o los programas con el objeto de dificultar o facilitar la adquisición de distintas drogas causantes de dependencia deberán considerarse bien todas las consecuencias y la forma de afrontarlas.*

Hablemos de las sanciones. Estas pueden inspirarse en uno o más de los siguientes objetivos: (1) disuadir, (2) corregir (tratamiento), (3) aislar, (4) castigar. Sobre la conveniencia del castigo aplicado por consumir drogas se ha discutido mucho. Los miembros del Grupo de Estudio de la OMS se preguntan: «¿Puede afirmarse que una persona farmacodependiente que ha sufrido sensaciones penales, dejará de volver a usar drogas cuando tenga la oportunidad de hacerlo?» La contestación que se dan es que «con algunas reservas respecto de cada persona, de la droga o drogas que prefiera y de su situación sociocultural, probablemente no».

Y si la persona castigada no aprende, menos ha de esperarse que aprenda quien solamente contempla el castigo de otro.

También es muy difícil aclarar las cuestiones que plantea el tratamiento obligatorio o «corrección» de los sujetos. Los expertos consideran que el internamiento obligatorio no resulta, por sí solo, beneficioso y recomienda que, cuando a un toxicómano se le detenga por haber cometido actos contra la Ley se abra camino en los medios penitenciarios el concepto de farmacodependencia como alteración de la salud, con el fin de facilitar el tratamiento de las personas afectadas.

Siguen diciendo los expertos que no parece que esté indicado el encarcelamiento por la posesión de pequeñas cantidades de drogas causantes de dependencia destinada a uso personal, y debe hacerse todo lo posible por quitar su carácter delictivo —donde lo tenga— al consumo de drogas. A este respecto debemos decir que el consumo no está penado en España.

Por otra parte, es muy conveniente que los consumidores de drogas y el personal asistencial se pongan en contacto voluntariamente, lo cual sería muy difícil de conseguir si se impusiesen sanciones legales contra el consumo. Sobre esta reacción —terapéutica— de la sociedad hablamos en otra parte de nuestra exposición.

Muy importantes son las medidas que puede adoptar una sociedad con el fin de modificar los factores del medio ambiente que pueden tener una relación con el consumo no médico de las drogas: por un lado, reducir las tensiones sociales y económicas, las frustraciones y la falta de oportunidades, y por otro, crear alicientes, alternativas al consumo de las drogas, como pueden ser las organizaciones dedicadas a fomentar diversas actividades tales como el deporte, la música, las actividades artísticas, la política, la religión, etc., etc.

Para finalizar este apartado, debemos subrayar que la sociedad debe evitar las reacciones inmediatas, dictadas por la angustia ante el problema de las drogas. Se debe recordar que el problema es muy antiguo, y que, por desgracia, las múltiples medidas adoptadas en los más diferentes países no han servido, hasta ahora, para reducir el problema a proporciones admisibles. Por ello, hay que pararse a reflexionar antes de obrar a tontas y a locas. Son necesarios nuevos estudios, más detenidos y científicos para:

- a) determinar con la mayor objetividad posible la gravedad y amplitud del problema en los diferentes grupos de población; establecer unos objetivos bien madurados.
- b) evaluar la eficacia de las diversas medidas y métodos empleados.
- c) perfeccionar los medios necesarios para alcanzar los objetivos.

IX. EL PROBLEMA DEL ABUSO DE DROGAS EN ESPAÑA

A partir de 1976 se observa una escalada muy importante de este tipo de problemas. Ya anteriormente las señales de alarma habían sido lo suficientemente importantes como para que en junio de 1974 se crease una Comisión Interministerial para el estudio del problema del alcoholismo y el tráfico y consumo de estupefacientes.

Hasta el momento, los datos existentes provienen de estudios realizados con «muestras» de sujetos, que por su propio origen no son representativos de la población de consumidores y drogodependientes, sino que tienen el sesgo de ser o bien personas que han sido detenidas por la policía por tráfico y tenencia, o bien representan el tipo de personas drogodependientes a quienes sus dificultades les conduce a tratamiento médico. Ultimamente también hay más datos sobre grupos de población escolarizada (E.G.B., B.U.P., Universidad), resultando también datos parciales.

En el año 1974 la Memoria de la Comisión Interministerial llegaba a conclusiones diversas. Entre las que se refieren a *consumidores de drogas legales* se decía:

«Dada la legalidad del consumo que efectúan se carece prácticamente de datos sobre ellos»... «Tanto porque no atraen sobre sí la atención policial, sino también ellos mismos no llegan a considerarse enfermos». Los datos son conocidos por la experiencia clínica.

«Las drogas utilizadas más frecuentemente, son los fármacos generalmente analgésicos que asocian estimulantes y barbitúricos; en segundo lugar los estimulantes aislados y posteriormente tranquilizantes, lasantes, etc.»

«Las cantidades con frecuencia son enormes, y es frecuente que los familiares más próximos tengan conciencia de la drogodependencia existente. La dependencia de analgésicos y barbitúricos se da más frecuentemente en la mujer y la de los estimulantes en el hombre.»

«La iniciación suele producirse en situación de tensión o de agobio psíquico y/o físico, muy frecuentemente en conexión con el trabajo. Se tiene la impresión que la iniciación en estas drogas es más tardía que en otras drogas ilegales, generalmente en la edad media de la vida.»

«La experiencia clínica demuestra la existencia masiva de estos toxicómanos en todos los estratos socioeconómicos.»

«El contagio es realmente importante en lo que se refiere a la transmisión del hábito de consumir sustancias en el ámbito familiar.»

Respecto a las *pautas de consumo ilegal de drogas*, la Memoria de la Comisión Interministerial decía:

«Como se desprende del análisis de las muestras de personas detenidas en toda España en 1974, "las cifras demuestran sobre todo la gran importancia que tiene el grupo de traficantes y asimismo de traficantes-consumidores, que generalmente facilitan su propio consumo induciendo a consumir a otras personas. El tráfico de drogas supone una realidad definida y organizada actualmente".»

«La inmensa mayoría de los consumidores ilegales utilizan generalmente varias drogas. Sobre el frecuentísimo consumo de derivados de cannabis (preferentemente marihuana o griffa o haschish) se suelen añadir algunos alucinógenos y menos frecuentemente cocaína y opiáceos. Entre estas muestras, los consumos fundamentales más importantes son los derivados de cannabis a mucha distancia de las demás, seguida del consumo ilegal en España actualmente, los opiáceos, que antes no existían, han aparecido; conviene hacer notar la enorme rapidez con que cambian y evolucionan esas pautas de consumo hacia drogas más duras.»

«A lo largo de las diferentes edades, no se encuentran diferencias llamativas en cuanto a la preferencia por una u otra droga.»

«La edad en que es mucho más frecuente comenzar a consumir drogas ilegales es de 17 a 21 años, aunque también existen casos con menos de 13 y aún de 10.»

«El origen del consumo está ligado en casi la mitad de los casos con el afán de experiencias y publicidad en el marco de las amistades.»

«Existe un 16 por 100 de consumidores iniciados de alguna forma, en relación con Africa.»

«En general la iniciación es casi siempre de origen ambiental, muy poco frecuentemente psicopatológica o personal.»

«La valoración de la intensidad del consumo pone de manifiesto la importancia del tiempo de consumo en cuanto al aumento de la necesidad de droga y en definitiva a la creación de dependencia. Mientras que las personas que llevan consumiendo droga menos de dos años, lo hacen esporádicamente en sus dos terceras partes e intensamente en un tercio, entre las personas que llevan más de dos años de consumo, el consumo esporádico sólo se da en un 20 por 100 y es habitual e intenso en un 80 por 100.»

Los datos sobre consumidores habituales conocidos, fueron:

«El criterio común que les hace probables dependientes de las drogas figura como la utilización crónica de las mismas desde hace más de dos años. Compuesto el grupo fundamentalmente por varones (86 por 100) y solteros, la edad de iniciación de su consumo se sitúa sobre todo entre los 19 y 21 años y poco menos frecuentemente entre 14 y 18. Destaca la precocidad de iniciación de las mujeres, entre 14 y 16 años.»

«Su consumo fundamental es sobre todo de las diversas preparaciones

de cannabis, aunque en unos pocos casos el consumo fundamental eran las anfetaminas y los barbitúricos y en otros los opiáceos. Sin embargo, destaca llamativamente que prácticamente todos son consumidores habituales de varias drogas, verificando experiencias diversas, sobre todo antes de los 26 años, produciéndose ulteriormente una «fijación» del uso exclusivo de cannabis.»

«La cocaína, poco consumida actualmente, parece estar en expansión. Con frecuencia existen consumidores exclusivos de fármacos que en general simultanean con cannabis... El alcohol es asimismo utilizado con cannabis y estimulantes, sobre todo a partir de los 30 años.»

«Como en los consumidores no adictos, la inmensa mayoría comienza su contacto con la droga en función de experiencias desarrolladas en un grupo social». «El contagio amoroso se verificó en casi la cuarta parte de las mujeres.»

Datos actuales

Desde el final de los años 60, hasta la actualidad, se puede considerar que se han sucedido dos períodos en el desarrollo del problema del abuso de drogas. Un primer período con una etapa de iniciación en el consumo, a nivel colectivo, con una segunda etapa de consolidación de la demanda y un segundo período de farmacodependencias abundantemente establecidas, período en el cual nos encontramos.

— En la etapa de iniciación del primer período, el consumo se promueve y realiza dentro de pequeños grupos, casi siempre de tipo «Hippy» o «contestadores» del sistema. La droga actúa más como elemento integrador o conformador de una subcultura, que por la búsqueda en sí misma de sus efectos farmacológicos. El consumo experimental, episódico, ocasional o sistemático más o menos frecuente es en general de varias drogas, de forma simultánea o alterna, sin que haya todavía auténticas farmacodependencias.

— Cuando se consolida el consumo, la droga pasa a ser un fin en sí misma, a la búsqueda de experiencias nuevas, placer o evasiones. Aumentan los grupos y la capacidad de contagio. El tráfico se generaliza entre los grupos y los pequeños traficantes se «profesionalizan». Aparece el consumo por vía intravenosa; la falsificación y robos de recetas y los robos de farmacias. El consumo de drogas fuertes se generaliza cada vez más.

— En el último período, aumenta el número de farmacodependientes, y de pluritoxicómanos (dependientes de varias drogas a la vez). Se encuentra reiteradamente el consumo por vía intravenosa. La heroína goza de gran predilección. El alcohol y la droga se usan de forma alterna o simultánea. Aparecen las muertes por sobredosis o por accidentes en el consumo, debidos a impurezas del producto (por ejemplo, arsénico y estricnina mezclados en la heroína). Las mujeres se incorporan precozmente al consumo.

Algunos de los siguientes datos (de fuentes policiales) reflejan parte de la situación:

DROGAS APREHENDIDAS

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Cannabis (Kg.) . . .	896	3.518	6.023	6.183	5.474	10.528	6.816
Cocaína (gr.)	11.558	2.810	581	11.527	6.723	22.600	14.950
LSD (dosis)	1.526	1.649	7.624	1.823	1.616	2.367	4.332
Opiáceos (gr.) . . .	785	75	26	333	102	9.677	305
Heroína (gr.)	—	—	—	—	—	—	9.000

DETENIDOS

	1970	1972	1974	1976	1978
Tráfico	198	585	1.243	1.726	4.573
Tenencia	1.050	787	1.489	1.628	4.285
Total	1.249	1.372	2.732	3.354	8.858

DROGAS CONSUMIDAS

	1972	1973	1974	1975	1976-77
	—	—	—	—	—
	%	%	%	%	%
Cannabis	88	96	98	98	99,6
LSD	30	36	43	44	45
Opio-codeína					18
Morfina	3	1	4	2	20
Estupef. sint.					17
Analgésicos pot.		3	8	20	42
Cocaína	5	3	7	10	10
Anfetaminas y anl. . . .	23	19	28	27	27
Barbitúricos y anlo. . . .	9	4	6	15	16
Heroína	2	1	5	12	22

EDAD MEDIA DE INICIACION AL CONSUMO DE DROGAS

1971-1974	24,7 años
1975-1976	17,8 años
1977-1978	15,9 años

EIDADES DE LOS DETENIDOS EN 1978

14 - 15 años	108
16 - 17 años	1.565
19 - 25 años	4.889
26 - 40 años	1.315
Más de 40 años	880

En un estudio reciente, llevado a cabo entre adolescentes y jóvenes cuyas edades estaban comprendidas entre 12 y 24 años, se ha encontrado que han probado alguna vez la droga el 34,6 por 100 de los encuestados y que son consumidores de drogas el 24,3 por 100 de los mismos. La encuesta se ha realizado en 1.596 jóvenes y adolescentes de ambos sexos, 816 varones y 777 mujeres, repartidos por estratos generacionales (de 12, a 14, de 15 a 17, de 18 a 20 y de 21 a 24) y entre las diversas regiones del país, en poblaciones superiores a 10.000 habitantes.

Entre los encuestados que no habían probado ningún tipo de droga, se encontró un 9,6 por 100 que le gustaría hacerlo y un 54,3 por 100 que no piensa hacerlo.

En el grupo de consumidores (24,3 por 100 se encontró:

	%
Consumidores ocasionales	6
Consumidores habituales sin dependencia	11,2
Consumidores habituales con dependencia	6,6
Consumidores habituales con dependencia profunda	0,6

Es muy importante el descenso experimentado en la edad de iniciación del consumo y de establecimiento de la dependencia. El grupo de mayor riesgo es por ello la adolescencia. La droga ha penetrado en la escuela.

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Antes de los 12 años	2,9	1	2,1
12 a 15 años	29,7	24,6	27,9
16 a 20 años	53,1	63,8	57,0
En la «mili»	8,9		
22 a 24 años	5,4	10,6	7,4

SUSTANCIAS CONSUMIDAS LA PRIMERA VEZ

	%		%
Haschish	75,1	LSD	0,0
Marihuana	15,4	Anfetaminas	3,1
Griffa	3,9	Opiáceos	0,6
Cocaína	1,4	Barbitúricos	0,4

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

	Total población encuestada	Porcentaje sobre consumidores
	— %	— %
Ocasionalmente	17,2	70,4
Habitualmente	6,6	27,0
Periódicamente	0,6	2,6
	24,4	

Datos sobre estudio de 187 consumidores habituales (1979):

En cuanto a la frecuencia del consumo de los que son habituales se puede decir que prácticamente la totalidad de los que consumen drogas «duras» en primer lugar, lo hacen a diario. La mayoría de los que consumen habitualmente drogas «blandas» en primer lugar, lo hacen diariamente o varios días a la semana (89 por 100).

Tipos de drogas usadas en este grupo:

Se preguntó por los tres productos utilizados preferentemente. El primer lugar lo alcanzó el haschis (69,7 por 100), el segundo la marihuana (37,6 por 100), el tercero «alguna droga mezclada con alcohol» (22,1 por 100), seguido muy de cerca por las anfetaminas (20,2 por 100). Un 11,8 por 100 consume droga «dura» en primer lugar.

El 83,7 por 100 consume por lo menos dos productos y el 58,4 por 100 consume por lo menos tres diferentes.

Hay que señalar el aumento del consumo de drogas duras, mucho más peligroso.

No obstante sigue siendo necesario advertir, sobre la cautela con que deben ser vistos los datos y cifras, ya que se trata de «muestras».

El panorama real del abuso de drogas en España es muy difícil de conocer, por la propia naturaleza del fenómeno, se trata además de comportamientos que varían muy rápidamente.

La importancia del problema radica tanto en el tipo de sustancias utilizadas, como en las actitudes y hábitos de los consumidores y en los de la colectividad. Una vez más señalamos la interrelación droga-individuo-medio ambiente, poniendo el acento en la consideración del problema, en cada uno de sus elementos, según las situaciones.

La difusión del problema del abuso de las drogas y la precocidad en las edades de comienzo del mismo, justifican todos los esfuerzos que hay que realizar para mejorar el conocimiento del mismo, y que ello permita sentar las bases de actuaciones preventivas eficaces.



X. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA EN ESPAÑA. HABITOS Y PAUTAS DE CONSUMO

Una vez más es necesario señalar que si bien estamos, hasta ahora, hablando en conjunto de consumo de «drogas» o de sustancias capaces de engendrar farmacodependencia, este uso, y sobre todo la interrelación individuo-droga-medio ambiente, es bien diferente, según el tipo de sustancia de que se trate.

Para pasar a describir un panorama del estado actual de la situación en nuestro país vamos ahora a considerar el tipo de consumos, atendiendo no a las características «farmacológicas» de las diversas drogas, sino del punto de vista de la forma de accesibilidad al producto, y de la consideración social de los mismos.

Así, desde el primer punto señalado se puede tratar de productos a los que se accede legalmente, tal es el caso de las bebidas alcohólicas y de ciertas sustancias psicotrópicas (que tienen acción sobre las funciones psíquicas), que son accesibles en forma de medicamentos, en venta legal igualmente.

Así, también desde ese punto de vista, se encuentran productos que no son legales. Por otra parte, las sustancias psicotrópicas legales y las ilegales pueden tener un uso médico; es decir, por razones terapéuticas, y un uso no médico, utilizándolas como automedicación o por otras razones.

Alcohol. Bebidas alcohólicas

España es un país tradicionalmente productor de vino; pertenece a los países mediterráneos en los que los fundamentos de la economía agraria están basados en la vid, el olivo y los cítricos.

Dentro de los países europeos es el tercer productor de bebidas alcohólicas, fundamentalmente vino, si bien en los últimos años la producción de cerveza, de bebidas destiladas (aguardiente y licores en general) ha aumentado mucho.

El papel que juega en la economía este sector es importante, en cuanto al volumen y valor de producción como al trabajo que genera. Asimismo, la red comercial es muy importante.

Al tiempo de ser el tercer productor es el tercer consumidor de bebidas alcohólicas. Ocupan los cuatro primeros lugares en cuanto a producción y consumo de bebidas alcohólicas Francia, Italia, España y Portugal.

La mayor parte del consumo global es a base de vino, aunque el consumo de bebidas destiladas representa un 25 por 100 del total de alcohol absoluto consumido.

El consumo per cápita anual se suele expresar en litros de cada tipo genérico de bebida (vino, cerveza, licores) o en litros de alcohol absoluto.

El alcohol puro o alcohol absoluto se obtiene según el contenido en alcohol de cada tipo de bebida; una cantidad dada de la misma equivale a una cantidad x de alcohol puro o alcohol absoluto, según su graduación alcohólica.

En los últimos años, 1975, 76, 77, el consumo anual per cápita de alcohol absoluto es de 14 litros. Francia se sitúa en 17 litros, y es el primer país productor y consumidor. En 1962, el consumo per cápita era de 9,23 litros, y en 1972, de 11,8 litros.

El consumo ha aumentado del 1968-1970 al 1975-1976 un 17,6 por 100.

El aumento entre 1962-1972 fue del 28 por 100. Entre 1975-1978 parece estabilizado.

La importancia del consumo per cápita en una colectividad o en un país es que guarda una estrecha relación con las consecuencias negativas del alcohol o los problemas ligados al alcohol.

Así, cuando este es mayor aumenta el número de enfermos alcohólicos, el número de bebedores excesivos de grandes cantidades, con alto riesgo de ser alcohólicos; el número de accidentes de tráfico, laborales y de otros tipos debidos al alcohol; las conductas violentas de diversas clases y, en general, las consecuencias negativas para la salud, la familia, el trabajo, la sociedad y la economía.

Pautas de consumo o hábitos de consumo

El hombre ha adoptado el uso de bebidas alcohólicas por su doble naturaleza de producto alimentario y por sus efectos embriagantes. Las bebidas alcohólicas forman parte de la dieta alimentaria, de los hábitos de alimentación, especialmente de nuestra cultura vitivinícola, pero también como facilitantes de las relaciones sociales e interpersonales, como droga de relación. Actualmente, también y cada vez más, se usan buscando exclusivamente sus efectos embriagantes, su acción sobre el cerebro, de forma intensa y rápida.

Las bebidas que forman parte de los hábitos de alimentación son las fermentadas: el vino, la sidra, la cerveza. Las bebidas destiladas y licores quedan reservados para otras ocasiones.

Aproximadamente, el 20 por 100 de la población son abstinentes. La proporción de abstinentes es mayor entre los más jóvenes y entre las mujeres. Sin embargo cada vez los jóvenes y las mujeres, antes más

apartados de su uso, beben en mayor número y más frecuente y abundantemente.

El vino es la bebida más consumida, sobre todo por los hombres; en general, diariamente en las comidas, aunque también fuera de éstas.

Los licores no se beben con esa frecuencia, pero también entre hombres y en estratos sociales extremos se bebe diariamente.

Los hombres comienzan a beber más jóvenes y también se embriagan frecuentemente. Es frecuente encontrar personas que lo hacen prácticamente todos los fines de semana: un 2 por 100 de varones y 1 por 100 de mujeres dicen hacerlo así.

El aprendizaje precoz del hábito de beber por parte de los niños en el seno de la familia es lo más común. Su uso basado en los pretendidos efectos benéficos del alcohol para el crecimiento y desarrollo de los niños es una creencia generalizada: vigoriza, abre el apetito, hace sangre, etc.

El número de bebedores excesivo y de bebedores alcohólicos en nuestro país es alto.

En 1970 se calcula que había unas 5.350 personas por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años, cuyo consumo diario de alcohol absoluto era superior a 150 c.c., lo que representaba 1.315.565 alcohólicos y/o probables alcohólicos. (Esta cantidad de alcohol absoluto es el límite superior generalmente admitido, a partir del cual el bebedor puede ser considerado como probable alcohólico).

Se admite a través de distintos cálculos y estudios que la cifra mínima de alcohólicos es de unos 850.000, la cifra de personas bebedoras excesivas en riesgo de llegar a serlo es de 1.700.000. Otros estudios darían la cifra de unos 200.000 alcohólicos, lo que se referiría a los casos más graves o avanzados.

Estas cifras de alcoholismo están repartidas desigualmente entre la población. En primer lugar, aproximadamente el 80 por 100 de los alcohólicos, son varones. La proporción hombres-mujeres alcohólicos varía según las regiones y las zonas con mayor densidad de alcoholismo, llegando en algunas zonas a la proporción de una mujer por cada tres hombres.

- El alcoholismo en la mujer aumenta rápidamente, más que en el hombre.
- Igualmente, entre los jóvenes el alcoholismo aumenta rápidamente.
- El alcoholismo es mayor en las zonas norte y nor-este del país, en las grandes ciudades, en las zonas de alta densidad turística.
- También es más intenso en la población activa, en ciertas profesiones y ramas de actividad.
- El alcoholismo se da en todos los estratos sociales, en ambos sexos y en diversos grupos de edad.

La forma de alcoholismo más común es de origen ambiental; aproximadamente, el 50 por 100 de los alcohólicos varones aprenden a serlo en virtud del ambiente alcohólico general, de la presión social a beber; otro contingente importante fundamenta su alcoholismo en factores personales de psicopatología subyacente.

Las mujeres, en sus dos terceras partes, establecen su alcoholismo

con intervención de factores de personalidad psicopatológicos más o menos importantes. Dado el predominio de varones, el alcoholismo en España tiene una fuerte base ambiental.

La forma más frecuente de alcoholismo en España está caracterizada por la existencia de: tolerancia aumentada para el alcohol, metabolismo adaptado al mismo, signos de abstinencia, incapacidad de abstenirse del mismo y pérdida del control de la ingestión. Esta forma aparece en el 70 por 100 de los alcohólicos varones y es la más frecuente en la mujer.

Las consecuencias del alcoholismo son diversas y graves, y son de naturaleza física, mental y social

El alcohol origina daños en diversos tejidos del organismo. Una de las consecuencias más conocida es la cirrosis hepática. Como mínimo, el 50 por 100 de las muertes por cirrosis hepática tienen origen alcohólico. El número de muertes por cirrosis hepática está aumentando progresivamente desde los años 50: en 1950 fueron 2.805, y en 1975 fueron 7.970; en 1950 representaban el 0,93 por 100 del total de muertes, y en 1975, el 26 por 100 de las mismas.

No sólo se trata de la cirrosis hepática; las consecuencias físicas del alcoholismo son varias, unas son efecto tóxico directo del alcohol sobre el organismo y otras resultan de la disminución de resistencias del mismo, que le llevan a estar más expuesto a contraer enfermedades, como infecciones, etc...

El alcohol irrita el estómago y produce gastritis alcohólica; el alcohólico pierde el apetito y tiene náuseas y vómitos, evita las grasas y las carnes, lo que conduce a desequilibrios nutritivos. El funcionamiento del hígado se altera y se producen hepatitis, hígado graso y la cirrosis ya señalada.

La irritación de las vías digestivas por el alcohol contribuyen al desarrollo de cánceres en estos órganos, sobre todo esófago y estómago. También es muy grave y relativamente frecuente la afectación del páncreas.

Produce también alteraciones cardio-vasculares porque afecta al músculo cardíaco y a los vasos sanguíneos.

Puede dar lugar a enfermedades de los músculos y de la sangre (anemias), de las glándulas endocrinas (impotencia, frigidez, esterilidad). Son muy frecuentes las avitaminosis.

También se producen afectaciones de los nervios periféricos, sobre todo en los miembros inferiores, son las llamadas polineuritis alcohólicas; la neuritis del nervio óptico, con trastornos de la visión, también se da.

Las consecuencias para la salud mental son muy importantes, desde las frecuentes y constantes alteraciones del carácter hasta los cuadros de psicosis alcohólicas, delirium tremens y demencias alcohólicas. Actualmente un 40 por 100 de los ingresos en los hospitales psiquiátricos se deben al alcoholismo.

Los accidentes de tráfico, laborales y otros debido al alcohol, en los que hay muertes y heridos, son importantes. Al menos 1/3 de las muertes

en accidentes de tráfico son atribuidos al alcohol, esto representó en 1974 1.583 muertes.

El alcohol, asimismo, interviene en numerosas conductas violentas y delictivas, desde las agresiones y riñas hasta los homicidios y las auto-agresiones y suicidios.

Consecuencias sociales, familiares, laborales, económicas y sociales:

También es importante señalar, por su frecuencia y trascendencia, las complicaciones en la esfera social del individuo alcohólico, sobre todo en el área familiar, laboral y relacional.

El malestar y trastornos físicos y psíquicos mantienen al alcohólico en equilibrio inestable con su medio ambiente. El absentismo laboral es muy frecuente, son abundantes las bajas por enfermedades benignas, a las que son propensos. La capacidad laboral se resiente progresivamente y el rotacionismo laboral y la disminución, y hasta pérdida de cualificación profesional son frecuentes.

Las relaciones familiares se ven muy afectadas y pueden evolucionar hacia un deterioro más o menos profundo. Los reproches, discusiones, las agresiones y los celos forman parte de la vida cotidiana. No son raras las separaciones conyugales y la dispersión de la familia. Este clima familiar es el menos adecuado para el desarrollo y educación de los hijos, donde se les ofrece modelos de conducta y actitudes inadecuadas para su futuro desenvolvimiento como adultos.

El alcoholismo de la mujer embarazada conlleva el riesgo de afectación directa del feto. El alcoholismo es responsable de abortos, partos prematuros, niños inmaduros, malformaciones y subnormalidad.

La trascendencia de estas situaciones para la economía son graves. Los costes directos e indirectos del alcoholismo son muy elevados.

Hasta la fecha, existe una amplia tolerancia social hacia el uso y abuso de bebidas alcohólicas, fundamentado en razones de orden histórico, vigentes en la actualidad económico-culturales. Las actitudes de la sociedad son positivas hacia el alcohol, valorándose sus funciones digestivas y de droga de relación, socializante. Existe una cierta percepción del abuso colectivo, aunque en general se tiende a infravalorar el abuso en las situaciones concretas.

Por otra parte, el margen de tolerancia social hacia el «alcohólico» es bajo, tendiéndose a percibirlo antes como una conducta desviada, atribuyéndole la consideración moral de «vicio», que la consideración de enfermo. Tales hechos tienden en la práctica a resultar marginantes y segregadores. En la actualidad, cada vez con más fuerza, se abre paso la percepción y consideración del alcohólico como enfermo, que precisa ayuda y tratamiento.

El alcoholismo es una enfermedad de naturaleza médico-social, y como tal debe ser considerada, no tanto en su tratamiento y rehabilitación como en su prevención.

XI. SOBRE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE LAS DROGAS

I. El abuso de las drogas representa un problema grave porque puede producir alteraciones de la salud (trastornos físicos, mentales y sociales) y, a veces, la muerte. Pero como todo asunto sanitario es un problema social que trasciende el campo puramente médico, de tal manera que para enfocarlo, especialmente en sus aspectos preventivos, no sólo son muchos los profesionales que están implicados, sino que es un tema que afecta a toda la comunidad.

Por otra parte, todo problema de salud debe plantearse enfocando, en primer lugar, la posibilidad de mantenerla e incluso incrementarla y, en segundo término, su pérdida como fracaso de los esfuerzos por conservarla, lo que supone la aplicación de los conceptos básicos de salud pública introducidos en la práctica con tanta utilidad hace más de un siglo, los cuales incluyen: 1) poner el acento sobre la prevención primaria más que sobre el tratamiento y la rehabilitación; 2) ponerlo también sobre la comunidad total más que sobre el individuo aislado, y 3) reconocer que el progreso se obtiene trabajando con y a través de las organizaciones de la comunidad, es decir, que las sociedades están organizadas, y que esta organización es una fuerza poderosa al servicio de los intentos de mejorar el bienestar emocional de la colectividad.

La prevención primaria puede llevarse a cabo de dos maneras, que se complementan: a) la mejora (promoción) de la salud de las personas no enfermas, para hacerlas más resistentes; b) la protección específica contra los agentes productores de enfermedad.

La prevención secundaria tiene como objetivo disminuir el número de enfermos en una comunidad mediante el diagnóstico y tratamiento precoces de las enfermedades que aparecen a pesar de los esfuerzos de prevención primaria.

La prevención terciaria engloba las medidas encaminadas a disminuir la gravedad de las secuelas o consecuencias que dejan tras de sí las enfermedades o que son debidas a las condiciones en que ha tenido que vivir el enfermo durante su enfermedad (por ejemplo, los viejos hospitales psiquiátricos producían un deterioro mental y social en el sujeto, con independencia de la enfermedad que había aconsejado su ingreso).

Esto, que está bastante aceptado en el campo de la salud física, no resulta siempre claro en el de la salud mental. Así, por ejemplo, actual-

mente no conocemos muchas de las causas específicas de ciertas enfermedades mentales graves, pero sí conocemos factores que pueden influir positiva o negativamente en la salud mental. Si en el campo de la nutrición, por ejemplo, nos hemos familiarizado con la necesidad de aportar al organismo los alimentos adecuados, las vitaminas, las calorías, es decir, todo lo necesario para satisfacer las necesidades corporales y para apoyar y promover el crecimiento y desarrollo; en el campo de lo mental hay unas necesidades psíquicas, físicas y sociales que deben ser satisfechas para proteger y promocionar la salud. El conocimiento de estas «vitaminas» psíquicas no es nuevo, aunque sí lo sería su aplicación. El amor, la ternura, el afecto son esenciales para el desarrollo de un niño. Los adultos y las personas ancianas tienen también necesidades emocionales que hay que satisfacer si se quiere mantener una buena salud mental.

Sistematizando estas aportaciones necesarias para el desarrollo mental podemos clasificarlas en tres grandes grupos:

1. El primero comprende las aportaciones biológicas: la herencia biológica, el alimento, el cobijo, la estimulación sensorial, las oportunidades de ejercicio, la protección de los daños corporales y, sobre todo, cerebrales.

2. El segundo comprende las aportaciones psicosociales: estimulación del desarrollo cognitivo y afectivo del niño mediante la interacción de éste con otras personas de su entorno. Intercambio de amor y afecto y participación en las tareas comunes.

3. El tercer grupo es el de las necesidades socioculturales, que incluyen aquellas influencias sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad, que son ejercidas por los valores y costumbres de la cultura (o subcultura) y por la estructura social. Si una persona nace en un grupo privilegiado en una sociedad estable tendrá buenas oportunidades para un desarrollo saludable. Si, por el contrario, pertenece a un grupo social desventajosamente situado, puede encontrar bloqueado su progreso y verse privado de oportunidades.

No es necesario decir que los tres tipos de factores no se excluyen ni se dan por separado; coinciden en el mismo caso y se influyen entre sí.

II. Como en otros campos de la salud, el niño es la persona más importante en las actividades preventivas. Los padres, los maestros, los sacerdotes, todas las personas, en fin, que se relacionan con él han de preocuparse por su desarrollo mental y deben ser informados acerca de las necesidades ya mencionadas. Deben saber cómo proporcionarle las oportunidades adecuadas para un desarrollo emocional saludable y deben prever las reacciones críticas que pueden presentarse cuando el niño sufre una sobrecarga excesiva al tiempo que la satisfacción de sus necesidades emocionales es insuficiente.

Debemos preocuparnos de que el niño sea educado en un sistema que proporcione oportunidades especiales para aquellos con necesidades especiales, así como guía y tratamiento para los que son incapaces de adaptarse a las oportunidades que se les dan.

Al pedir servicios especializados para ciertos niños —y adultos— se nos acusa de pedir demasiado. Sin embargo, si la salud es algo tan valioso

como se vocea, no podemos pedir menos. Esperemos que algún día la protección y promoción de la salud sean tan importantes para la comunidad y sus líderes como otras actividades que reciben cuantiosas ayudas.

III. Entrando ya en el terreno de las medidas que deben ser tomadas para la prevención del abuso de las drogas, debemos avisar, en primer lugar, contra los programas demasiado ambiciosos. Los objetivos deben ser accesibles y concretos y los esfuerzos por alcanzarlos deben ser evaluados.

Mencionaremos las primeras las medidas de *control legal* de la distribución de ciertas drogas. Aquí se incluyen las leyes y las medidas policiales encaminadas a hacerlas cumplir. Todo esto es muy importante porque la facilidad para encontrar una droga es un factor muy importante en su consumo y cuanto más se usa una droga más casos hay de dependencia. Un ejemplo lo encontramos en el alcohol: la liberalidad con que se usa no hace disminuir el número de alcohólicos; en realidad, se observa una tendencia ascendente de la frecuencia de esta enfermedad.

En segundo lugar, hay que considerar la importancia de la *prescripción médica* de drogas legales, utilizadas en la terapéutica. En la actualidad la comunidad debería apoyar a estos profesionales para que pudieran trabajar en ausencia de factores (masificación de enfermos, prisa) que condicionan hoy su actividad. De esta forma podrían llevar a cabo una función de educación sanitaria —además de terapéutica— tan necesaria si queremos que la comunidad abandone sus hábitos consumistas, también presentes en este terreno. Recordemos siempre que no sólo deben preocuparnos las drogas ilegales.

En cuanto a la *educación*, lo primero que hay que subrayar es que no se trata de proporcionar, simplemente, información, aunque ésta sea necesaria. Las medidas educativas deben dirigirse a hacer cambiar las actitudes de la comunidad, no sólo hacia el uso de drogas capaces de causar dependencia, sino hacia el uso de toda clase de drogas.

Hay grupos de población que se encuentran en situación de «riesgo», como por ejemplo los niños, los jóvenes, los miembros de profesiones que les obligan al contacto con las drogas, las personas en crisis. En los intentos de ayuda a estos grupos son necesarias técnicas avanzadas. Entre estos grupos se encuentran, sobre todo, las personas con tendencias delictivas y sociopáticas en las que ya han fracasado los esfuerzos normales de educación. Muchos de ellos saben más sobre las drogas que la mayoría de los educadores, y las técnicas que se limitan a informar e intentar asustar con esa información no dan ningún resultado. Hay que recordar que hay tipos psicológicos a los que atraen los riesgos: esto es muy frecuente en pandillas, en las que el líder o el que aspira a serlo debe mostrarse «frío» y «duro».

Hay que estudiar la forma de que la *experiencia escolar* pueda ser usada como influencia correctora de tendencias indeseadas. Los maestros que se enfrentan con este problema necesitan una información especial y la colaboración de otros profesionales, entre ellos los sanitarios, siempre que sean unos especialistas en el tema. La lucha contra el abuso de las drogas es un terreno bastante resbaladizo; por lo que debe advertirse

contra las pretensiones de ciertos «aficionados» de distintas profesiones.

La necesidad de una educación preventiva se ha puesto de manifiesto en los últimos años, en los que los jóvenes se han visto sometidos a un bombardeo intensivo de noticias sobre la droga, muchas de ellas equívocas y potencialmente dañinas.

En cuanto a los esfuerzos para influir en la *comunidad* son tanto más importantes por el problema que plantean los niños y jóvenes que exhiben conductas desviadas, muchas veces con abuso de las drogas. Se acepta que los niños procedentes de familias rotas, inarmónicas, hiperautoritarias o permisivas, niños y jóvenes que abandonan sus estudios o van de fracaso en fracaso en las escuelas y universidades representan también grupos de «alto riesgo». También los niños con una falta de satisfacción de sus necesidades emocionales («hambrientos de afecto») y aquellos otros cuya inteligencia superior, sensibilidad o talentos especiales no han obtenido reconocimiento, y que acaban mostrando una conducta desviada. Los mecanismos psicológicos y sociales pueden variar, pero es muy probable que tales círculos viciosos hubieran podido romperse si la comunidad local hubiera tenido recursos para satisfacer las necesidades de estos grupos.

Por ello debe ser considerado una responsabilidad de las autoridades sanitarias, educativas y sociales locales de una comunidad el llevar a cabo una promoción de los esfuerzos para hacer frente a estos problemas.

Para terminar, recordemos a todos los adultos que quieran ocuparse de estas tareas la necesidad de un diálogo abierto y sincero con los jóvenes, para contrarrestar la tendencia —presente en ambos grupos— a simplificar y etiquetar las actitudes como propias del «Establishment» o «anti-Establishment».

XII. SUGERENCIAS DEL PAPEL DE LA EDUCACION EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE LA DROGA

Sobre este tema la doctora Helen Nowlis, directora del Office of Drug Education (U.S. Office of Education of Washington), se hace las siguientes preguntas (*): ¿Hay que enseñar o no? ¿Qué es lo que hay que enseñar? ¿Cómo se debe enseñar? ¿Cuándo hay que enseñar? ¿Quién debe enseñar? ¿Cómo hay que evaluar los resultados de lo que hay que enseñar y cómo hay que enseñar? Podemos estar seguros —dice— que sobre las contestaciones a estas preguntas no llegaremos a un acuerdo final y nuestros intentos se caracterizarán por la controversia y las pasiones.

En su exposición, Nowlis llega hasta el punto importante de si el problema son las drogas o las personas. Si el problema son las drogas es relativamente poco lo que podemos hacer. Podríamos intentar poner las drogas fuera del alcance de la población promulgando y aplicando leyes destinadas a reducir su disponibilidad y a disuadir su uso mediante severos castigos a los usuarios. Podemos difundir información sobre los peligros que encierra el uso de ciertas drogas, dando por supuesto que el hombre es racional y que no incurrirá en una conducta peligrosa. Podremos declarar que el uso de la droga es incompatible con el bienestar personal y el bien común, suponiendo que ambos sean compatibles entre sí. Sin embargo, parece que estas medidas no han sido demasiado eficaces si se tiene en cuenta un notable aumento de los que usan y abusan de la droga. Con excesiva frecuencia, la reducción de la disponibilidad de una droga se traduce en un desplazamiento hacia otra o hacia el alcohol omnipresente.

Si dejamos de preocuparnos exclusivamente de las drogas y de sus posibles efectos y pasamos a inquietarnos del uso y abuso de la droga como comportamiento humano complejo, complicaremos nuestra tarea, pero aumentaremos nuestras opciones y nuestra fuerza. Cuando todo nos impulsa a buscar una simple relación de causa a efecto, no resulta fácil adoptar la posición de que todo comportamiento humano es complejo y está determinado por múltiples causas de que no existe una simple relación de causa a efecto, de que la conducta humana ocurre siempre

(*) «Drogas, alienaciones y educación». UNESCO, 1973.

en un contexto cultural y que, con frecuencia, este contexto es el factor más importante que determina la aparición o no de una conducta determinada y la forma concreta que reviste. Sin embargo, obrando de esta suerte adquiriremos un arsenal de poderosos instrumentos. Tenemos a nuestra disposición años de investigación sobre el crecimiento y desarrollo, el aprendizaje, la motivación, la comunicación y la persuasión, el papel de la cultura para dar un significado y una función a la conducta y, finalmente, la sociología de los comportamientos desviados. El abuso de la droga ocupa su lugar entre otras conductas desviadas o destructivas, sin que se pueda equiparar unas con otras.

Durante muchos años hemos respondido al uso ilegal de las drogas, promulgando leyes cada vez más rigurosas contra la venta y posesión de estas drogas. Esto, en la práctica, vulneraba una de las principales leyes del aprendizaje. El castigo, para ser eficaz, debe ir acompañado de un cierto grado de certeza o frecuencia y ser inmediatamente consecutivo al comportamiento punible. El castigo es un recurso poderoso, pero sólo si se aplica en condiciones bien especificadas. Por esto y por otras razones relacionadas con valores superiores este recurso no es apropiado.

La etapa siguiente fue recurrir a la educación, que se equiparó a la información sobre los riesgos que presentan las drogas. La campaña fue (en EE.UU.) intensiva y extensa. Se distribuyeron folletos por cientos de miles, los anuncios y los documentos de T.V. cruzaron las ondas, se produjeron y se proyectaron profusamente documentales y películas. Se reservaron películas con meses de anterioridad para proyectarlas ante grupos de padres y niños, pero el uso de la droga siguió su curso. Hasta se sospecha que registró un cierto incremento. ¿Por qué? La opinión de Nowlis es que atrajo excesiva atención hacia el fenómeno; la información que impartía no era creíble, al menos para los que habían experimentado o conocían a alguno de los consumidores; suscitaba efectos de consecuencias mucho mayores que el solo uso de la droga, y no hacía distinción alguna entre diferentes grupos receptores. En otras palabras, vulneraba todo lo que conocemos desde la investigación sobre comunicación y persuasión hasta los principios farmacológicos y psicológicos fundamentales.

La medida siguiente consistió en adaptar mejor la información a la realidad farmacológica y psicológica. Pero se tropezó con un obstáculo. El nuevo método, que ofrecía mayor credibilidad, contradecía la información anterior y provocó una reacción contraria en los jóvenes y en la sociedad en general. La información sobre los peligros de ciertas drogas se había utilizado durante mucho tiempo, primordialmente, en apoyo o en oposición a ciertas actitudes jurídicas, sociales y morales. Poner en duda dicha información equivalía a poner en tela de juicio la posición jurídica, social o moral. De esta manera, si alguien trataba de hacer más verosímil y, por consiguiente, más eficaz la información, era acusado de fomentar el uso de la droga. Las informaciones contradictorias se enfrentaban entre sí como dos ejércitos en un campo de batalla. Se juzgaba a la munición por su función estratégica, más que por su validez científica o experimental. Dudar del terreno que cada cual pisaba constituía una traición. Y con todo,

el uso o el abuso de la droga seguía manteniéndose. Se continuó reuniendo a personas de características parecidas en grupos más o menos numerosos, desde las clases o asambleas escolares hasta públicos de T.V. de amplitud nacional, presentándoles películas, dibujos, folletos, conferencias a cargo de autoridades en la materia, desde médicos hasta antiguos toxicómanos, sin tener en cuenta la índole, la modalidad o la amplitud de su consumo de drogas, o si ese consumo tenía algún significado o había alguna influencia personal o social. Para los que no utilizan la droga y probablemente nunca la utilizarán ... el programa típico de información refuerza su ya firme resolución. Pero para otros que aman la aventura y el riesgo, cuyos objetivos y valores no son tradicionales o son vacilantes, que creen que tienen poco que perder y mucho que ganar, este mismo programa puede estimular en ellos, por lo menos, la experimentación con la droga. Esto se ve apoyado por los estudios de Blumer sobre adolescentes y de Feldman sobre bandas callejeras de Nueva York y de Boston.

Son tantos los problemas de este tipo que se plantearon que el gobierno de los EE. UU. y una gran parte del sector privado han considerado seriamente la necesidad de una moratoria en la producción de todos los materiales informativos mientras son evaluados los resultados que se poseen. Se piensa que la primera medida para resolver un problema consiste en enunciar con toda claridad en qué consiste el problema, en función tanto de objetivos asequibles como evaluables.

Nowlis señala los siguientes objetivos de la educación preventiva:

— La preocupación principal de los educadores, ya se trate de padres, profesores, responsables de los movimientos juveniles, etc., debe ser la salud física y mental y la felicidad de los jóvenes y de los adultos que les son confiados o a quienes se dirigen.

— En materia de educación preventiva y en el plano internacional conviene, por una parte, no limitarse a declaraciones teóricas sobre la educación y la sociedad, que no son de gran utilidad práctica porque muchos de los factores que evocan no dependen de los educadores y, por otra, no entrar en indicaciones detalladas sobre el contenido de los programas de enseñanza, que no pueden ser seguidos por los educadores en el contexto de los muy diferentes sistemas de educación de los diversos países.

— En EE. UU., en el plano nacional, conviene proponer soluciones nuevas y atrevidas. Aunque no sean aceptadas en su integridad, contribuirán a hacer progresar la educación preventiva. En vez de ofrecer programas de enseñanza precisos sobre «las drogas» es preferible establecer líneas orientadoras para el uso de los educadores, indicándoles las fuentes de información donde podrán obtener los datos precisos que necesitan.

— La sobrecarga de los programas actuales de enseñanza no deberá ser obstáculo para una educación preventiva, pues ésta no debe sumarse a las diversas disciplinas que ya se enseñan, sino integrarse en ellas.

— Tanto los padres como los educadores necesitan una información detallada, porque una educación preventiva no puede basarse en la ignorancia de cierto número de hechos relacionados con las drogas. En efecto, con raras excepciones, los que utilizan las drogas lo hacen cons-

cientemente, pero no siempre saben con claridad cuáles pueden ser las consecuencias de dicho uso.

— Se ha comprobado que, so pena de fracaso, los programas de educación no deben introducirse antes de que la colectividad esté dispuesta a afrontarlos. Educadores formados especialmente mediante seminarios o reuniones de información han tropezado con la hostilidad de la comunidad cuando ésta no ha participado en el examen del problema o no está de acuerdo sobre la actitud que debe adoptarse, ni sobre los medios que convendrían utilizar para prevenir el abuso de las drogas. Por eso ha resultado más eficaz preparar primero a la colectividad y asociarla a todas las etapas de la acción.

— Se ha podido comprobar que una acción de conjunto sobre el medio ambiente llevada a cabo, por ejemplo, por organizaciones no gubernamentales permite, en ciertos casos, mejorar la atmósfera de la escuela. Se ha aumentado así la eficacia de los programas aplicados por el personal docente. En cambio, no han tenido éxito los intentos de intervención directa en el marco escolar por organizaciones que le son extrañas.

XIII. PROGRAMAS EDUCATIVOS

Introducción

¿Cuáles son los principales tipos de programas en el campo de la educación sobre los problemas de las drogas? ¿Cuál ha sido su éxito en lo que se refiere a la disminución de la incidencia del uso de las drogas entre los estudiantes? En un intento de contestar a estas preguntas Barret (*) ha revisado la literatura, encontrando que casi todos los esfuerzos que se han llevado a cabo en los EE. UU. pueden ser incluidos en una de las cuatro categorías siguientes:

1. Programas de información general:

Estos programas pertenecientes a la primera época se proponían, principalmente, proporcionar información sobre los efectos negativos del abuso de las drogas a poblaciones de gran tamaño, para permitir a los individuos tomar decisiones informadas en lo que se refiere al uso y abuso de las drogas. Se proporcionaba enseñanza sobre los aspectos médicos de la dependencia y se formaban grupos de discusión que trataban de las implicaciones legales, políticas, éticas, morales y religiosas del abuso de las drogas. Se intentaba asustar a los oyentes en un intento de disminuir el consumo. Se organizaban programas para directores, maestros, psicólogos escolares, etc. Se enviaban al personal de la escuela boletines de información. Se entregaban folletos a los maestros conteniendo consejos acerca de cómo podían diagnosticar el abuso de las drogas en los estudiantes de sus clases. La premisa básica era la de que cuando se conocían hechos concretos se cambiaba de actitud hacia la droga.

2. Programas de información basados en la comunidad:

Se basaban en la idea de que el abuso de las drogas es una manifestación de malas costumbres sanitarias de la comunidad, de actitudes y hábitos «impropios» en lo que concierne a cuestiones de salud. Se pensaba que lo que era necesario para la prevención era que los estudiantes se diesen cuenta de los buenos efectos que tendrían en ellos mismos unas costumbres sanitarias buenas, de las que también se beneficiarían sus familias, la comunidad y la sociedad en general. Estos programas adjudicaban a la escuela la responsabilidad de crear un clima conducente a una buena salud mental y social. Se esperaba que la escuela diese

(*) «Health Education Guide». 1974.

oportunidad a los estudiantes de plantear preguntas, encontrar respuestas y llegar a principios sólidos y juicios de valor acerca de materias tales como la sexualidad humana, las enfermedades venéreas, el abuso del alcohol, de las drogas y el tabaco, etc. Se pensaba que los estudiantes desarrollarían un sentido de responsabilidad personal y social, al darse cuenta de que las malas costumbres podrían reducir sus posibilidades de éxito en la vida.

3. Programas de formación en procesos de grupo para directores y maestros:

Este tipo de programas representaba un intento de mejorar la capacidad de los participantes para relacionarse con los demás, al aumentar su comprensión del propio rol y del rol del estudiante. También intentaban ocuparse de los sentimientos y motivaciones de los directores y maestros. Un objetivo de estos programas era crear una mayor apertura en las interacciones director-maestro-estudiante. Otro objetivo era asignar más responsabilidad a los estudiantes en su aprendizaje y en su maduración personal, con la esperanza de que sentirían que tenían una mayor importancia en el sistema y en su propio desarrollo. La idea era que, una conducta desviada, como el abuso de las drogas, se reduciría como consecuencia de todo ello.

Los maestros y los directores se reunían en pequeños grupos para discutir problemas relacionados con el abuso de las drogas, problemas de conducta personal y de su impacto sobre los demás en el sistema educativo. Se experimentaba con nuevas formas de conducta. Estos programas de dinámica de grupo representaron uno de los primeros intentos para tratar de una forma efectiva más que cognitiva el problema del abuso de las drogas.

4. Programas de enfoque psicosocial:

Este cuarto tipo de programas refleja claramente un cambio con respecto a los anteriores, que trataban de las manifestaciones abiertas de un problema social. Los programas de esta categoría intentan poner al descubierto factores «causales» subyacentes, identificar factores ambientales asociados con el abuso de las drogas, descubrir factores psicosociales, como por ejemplo, carencia de cohesión familiar, presiones del grupo, crisis de identidad en la adolescencia, rechazo de la autoridad, alienación, falta de contacto entre adultos y niños, etc.

Estos programas intentan considerar la «persona total» en la educación sobre las drogas. Critican los programas basados primordialmente en el uso de información biológica y farmacológica y pretenden que éstos ignoren las motivaciones psicológicas y sociales que se encuentran bajo la conducta del toxicómano. Sostienen que es necesario un cambio desde la simple información al compromiso activo de los participantes en la solución de sus problemas. Afirman que para alcanzar a la persona en su totalidad es vital la comunicación y que debe crearse una atmósfera en la cual las ideas puedan comunicarse libre y francamente con tolerancia y sin recriminación. Pretenden que el objetivo de los programas de prevención debe ser conducir a cada participantes, a través de un proceso de autorealización, hasta que sea capaz de funcionar a pleno rendimiento,

interiormente dirigido y con armonía entre sus creencias y acciones. Subrayan la importancia del fenómeno de la conformidad y de las presiones del grupo y hacen hincapié en que parte de la autorización es atreverse a ser diferente y mantener una honestidad interna, aunque todo ello no asegure la popularidad y la aprobación de los padres. En una palabra, estos programas intentan el desarrollo de las dimensiones social, emocional y espiritual del individuo.

Una estrategia usada en estos programas es la de formar a los jóvenes, que forman después grupos dentro de la escuela, que a su vez organizan programas de educación. Otro objetivo es formar a los jóvenes en dinámica de grupo y técnicas de comunicación, de manera que participen con otros estudiantes de nivel afectivo semejante.

Resultados:

¿Qué impacto han tenido estos programas en la reducción del abuso de las drogas? Los funcionarios del National Coordinating Council on Drug y del U.S. Office of Education han llegado a la conclusión, después de participar en ellos, que el efecto ha sido pequeño o nulo. El director ejecutivo del primero de estos organismos ha afirmado: «Mucho de ello (programas de prevención del abuso de las drogas) ha sido inexacto desde el punto de vista científico, conceptualmente inadecuado y promovido siguiendo ideas no válidas».

Barrett lleva a cabo un análisis de los métodos fracasados con el fin de extraer alguna enseñanza. Señala que, en primer lugar, la mayoría de los programas han enfocado su atención sobre síntomas, más bien que sobre los factores fundamentales que predisponen a los individuos al consumo de drogas. Quienes creen que basta la información ignoran completamente la importancia de factores, tales como las tensiones y conflictos a que se ven expuestos los adolescentes en sus relaciones sociales y que pueden empujarles al uso de las drogas. También ignoran el impacto de un ambiente escolar hostil que puede hacer que un muchacho se incline hacia las drogas en un intento de adaptación.

En segundo lugar, dichos programas se han basado generalmente en modelos extremadamente simplistas. No han tenido en cuenta el hecho sociológico de que hay múltiples fuerzas sociales, a menudo en conflicto entre sí, que operan simultáneamente sobre los muchachos; los programas llevados a cabo en las escuelas que ignoran, por ejemplo, la influencia de la familia, tendrán poca probabilidad de alcanzar sus objetivos.

En tercer lugar, han funcionado sobre la base altamente cuestionable de que el ambiente, tanto en la escuela como en la comunidad, puede ser ignorado. Dedicaron poca atención al hecho de que las escuelas varían grandemente según los estudiantes tengan confianza en sus maestros y en los educadores de salud o no la tengan, según sea la composición de la comunidad y según cuáles sean sus valores. También descuidaron la consideración de los sentimientos de los estudiantes hacia los programas escolares. No tuvieron en cuenta el grado de conocimiento de los estudiantes en lo que se refiere a las drogas, su uso y abuso; creer que el mismo

programa tendrá efectos similares cuando es utilizado en ambientes escolares y comunitarios que son muy diferentes es equivocado.

En cuarto lugar, no se ha prestado atención a la necesidad de desarrollar programas diferentes para poblaciones escolares con diferentes tipos de necesidades sociales y psicológicas. Pensar, por ejemplo, que un programa que es apropiado para las escuelas céntricas de las grandes ciudades será efectivo también para comunidades rurales o suburbanas es otra equivocación. También hay que atender al hecho de que un mismo sistema escolar contiene subculturas dentro de la población estudiantil y que un programa efectivo contra las drogas puede necesitar desarrollos y estrategias diferentes si se quiere influenciar a esos grupos distintos.

En quinto lugar ha habido programas que han tenido en cuenta la necesidad de proporcionar un medio en el que los estudiantes pueden hablar libre y abiertamente de sus miedos y tensiones. Pero no se han estudiado las fuerzas que los engendran.

Finalmente, pocos programas se han dado cuenta de la importancia de la evaluación y en la necesidad de tenerla en cuenta en la fase de planificación del programa, es decir, *antes* de empezar a desarrollarlo.

XIV. CONCLUSIONES

1. Aunque el uso de sustancias psicoactivas se remonta probablemente a la prehistoria, últimamente está adquiriendo unas características alarmantes por el hecho de que las drogas desbordan sus límites geográficos tradicionales y se difunden en culturas en las cuales resultan exóticas y por ello más amenazadoras. Otro motivo de preocupación es que afectan a todos los grupos sociales con el consiguiente aumento de casos juveniles y aún infantiles, y un mayor uso de vías de absorción (como la venosa), que producen un grave riesgo de dependencia de la droga.

2. La dependencia de las drogas tiene efectos negativos sobre la persona desde el punto de vista corporal, mental, familiar, laboral y social.

3. Para comprender la naturaleza de la farmacodependencia hay que conocer la acción farmacológica entre la droga y el organismo y la interacción entre el individuo y el ambiente.

4. Los adultos utilizan, sobre todo, drogas aceptadas e incluso estimuladas por la sociedad, como el alcohol y el tabaco. Los jóvenes tienden a utilizar drogas no aceptadas por la sociedad. Sin embargo, la aceptación de las pautas de consumo de alcohol y tabaco se hacen en la infancia, por lo que la prevención debe comenzar en esta época de la vida, para todo tipo de drogas.

5. Los valores socioculturales de la sociedad en general, de la colectividad, de la familia y de los grupos de compañeros influyen en las ideas acerca de las causas y las consecuencias del uso extramédico de las drogas causantes de dependencia. Por ello la acción preventiva debe extenderse a toda la comunidad.

6. Dentro de la prevención primaria la información no es suficiente, pero es imprescindible. Debe ser lo más exacta posible con el fin de que pueda contrarrestar los efectos de los datos inexactos o equívocos que, con frecuencia, son suministrados a la comunidad por individuos o medios inexpertos o sensacionalistas. Lo mejor es presentar la información a pequeños grupos que discutan el problema.

7. El castigo no es eficaz como método de disuasión.

8. En el terreno de la prevención primaria puede y debe intervenir el educador, siempre que lo haga correctamente. No sólo debe estar informado, sino, sobre todo, formado. Ha de saber encontrar la respuesta más adecuada al contexto en que se mueve, aprovechando la experiencia obtenida en otras situaciones y circunstancias.

9. La educación sobre drogas debe empezar ya en el hogar, en la edad preescolar y seguir durante las etapas posteriores de la vida en la escuela, en el trabajo y en la Universidad. La educación sobre el problema de la dependencia no debe separarse del contexto de la educación sanitaria en general, y de las actividades de salud mental en particular.

10. Hay que subrayar que no han tenido éxito los intentos de intervención directa que en el marco escolar han llevado a cabo organizaciones que le son extrañas.

11. El problema de la dependencia de las drogas afecta a toda la sociedad. El esfuerzo debe ser, pues, coordinado, con participación de la familia, la escuela y la comunidad.

12. Si queremos una educación sanitaria eficaz es imprescindible la evaluación previa y, con posterioridad, la evaluación de cada etapa cumplida, a fin de comprobar si la planificación y la ejecución logran los fines propuestos. Estos fines deben quedar perfectamente claros y ser asequibles y realistas.



*Servicio de Publicaciones
del Ministerio de Educación y Ciencia*