ENERO 1982 - 5 francos franceses (España : 100 pesetas)

El Correo de la unesco



El mosaico de la droga



Foto Ernst Hahn © Rietbergmuseum, Zurich

TESOROS DEL ARTE MUNDIAL

169

El Salvador

Retrato maya de un hongo

Esta figura de piedra en forma de hongo (33,5 cm de altura) data de una época que puede situarse entre 300 a.C. y 200 d.C. En las zonas de América Central donde floreció la antigua cultura maya se han descubierto hasta 200 ejemplares de este tipo. Son seguramente representaciones de hongos, pero su significado ritual nos es desconocido. De todos modos, dan fe del uso de los hongos alucinógenos por los mayas. Las plantas y hongos dotados de ese poder desempeñaban un papel importante en los ritos religiosos de varias civilizaciones antiguas: gracias a sus efectos sorprendentes sobre las funciones psíquicas y físicas cada fiel podía entrar en contacto con el mundo de los espíritus. Estas substancias, cuyas propiedades están siendo estudiadas hoy científicamente, son todavía objeto de horror y de veneración entre una serie de pueblos que conservan sus viejas tradiciones y formas de vida.

El Correo de la unesco

Una ventana abierta al mundo

ENERO 1982 AÑO XXXV

PUBLICADO EN 25 IDIOMAS

Español	Italiano	Turco	Esloveno
Inglés	Hindi	Urdu	Macedonio
Francés	Tamul	Catalán	Servio-croata
Ruso	Hebreo	Malayo	Chino
Alemán	Persa	Coreano	
Arabe	Portugués	Swahili	
Japonés	Neerlandés	Croata-servio	

Se publica también trimestralmente en braille, en español, inglés y francés

Publicación mensual de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)

Tarifas de suscripción :
un año : 48 francos (España : 1.000 pesetas)
dos años : 84 francos.
Tapas para 11 números : 36 francos.

Los artículos y fotografías que no llevan el signo © (copyright) pueden reproducirse siempre que se haga constar "De EL CORREO DE LA UNESCO", el número del que han sido tomados y el nombre del autor. Deberán enviarse a EL CORREO tres ejemplares de la revista o periódico que los publique. Las fotografías reproducibles serán facilitadas por la Redacción a quien las solicite por escrito. Los artículos firmados no expresan forzosamente la opinión de la Unesco ni de la Redacción de la revista. En cambio, los títulos y los pies de fotos son de la incumbencia exclusiva de esta última.

Redacción y distribución :
Unesco, place de Fontenoy, 75700 París

Jefe de redacción :
Jean Gaudin

Subjefe de redacción :
Olga Rödel

Secretaria de redacción :
Gillian Whitcomb

Redactores principales :
Español : Francisco Fernández-Santos (París)
Francés :
Inglés : Howard Brabyn (París)
Ruso :
Arabe : Sayed Osman (Paris)
Alemán : Werner Merkli (Berna)
Japonés : Kazuo Akao (Tokio)
Italiano : Mario Guidotti (Roma)
Hindi : Krishna Gopal (Delhi)
Tamul : M. Mohammed Mustafa (Madrás)
Hebreo : Alexander Broïdo (Tel-Aviv)
Persa : Samad Nurinejad (Teherán)
Portugués : Benedicto Silva (Río de Janeiro)
Neerlandés : Paul Morren (Amberes)
Turco : Mefra Ilgazer (Estambul)
Urdu : Hakim Mohammed Said (Karachi)
Catalán : Joan Carreras i Martí (Barcelona)
Malayo : Bahador Shah (Kuala Lumpur)
Coreano : Lee Kwang-Young (Seúl)
Swahili : Domino Rutayebesibwa (Dar es-Salam)
Croata-servio, esloveno, macedonio y servio-croata : Punisa A. Pavlovich (Belgrado)
Chino : Shen Guofen (Pekín)
Braille : Frederick H. Potter (París)

Redactores adjuntos :
Español : Jorge Enrique Adoum
Francés :
Inglés : Roy Malkin

Documentación : Christiane Boucher
Ilustración : Ariane Bailey
Composición gráfica : Philippe Gentil

La correspondencia debe dirigirse al director de la revista.

páginas

4 **LA EDUCACION ANTE EL ROMPECABEZAS DE LA DROGA**
Una encuesta de la Unesco

10 **UN ENFOQUE MAS EQUILIBRADO DE LA TOXICOMANIA**
por Griffith Edwards

12 **LOS CUATRO PUNTOS CARDINALES DE LA DROGA**
El problema en nueve regiones diferentes

19 **EL PAPEL DE LA OMS**

20 **CAMINOS DE LIBERACION**

25 **EL ABC DE LAS DROGAS**
Los estupefacientes sometidos a control internacional

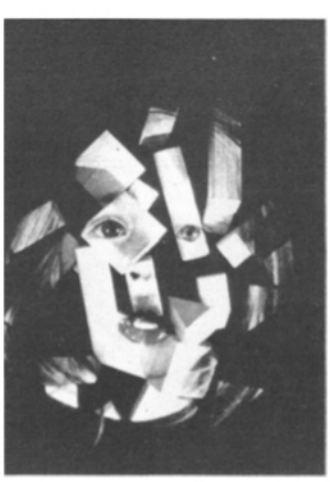
30 **CUIDADO CON LOS MEDICAMENTOS**

32 **ESA DROGA LLAMADA TABACO**
por Martin Raw

33 **UN PROBLEMA EN CONSTANTE EVOLUCION**
por Griffith Edwards y Awni Arif

2 **TESOROS DEL ARTE MUNDIAL**
EL SALVADOR: Retrato maya de un hongo

Nº 1 - 1982 - OPI - 81 - 3 383 S
ISSN 0304 - 310 X



NUESTRA PORTADA

Hoy se empieza a ver cada vez más claramente que el problema de la droga es un verdadero mosaico de situaciones diversas; no hay pues un remedio universal para todos los casos y cada sociedad debe abordar la cuestión en una forma adecuada a su propia individualidad, sin que ello obste a que todos los países puedan aprender de la experiencia ajena. Esperamos que con este número, que examina el problema de la droga en las distintas partes del mundo y las variadas formas de educación y de tratamiento según los países y las culturas, *El Correo de la Unesco* podrá contribuir útilmente a dar a conocer esa experiencia.

Fotomontaje © Peter Angelo Simon, Nueva York



Foto Richardson © R.G. Wasson, Cambridge

Farmacodependencia : ***Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco ; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por una privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.***

Organización Mundial de la Salud



Foto Lawrence Schiller © Len Sirman Press, Ginebra

Desde hace más de diez años la Unesco viene participando activamente en los esfuerzos conjuntos que las Naciones Unidas auspician para hacer frente a los problemas de la droga. La Unesco se ha empeñado en este período en desarrollar, tanto dentro como fuera de las escuelas, formas de educación acerca del problema del consumo de drogas, incluyendo el alcohol. Esas actividades van dirigidas tanto a los jóvenes como a los adultos. La Unesco también se ha preocupado de estimular las investigaciones sobre estos problemas y de facilitar la divulgación de sus resultados.

Para la coordinación de las diversas acciones e iniciativas relacionadas con los problemas de la droga, las Naciones Unidas han creado la Comisión de Estupefacientes. La División de Estupefacientes de las Naciones Unidas y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) son los organismos que se ocupan especialmente, dentro del sistema de las Naciones Unidas, de la reglamentación y control de la producción de drogas y de su tráfico. El Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, creado en 1972, contribuye al financiamiento de las actividades de los diversos organismos de aquellas relacionados con los estupefacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) centra sus esfuerzos en las investigaciones epidemiológicas, biológicas y médicas y en las relativas a los tratamientos adecuados para los drogadictos. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) promueve programas con vistas a la erradicación del cultivo de aquellas plantas que sirven de base para la producción de droga y a su sustitución por otros productos agrícolas rentables. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) contribuye a la formación profesional y la rehabilitación de los ex drogadictos.

En el texto aquí incluido presentamos los resultados de un estudio de la Unesco sobre las últimas tendencias en materia de toxicomanía y educación preventiva en veinte países industrializados. Los demás artículos de este número, enteramente dedicado al problema de las drogas, son un estudio de las Naciones Unidas sobre las diversas drogas sometidas a control internacional (pág. 25) y una serie de textos basados en un importante y reciente estudio de la OMS sobre los problemas de la droga en su contexto sociocultural. Dichos textos, que aparecen en las páginas 13, 20, 30, 32 y 33, han sido adaptados para *El Correo de la Unesco* por el profesor Griffith Edwards, responsable, junto con Awni Arif, del estudio de la OMS. El artículo de introducción de la página 10 ha sido escrito especialmente para nuestra revista por el profesor Edwards.

La educación ante el rompecabezas de la droga

Una encuesta de la Unesco

NO hace todavía mucho tiempo se subestimaba la importancia de la educación como modo de prevenir el abuso de las drogas. Se confiaba más en otros medios, tales como el control legal y la represión del tráfico. Pero, tras la guerra, la transformación del propio fenómeno hizo que, aunque tarde, se comprendiera la necesidad de movilizar también el sistema de educación para solventar el problema. De este modo empezó a desarrollarse la educación preventiva.

Ha pasado ya mucho tiempo desde que se intentó por primera vez concebir una solución educativa seria al problema de la droga. Gracias a un conocimiento más minucioso del consumo de drogas en los países industrialmente desarrollados y a una cierta experiencia adquirida mediante diversos ensayos en materia de educación, ha sido posible consolidar las bases y las técnicas de la educación preventiva. Es indudable que esta evolución va a continuar ya que, si bien se han logrado ciertos progresos, quedan todavía muchos problemas pendientes.

En lo tocante a la finalidad esencial de la educación preventiva, parece evidente que en un buen número de países se ha producido un cambio, lo cual ha repercutido fuertemente en los enfoques, los programas y los métodos. Antes, el objetivo consistía a menudo en prevenir o en reducir al mínimo todo tipo de consumo de drogas que no tuviera carácter médico. Para ello se partía esencialmente de la exhortación a no consumir drogas, que sigue siendo todavía la finalidad declarada en un buen número de casos. Pero la experiencia parece demostrar actualmente que esa finalidad resulta utópica, especialmente en las sociedades que aceptan el consumo prácticamente sin trabas del alcohol y del tabaco.

Entre los especialistas parece predominar la idea de que se puede conseguir mucho fijando unos objetivos más fáciles de alcanzar. En el informe del Canadá se dice, por ejemplo: "A la larga, hay que estudiar y establecer unos objetivos realistas. Puede ocurrir que la eliminación del consumo de drogas resulte imposible; pero cabe mejorar la capacidad del individuo para organizar su propio consumo y para tomar decisiones razonables, basadas en un conocimiento concreto de los efectos del consumo de drogas". Lo mismo dice, con otras palabras, el autor del informe del Reino Unido: "Partiendo de los datos disponibles gracias a las evaluaciones realizadas en todo el mundo, puede decirse que no existe un método conocido de educación sobre la droga que permita reducir el consumo... La disminución de la demanda no es una base adecuada para tal educación. En vez de ello, esa educación debe procurar minimizar los resultados negativos del consumo de drogas y suprimir la crítica innecesaria: la educación sobre la droga debe procurar sobre todo promover unas modalidades relativamente inocuas de consumo de drogas".

Es prácticamente imposible que una formulación sobre la educación preventiva tenga una anuencia universal, y las citas anteriores no son, en modo alguno, una excepción. Sin embargo, parece que en varios puntos fundamentales existe un acuerdo bastante amplio, aunque quizá no unanimidad.

Uno de estos puntos es la importancia de la información. En una fase anterior, los datos sobre las drogas y sus efectos constituían el núcleo, incluso la totalidad, de muchos programas de enseñanza. Este criterio se basaba en el supuesto de que tales conocimientos bastaban para impedir que los jóvenes ensayaran o consumieran indebidamente drogas. Por consiguiente, la atención se centraba en las substancias, y a menudo se presentaban las consecuencias de su consumo de un modo que apuntaba a escandalizar o a asustar y, por consiguiente, a disuadir.

Hoy en día, ya no se tiene la misma confianza en este sistema. "La información, concebida como un fin en sí misma, puede acarrear más daños que beneficios", se advierte en el informe de Yugoslavia. Un juicio similar se formula en el informe de España, según el cual la información facilitada puede despertar la curiosidad de los jóvenes e incluso justificar a su juicio el consumo de drogas, al presentarlo como algo antisocial y como una forma de impugnación de la generación anterior y de su sistema de valores. En Noruega, un estudio sobre la actitud del personal docente puso de manifiesto que, en su opinión, la información constituye por sí sola una base muy precaria para las decisiones individuales en materia de consumo de drogas. En el informe de Australia se dice: "Se considera que a la información le incumbe un papel esencial para alcanzar los objetivos de la educación sobre la droga, pero por sí sola no basta para modificar las ac-

titudes y el comportamiento". En la inmensa mayoría de los demás informes se expresan opiniones parecidas.

Y, sin embargo, el debate sobre la información no está en modo alguno cerrado. "No tememos que la información dada a unos 'inocentes' despierte la curiosidad y, por consiguiente, promueva la inclinación a ensayar la droga entre los jóvenes", dice el informe de Dinamarca. Y un proyecto de investigación del Canadá ha dado, en relación con los efectos del enfoque basado en la información, unos resultados que pueden hacer vacilar a sus críticos. En todo caso, hoy en día suele rechazarse la táctica de emplear la información sobre la droga para suscitar un sentimiento de temor, normalmente por la razón de que puede contribuir a que la droga atraiga a los elementos más propensos a la autodestrucción en los grupos más expuestos a tal peligro.

EL enfoque basado en la información ha cedido en gran parte el paso a otro distinto. En los informes, considerados en su conjunto, se advierte claramente la tendencia a adoptar un sistema que, aun reservando un cierto lugar a la información, trate el conocimiento únicamente como uno de los muchos elementos de la educación preventiva. El criterio de dar una información centrada en las distintas substancias queda cada vez más subsumido en lo que en algunos informes se califica de "educación afectiva". Esta educación tiene carácter totalizador: apunta a la totalidad de la personalidad individual, y no simplemente a su vertiente intelectual y cognoscitiva. Como se dijo en Finlandia en 1963 en relación con la educación sobre el alcoholismo, la finalidad consiste en crear una "personalidad física y psicológicamente sana". Como tal, no solamente es de interés para los estudiantes más expuestos sino también para todos.

El enfoque afectivo se refiere a los individuos en su ambiente sociocultural específico y a la interacción de la personalidad y de los sistemas de valores en la toma de decisiones con respecto al consumo de drogas. "Nuestros estudios han puesto de manifiesto la excepcional importancia que reviste el que los maestros y profesores utilicen el enfoque *centrado en la situación*", dice el informe de Dinamarca.

Aunque el enfoque afectivo forma ya parte de muchos programas, la educación preventiva a la antigua usanza persiste paralelamente a él o conjuntamente con él. Por ejemplo, en el informe del Reino Unido se señala que, si bien los proyectos nacionales de planes de estudios suelen tener una base teórica y unos principios que favorecen el enfoque afectivo, sus materiales recurren también al sistema basado en el suministro de una información centrada en las distintas substancias. El informe añade que, en la clase, esta combinación tiende a plasmarse en un debate centrado en las substancias, porque tanto los profesores como los alumnos se sienten muy interesados por el tema de la droga y sus efectos. Los planes de estudios más recientes no se aplican rigurosamente. Como dice el autor, "la confusión en el plano normativo se está reproduciendo en las aulas".

El enfoque afectivo requiere la adopción de unas técnicas y unos métodos pedagógicos que estimulen el interés de los estudiantes y los movilicen como copartícipes activos en la experiencia educativa. La tendencia a la utilización de tales métodos es idéntica a la que domina en la enseñanza en general. Estos métodos, que a menudo reciben el nombre de "activos", han demostrado ser especialmente útiles en las disciplinas temáticas —por ejemplo, la educación cívica y moral—, uno de cuyos objetivos consiste en la formación de actitudes y pautas de comportamiento.

Parece ya ampliamente reconocida la necesidad de utilizar métodos semejantes. Unos cuantos ejemplos servirán para ilustrarlo. En las instrucciones finlandesas sobre la educación sanitaria contra el alcoholismo (que comprende la educación preventiva) se dice lo siguiente: "La instrucción teórica no basta por sí sola... La enseñanza se halla asociada a la experiencia cotidiana de los niños... Se aplican métodos de trabajo centrados en el alumno" (informe de Finlandia). Un ejemplo de estos métodos centrados en el alumno nos viene de Suecia, país en el cual el estudio se lleva a cabo a menudo en pequeños grupos y es organizado en gran parte por los propios alumnos. El plan de estudios descrito en el informe empieza con un debate suscitado por una película o alguna otra cosa, continúa con el estudio por todos los alumnos de un programa escolar común, combinado con el trabajo en grupo e individual, y concluye con los informes que presentan los estudiantes y con un debate general. Destacando la importancia del diálogo, el informe de Bélgica subraya la importancia de que los alumnos expliquen el modo que tienen de percibir y de vivir el problema. En una nota de Australia sobre los principios por los que se rige su programa nacional de educación sobre la droga, al enumerar los métodos docentes, se mencionan los debates generales, los juegos educativos, los debates en grupo y el trabajo en comité, entre otros métodos activos.

En diversos informes o en los documentos que los acompañan, se alude a los ejercicios de dilucidación de valores, interpretación de papeles, resolución de problemas y adopción de decisiones, que han pasado a ser técnicas básicas de la educación afectiva en este campo. La dilucidación de valores, que consiste en elegir entre las diversas posibilidades, después de tomar en consideración las consecuencias de cada una de ellas, contribuye a la formación de unas actitudes sobre la droga que ayuden al individuo a tomar decisiones útiles para él mismo y para los demás. Así, las técnicas se centran a menudo en situaciones que implican una elección, en el sentido de aceptar o no oportunidades concretas de probar o consumir drogas. La interpretación de papeles ayuda a los estudiantes a entender las situaciones problemáticas o los conflictos de valores mediante una experiencia simulada y a comprender a las personas que viven en situaciones muy diferentes de la suya propia. La adopción de decisiones, que suele centrarse en problemas y conflictos individuales, y la resolución de éstos, que versa normalmente sobre problemas colectivos, implican cuatro fases esenciales: definición del problema o conflicto, enumeración de las distintas posibilidades o de los distintos modos de resolverlo, análisis de las consecuencias de cada una de esas soluciones, y elección de la que resulte más satisfactoria para el individuo o el grupo.

Gran parte de lo que acabamos de decir sobre los objetivos, los enfoques y los métodos se aplica a la vez a la educación escolar y a la extraescolar. En esta última, la finalidad no consiste ahora tanto en evitar el consumo no médico de drogas como en fomentar unas actitudes y pautas de comportamiento que reduzcan al mínimo los daños derivados de dicho consumo —es decir, lo que en un informe se califica de "enfoque basado en la reducción de los accidentes"—, para lo cual se emplean cada vez más métodos activos como los que acaban de describirse.

En cuanto a los materiales educativos, los recursos de los países examinados oscilan entre una pobreza relativa y una multitud de posibilidades entre las cuales resulta difícil elegir. Pero prácticamente en todos ellos han aumentado en los últimos años las existencias de materiales de buena calidad.

Además de la información que figura en los libros de texto y en los cursos que sirven de vehículo para la educación sobre la droga, un número creciente de países están publicando, para su uso en la educación escolar, medios didácticos auxiliares: folletos ilustrados, cuadernos de trabajo y guías de debate para los estudiantes; carteles, películas, cintas de video y gráficos para su uso en las aulas; y guías, manuales y juegos de documentos destinados a los profesores, que contienen todos los elementos esenciales para una o más lecciones.

EL volumen de materiales concebidos principalmente para su uso fuera de los centros docentes está aumentando también en la inmensa mayoría de los países. Entre los que se mencionan en los informes cabe citar los siguientes: folletos informativos, artículos y anuncios en la prensa, revistas, carteles, pegatinas, y anuncios y programas de radio y televisión. Aunque algunos de ellos van destinados a grupos concretos, la inmensa mayoría han sido concebidos para el público en general. Alegando que son más perniciosos que positivos, ciertos especialistas han puesto en tela de juicio la conveniencia de divulgar indistintamente ciertos tipos de información sobre la droga entre la población en general. Según los criterios de este método, lo que se requiere es una información y unos materiales adaptados a las características y a los requisitos de cada grupo y que sean distribuidos de un modo selectivo.

Actualmente se están difundiendo materiales de este tipo en muchos países, para una amplia gama de grupos concretos: niños, jóvenes, padres, trabajadores, personas de edad, distintos grupos profesionales, etc. Merece especial mención a este respecto la atención preferente que se presta en muchos países a los materiales relativos al

alcohol y al tabaco, debido a que estas substancias constituyen la causa de sus problemas más graves y más generalizados en materia de drogas.

Entre el gran número de ejemplos que figuran en los informes cabe citar el siguiente porque ilustra no solamente el principio de producción de materiales destinados a un grupo concreto sino además la utilización de un método interesante y no demasiado costoso. En Finlandia, el monopolio estatal de bebidas alcohólicas Alko organiza un vasto programa de información destinado a los consumidores de alcohol. Así, distribuye distintos tipos de materiales, mediante los cauces apropiados (establecimientos de venta al detalle de bebidas alcohólicas, restaurantes, organizaciones deportivas, escuelas de conducir, etc.), a grupos concretos. Se trata de restringir el consumo de carácter nocivo y de modificar las actitudes que fomentan un consumo excesivo de alcohol. La posición que se adopta en esos materiales se basa en las cuatro proposiciones siguientes: el mejor modo de evitar los problemas es la abstinencia; el hecho de beber intensamente durante mucho tiempo es siempre pernicioso; incluso en pequeñas cantidades, beber puede ser peligroso en ciertas situaciones; el alcohol puede tener también efectos positivos.

En algunos países se han publicado directrices generales para su uso en la preparación de los materiales. Citemos otro ejemplo ilustrativo, escogido en razón de las circunstancias insólitas de las cuales surgieron tales directrices. A fines del decenio de 1960, se planteó en los Estados Unidos un problema probablemente único en su género, consistente en la existencia de un exceso de materiales. En aquel momento, según la documentación enviada por ese país, "hizo su aparición una importante industria que giraba en torno a una sola actividad primaria, a saber, producir y difundir materiales informativos relativos a los peligros del consumo de drogas. Según una estimación moderada, en 1972 este negocio de información sobre la droga representaba una cifra de 100 millones de dólares al año. En última instancia, el aluvión de información —y de información errónea— resultó ser una causa de preocupación".

Según un análisis de los materiales existentes en 1971, la inmensa mayoría de ellos eran inadecuados o poco idóneos. De ahí que el Gobierno Federal impusiera una moratoria a la producción de materiales informativos sobre la droga sufragados con fondos generales. Más tarde, se suspendió esa moratoria al publicarse nuevas directrices.

Estas directrices presuponían la identificación de los destinatarios y el ensayo previo de los materiales. Quedaban excluidos los mensajes en los cuales el principal elemento de disuasión era el temor o en los que se explicaba el modo de consumir las drogas. Las directrices recomendaban también los temas generales que convenía promover.

Según los países, varían mucho los sistemas de educación preventiva en los programas escolares. En un extremo está el sistema en virtud del cual esa educación forma parte obligatoria del plan de estudios oficial; en el otro, no existe disposición alguna al respecto y la iniciativa corre en gran parte a cargo de los distintos maestros y profesores. En ciertos casos se trata principalmente de una actividad extraescolar. Los siguientes ejemplos son bastante representativos de las diferencias al respecto.

Finlandia. El Consejo Nacional de Educación promulgó ya a principios de siglo unas instrucciones relativas a la enseñanza sobre el alcoholismo en los planes de enseñanza primaria y secundaria. En 1967 se incorporó esa enseñanza al nivel primario (del quinto al octavo cursos), en el marco de una disciplina llamada educación cívica. En la enseñanza secundaria forma parte del programa de higiene y biología, y también se dispensa alguna enseñanza en otras disciplinas. El programa entraña de dos a seis lecciones al año.

Suecia. Con arreglo al plan de estudios aprobado en 1967, la enseñanza sobre el alcohol, los narcóticos y el tabaco es obligatoria en todos los grados de la enseñanza. Se dispensa en el marco de varias disciplinas, según las instrucciones formuladas por el Consejo Nacional de Educación.

Dinamarca. Todos los centros docentes deben dispensar obligatoriamente una educación preventiva del sexto al décimo curso. Esta enseñanza queda integrada en disciplinas como la biología, las ciencias sociales y la educación física.

Noruega. La educación preventiva es un tema obligatorio de estudio en los planes escolares para los alumnos de 10 a 16 años de edad. No se fija un número específico de horas.

Grecia. La educación preventiva se halla integrada en diferentes disciplinas en el primero, segundo y tercer cursos de la enseñanza secundaria.

Italia. Se dispensa educación preventiva en el marco de la educación sanitaria, que se considera como una parte integrante del proceso de educación en su conjunto y como una misión que incumbe a todos los maestros y profesores. Se encomienda explícitamente esta misión a los profesores de ciencias naturales y de química de la enseñanza secundaria.

República Federal de Alemania. La educación preventiva figura en todos los planes de estudios de todos los *Länder*. Normalmente, esta instrucción se repite a partir del séptimo año de estudios (alumnos de 13 años de edad). Los nuevos planes de estudios para todos los cursos que está preparando actualmente el Centro Federal de Educación Sanitaria quedarán terminados en los próximos años.

Yugoslavia. En los programas de educación preventiva se incluye la enseñanza de diversas disciplinas obligatorias y facultativas, charlas de carácter social a cargo de organizaciones como la Cruz Roja y debates en los clubes escolares. En cuanto a la enseñanza, cabe citar el ejemplo de Servia, donde los elementos de la educación preventiva se incluyen en la disciplina "Naturaleza y sociedad" en los cursos I a IV y en la de biología en el VIII.

Australia. En la inmensa mayoría de los Estados se autorizan los programas de educación preventiva en los centros docentes, pero normalmente la decisión al respecto corre a cargo del director de cada centro.

Checoslovaquia. La enseñanza sobre el alcohol y los problemas conexos figura esporádicamente en los programas escolares, y en todos los cursos hay textos sobre los peligros del tabaco. La enseñanza sobre otras drogas se lleva a cabo por conducto de proyectos extraescolares.

Francia. La educación preventiva no forma parte de los planes de estudios. Se dispensa información a los alumnos que lo solicitan, en particular en los clubes de "Vida y salud" que existen en muchos centros docentes y que no se ocupan solamente de este tema sino también de otros problemas que preocupan a los jóvenes (por ejemplo, el medio ambiente y la sexualidad).

En los informes no se propugna el establecimiento de una disciplina específica e identificable en relación con los problemas de la droga. En lugar de ello, como indican los ejemplos antes citados, la educación preventiva encaja en otras disciplinas, las más de las veces en la de educación sanitaria e higiene; a continuación, por orden de importancia, cabe citar la biología, y la educación cívica y los estudios sociales. Otras disciplinas mencionadas como vehículos para esa educación son las ciencias naturales, la química, la religión, la "moral laica", la psicología, la educación física, la economía doméstica, la antropología, la historia, la ecología, la educación sexual y las lenguas.

Además de la información sobre el consumo de drogas y de la educación preventiva, muchos de los informes formulan comentarios sobre le evolución de las actitudes con respecto al consumo de drogas en general o al de determinadas drogas en particular. Los cambios descritos no se ajustan a una pauta general, por lo que no es posible formular generalizaciones coherentes.

- En ciertos países, parece haber remitido la inquietud pública de hace diez años sobre el "problema de la droga". Esa menor preocupación se debe probablemente, en parte, a la creciente tendencia a desdramatizar el tema. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, el Director del Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas señalaba, en 1979, que "la opinión pública en general es neutral, cuando no tolerante, con respecto a los daños provocados por el consumo indebido de drogas". En otro documento oficial de ese mismo país se menciona "una mayor tolerancia aparente del consumo de drogas".

- Hoy parece ser mayor la aceptación del consumo de ciertas drogas ilícitas, en particular en ciertos países con respecto a la cannabis (por ejemplo, Canadá, Dinamarca y Estados Unidos de América).

- La resistencia al consumo de drogas permitidas ha aumentado en ciertos países. Así, por ejemplo, en varios informes se señala que una actitud pública adversa está obligando a los fumadores de tabaco a adoptar una actitud defensiva (por ejemplo, en Nueva Zelandia), y otros indican una mayor oposición al consumo de alcohol (por ejemplo, en Noruega, país en el cual un 15 o 20% de la población propugna la abstención total).

¿A qué cabe atribuir esta fluctuación de las actitudes? Es indudable que influyen en ello muchos factores, distintos de un país a otro. Entre otros está indudablemente el contenido y la índole de la información que llega al público por conducto del sistema de educación y de los medios de comunicación social. Hay datos que indican que esto condiciona muy sensiblemente la percepción del problema del consumo de drogas y los problemas conexos. ■

Carteles contra la droga









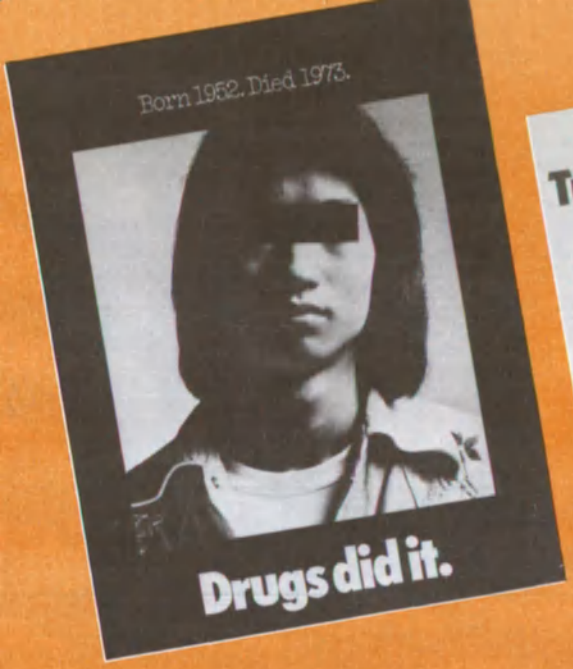











Born 1952. Died 1973.
Drugs did it.


Turvallisuuttaajoteille


Välj nykterhet - det lönar sig.
Finlands Nykterhetsorganisationers Förbund


rahat ja henki!


sans tabac
prenons la vie
à pleins poumons


A PROUD
FUTURE –
DRUG
FREE


K(R)AMPF


КУРИШЬ-
СЕБЯ
ГУБИШЬ!


smoking...burns
INTERNATIONAL CONFERENCE
Tobacco and youth


TARTU PULMIIN
SELVIN PÄIN



Un enfoque más equilibrado de la toxicomanía

por Griffith Edwards

DURANTE las dos últimas décadas la "educación sobre la drogas" ha estado muy de moda como medio de responder al problema social del uso ilícito de las drogas por la juventud. Pero hablando en un sentido más amplio deberíamos preguntarnos quién educa a los educadores y preguntarles simple y llanamente: ¿saben ustedes de lo que están hablando?

El profesor en pie ante la pizarra con una tiza en la mano o la última serie de diapositivas disponible no son más que metáforas; lo que realmente nos preguntamos es si las leyes y las medidas gubernamentales para combatir la toxicomanía, los programas preventivos y de tratamiento de los drogadictos, así como nuestra propia reacción frente al uso de las drogas y a nuestra propia utilización (el alcohol y el tabaco son drogas) no se ven agravadas por asustadizas concepciones erróneas o si, por el contrario, nos enfrentamos a estos hechos bien informados y con ánimo comprensivo.

Estas concepciones erróneas entrañan ideas tales como que el alcohol no es una droga, que la toxicomanía se da sólo en la juventud, que existe una sola explicación válida para el problema de la droga, que las soluciones preferidas en Occidente tienen una respuesta análoga en Oriente, que el problema social de la droga puede ser resuelto mediante una acción más intensa de la policía, que la utilización de la droga lleva inevitablemente a una terrible degradación de la persona, que el error, el mal están *sólo* en la droga, *sólo* en el individuo o *sólo* en la sociedad, sin hacer un análisis de conjunto de todos estos factores.

Pero, antes que nada, reflexionemos un momento y preguntémonos qué sentido, qué explicación le estamos dando realmente a esta palabra clave de toxicomanía. ¿Qué es la toxicomanía? En virtud de un reflejo inmediato, la palabra evocará en la mente de la mayoría de la gente imágenes de algo extraño, ininteligible, teñido incluso de un cierto diabolismo. Es una palabra que provoca miedo, quizás desprecio y, ciertamente, la supresión del análisis racional. Pero ¿cuál es la naturaleza esencial, el fondo, de este fenómeno: la toxicomanía?

Hay numerosos niveles posibles de explicación. Los científicos de laboratorio se interesarán por la neuroquímica y la influencia que ejerce la droga en la transmisión de los impulsos nerviosos y por los mecanismos en que se apoyan la tolerancia y la crisis de abstinencia del drogadicto. El psicólogo enfocará la toxicomanía como un comportamiento adquirido, la experiencia de la droga como un elemento condicionador y reforzador del hábito de drogarse, y observará los procesos de aprendizaje que se producen cuando los síntomas de la crisis de abstinencia se alivian mediante una dosis mayor de droga.

Por su parte, el sociólogo tratará de comprender los factores sociales que llevan a drogarse, las presiones que emergen del grupo y el carácter del medio social que propone la utilización de la droga. Para él, ser drogadicto es hacer propio un papel social.

El antropólogo, a su vez, pondrá de relieve la significación simbólica de la droga y considerará los rituales y las funciones del acto de drogarse como arraigados en la cultura del individuo.

¿Cuál de estas explicaciones debe prevalecer? En este punto el exclusivismo acecha. El científico puro pensará que sólo su ciencia puede arrojar una luz definitiva sobre el carácter profundo de la toxicomanía y que, en definitiva, la verdad puede reducirse a la esencia del proceso neuronal. El científico social puede también sentirse tentado de declarar que la neurología es una ciencia tosca y que trabaja a un nivel demasiado alejado de la realidad social de la toxicomanía. No importa cuán poderoso pueda ser un microscopio electrónico; de todos modos, no podrá revelarnos la estructura de la aldea del fumador de opio ni la vida callejera del heroinómano. Y de nada sirve enfrentar entre sí estas diversas perspectivas.

El desafío que representa el intento de comprender el uso de la droga y la toxicomanía va más allá del problema inmediato; es un desafío encaminado a superar un hábito más general de nuestra mente de favorecer las explicaciones unidimensionales. En realidad, es imposible llegar a una comprensión cabal de por qué, por ejemplo, el campesino andino masca sus hojas de coca si al mismo tiempo no nos esforzamos en comprender las propiedades farmacológicas de la cocaína, la índole psicológica de la experiencia de la droga, las condiciones de trabajo del campesino y la manera como la sociedad considera el hecho de mascar coca. Los niveles de análisis deben ir unidos, cualquiera que sea la droga analizada.

La dificultad es grande. Pero no se llega a esta posición simplemente por necesidad de una satisfacción intelectual abstracta, por el placer de exhibir una serie de trucos y malabarismos intelectuales. Por el contrario, es ésta la base necesaria para todos los tipos de enfoques prácticos. Si nos refugiamos en una visión unidimensional, inevitablemente nos encontraremos atrapados en unas normas y unas respuestas que son inadaptadas.

Tras insistir en esta necesidad de comprender el problema de una manera equilibrada e integrada, podemos ver que los mayores errores cometidos en los últimos años provienen de la tendencia a ignorar las dimensiones culturales y sociales del problema de la droga. Una política que trate, por ejemplo, de prevenir la heroinamanía en las ciudades mediante severas sanciones penales o instruyendo a los escolares acerca de los peligros de esa sustancia, pero ignorando al mismo tiempo el tipo de vida y las oportunidades frustradas en un gueto donde ser drogadicto proporciona camaradería, una sensación de poseer propósitos y empresas comunes y una reafirmación de sí mismo que de otro modo rusultan difíciles, equivale a embarcarse en una tarea que probablemente no sólo será ineficaz y costosa sino también cruel.

Ciertamente, la toxicomanía es un asunto importante, pero debemos adaptar nuestro pensamiento a los términos y a las formas que presentan los problemas actuales de la droga tanto en relación con el individuo como con la sociedad, problemas que se plantean individualmente o en grupo y que afectan a la salud en el plano físico, psíquico y social.

En este complejo asunto de la droga el esfuerzo de comprensión no se termina nunca, pero siempre será de gran utilidad compartir las experiencias de los más diversos medios sociales y culturales. Los artículos que siguen intentan justamente eso. ■

GRIFFITH EDWARDS, *británico, es desde 1979 profesor de una rama denominada Comportamiento de los Toxicómanos en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres, y, desde 1970, director honorario de la Unidad de Investigación sobre la Toxicomanía de dicho instituto. El Dr. Edwards es miembro del Comité Asesor sobre la Toxicomanía de la Organización Mundial de la Salud. Entre sus múltiples obras cabe citar* Drugs and Drug Dependence, *de la que es coautor* (1976) *y* Alcoholism *(1977).*

Foto © Philippe Chancel, Francia

Dibujo © Gal, Bruselas

Los cuatro puntos cardinales de la droga

Sería verdaderamente arduo describir en toda su amplitud el muy rico y variado mosaico del consumo de drogas en el mundo. En el presente artículo, la explicación muy directa que nos dan los expertos de nueve países o regiones diferentes nos permite ver muy claramente la índole y la diversidad de esas formas de consumo. En cada caso los expertos recalcan que sólo cabe entender el consumo de drogas en función del entorno social y cultural. Hoy en día, uno de los elementos de ese entorno es la conciencia de la gente de que el mismo está cambiando rápidamente, a la vez que quiebran las antiguas normas, actitudes y formas de vida, cambios todos ellos que se concretan inmediatamente en nuevas formas de consumo.

TAILANDIA. El Dr. V. Poshyachinda describe el consumo tradicional de opio por los Hmong, una de las tribus de las montañas del norte. El consumo de esta droga se rige en la práctica por ideas y actitudes perfectamente configuradas.

Una de las causas principales del consumo de opio está relacionada con el tratamiento de las enfermedades somáticas. Se lo emplea también como tranquilizante y por sus efectos euforizantes. La muerte de un ser querido o la pérdida del ganado o de la cosecha pueden incitar a recurrir al opio. En tercer lugar, la droga es un medio de esparcimiento. En las veladas de los pueblos y aldeas se bebe té y alcohol y se fuma opio. Los Hmong suelen aplicar con bastante rigor la norma de que los niños de menos de diez años de edad no deben ingerir ni alcohol ni té ni opio. Entre los adolescentes, el consumo de opio se limita a los casos de enfermedad. Pero algunos de ellos llegan a convertirse en opiómanos por curiosidad o par solidaridad con otros drogadictos.

A los Hmong les constan claramente los efectos nocivos de la opiomanía. Según una encuesta relativa a las actitudes de los campesinos ante el consumo de opio, los dos tercios consideran que es pernicioso fumarlo. La razón principal que alegan es el quebranto económico consiguiente. Algunos destacan los efectos terapéuticos positivos y estiman que es buena cosa fumar con templanza. Nadie se oculta para fumar opio en la familia, aunque estén delante los niños. Algunas jóvenes opiómanas se avergüenzan de su comportamiento y fuman a solas en sus casas o en el bosque.

MALASIA. El consumo de drogas está cambiando: los pescadores solían fumar opio para mitigar las penalidades de su dura vida, pero los jóvenes de hoy fuman heroína en las discotecas, quizás para hacer frente a una nueva forma de estrés. El Dr. V. Navaratnam escribe:

El opio solía consumirse en fumaderos de opio, así como en reuniones familiares. Los jóvenes han abandonado esa costumbre. La droga se consume en el hogar pero también en cafés, discotecas, campos, parques y tiendas de comestibles. Los toxicómanos fuman cigarrillos de heroína. Tradicionalmente, el opio servía para solaz del consumidor o para atenuar la tensión de un trabajo duro como, por ejemplo, el de los pescadores que se pasaban hasta quince horas en el mar y trabajaban hasta dieciocho horas al día. En cambio, como indica un estudio al respecto, hoy los jóvenes empiezan a consumir drogas por otras razones muy diversas: por curiosidad (un 27%), influidos por amigos o compañeros (un 31%) o para olvidar sus problemas personales (el 18%, lo cual es una proporción sorprendentemente grande).

Con respecto a la iniciación en el consumo de drogas de los jóvenes malayos cabe proponer tres explicaciones: el uso indebido de drogas facilita la aceptación por los miembros del grupo; es una manifestación de conducta delincuente o desafiadora; o puede ser un modo de compensar personalmente las decepciones provocadas por la falta de posibilidades propias y la pobreza.

La tercera explicación tiene probablemente gran importancia en los países en desarrollo, sobre todo en los que están vivien-



Foto FAO, Johnson

Arriba a la izquierda, dos miembros de un equipo de rehabilitación profesional de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) observan el bordado que ejecuta primorosamente una campesina tailandesa. Los especialistas de la OIT colaboran en la enérgica campaña del Gobierno de Tailandia contra el cultivo ilegal de la adormidera y el consumo de drogas en las aldeas de las zonas montañosas del norte del país, organizada con la ayuda de las Naciones Unidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT llevan a cabo un programa para el tratamiento y la rehabilitación de los drogadictos y a favor de una diversificación de las fuentes de ingresos de los campesinos, mediante la introducción de otros cultivos agrícolas (abajo a la izquierda).



Foto OIT, Ginebra

En algunas sociedades el consumo de drogas forma parte de la tradición. Pero el progreso suele traer consigo nuevas formas de vida, que determinan el surgimiento de modalidades, también nuevas, en cuanto a la droga. Las investigaciones realizadas en regiones rurales de Pendjab muestran que el nuevo hábito del consumo de alcohol ha acarreado tensiones y conflictos nuevos. A la derecha: junto a los modernos edificios de la ciudad de Chandigarh, capital del Estado de Pendjab, en la India, subsisten formas tradicionales de trabajo.

do una rápida industrialización. El final de la adolescencia y los comienzos de la edad adulta son siempre períodos difíciles, incluso en circunstancias normales. En Malasia los jóvenes tienen probablemente aspiraciones más altas y un nivel de instrucción más elevado que los adultos. Al mismo tiempo, la competencia en los campos educativo y laboral es ahora mucho más intensa. Por ello, pese a su mayor grado de instrucción, esos jóvenes se sienten frustrados y buscan una vía de escape.

INDIA. El Dr. D. Mohan explica la evolución del consumo de drogas en el Pendjab rural y evalúa los efectos de las medidas legales.

Las drogas hoy más corrientes parecen ser las que venían consumiéndose ya tradicionalmente: alcohol, opio y cannabis. Pero se observa una evolución en cuanto a las drogas preferidas. El consumo de cannabis ha menguado; el de opio es superior al que indican las estimaciones oficiales, pero también ha disminuido probablemente; en cambio, el de alcohol es mayor. No se consumen demasiado los sicotrópicos, a pesar del aumento de los servicios sanitarios. Estas observaciones son interesantes ya que las

sanciones legales contra el cannabis y el opio se aplican desde hace mucho tiempo. Aunque estas normas han permitido controlar las existencias de drogas, la reducción del consumo de cannabis mientras se podía conseguir libremente sólo puede explicarse por razones sociales. Por último, no hay consumo de heroína ni de otros opiáceos sintéticos.

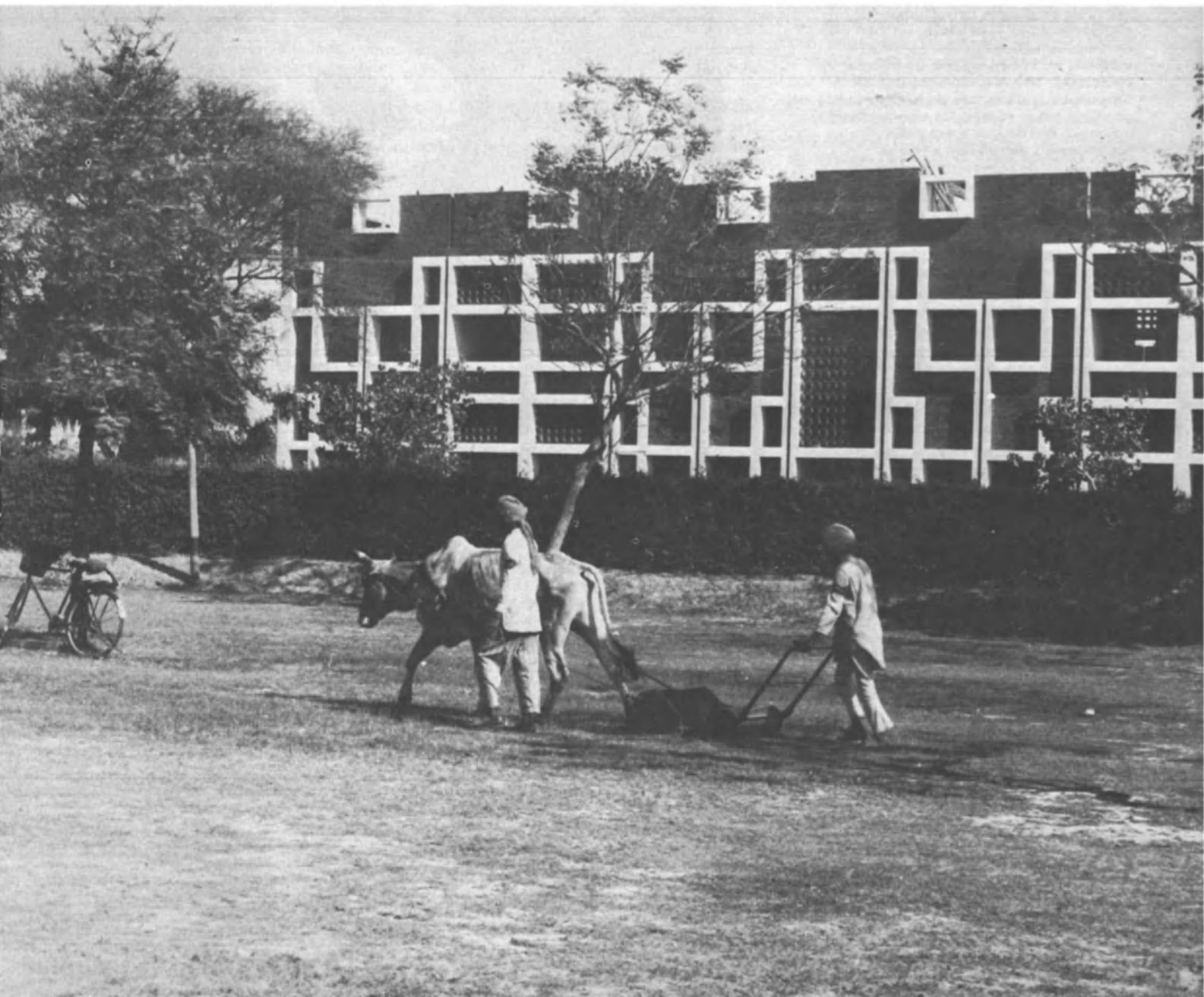
¿Cuáles son las consecuencias para la planificación nacional de estas observaciones consideradas en el contexto histórico de la experiencia india ? La primera es que existe una interacción de las distintas formas de toxicomanía y que, en un período de disponibilidad constante de drogas, la evolución de las actitudes engendra el auge y el declive del uso de algunas de ellas. En esas actitudes puede influir que las drogas sean o no fáciles de obtener. En segundo lugar, en las circunstancias propias de la India, las medidas legales de control deben promulgarse y llevarse a la práctica con parsimonia. Durante un cierto tiempo, las leyes no deben aplicarse sino ser sólo declaraciones de intenciones, sobre todo cuando las sustancias que producen la toxicomanía son vegetales y no sintéticas. Pero tales declaraciones son necesarias, ya que tienden a frenar el consumo. Este se halla estrechamente relacionado con la estructura socioeconómica de una sociedad agraria. La prohibición legal absoluta sólo sirve para perturbar esa tradición y facilita la aparición de drogas sucedáneas. En cambio, una aplicación juiciosa de las leyes puede contribuir a promover un cambio social sano, al orientar el rumbo de la evolución social.

REGION ANDINA DE SUDAMERICA. Masticar coca "es una costumbre". El Dr. J.C.B. Negrete describe el consumo de coca por los indígenas del altiplano peruano:

Son las nueve y media de la mañana en un valle de los Andes peruanos. Un grupo de campesinos hacen una pausa en su trabajo matutino y se sientan a la orilla de un campo. Sacan hojas secas de coca de una bolsita que llevan en el cinturón y, después de quitar cuidadosamente los tallos más duros, se las meten en la boca, entre la mejilla y las encías, una a una. La pausa dura treinta minutos. Los hombres vuelven al trabajo y su dosis de coca les bastará para dos o tres horas. Al alba, al emprender el camino hacia los campos, habían hecho ya la misma operación, que repetirán tres veces más antes de irse a dormir. Con algunas variantes, puede observarse el mismo rito en miles de aldeas de los Andes centrales, en las plantaciones de caña de azúcar del norte de la Argentina y en las minas del altiplano boliviano.

La modalidad más generalizada de consumo de coca consiste en mascarla durante la jornada laboral. Su consumo es tan general y tan antiguo que la mayoría lo adopta simplemente en el proceso normal de socialización, sin necesidad de una decisión individual consciente: es algo similar a lo que ocurre en otros países cuando se empieza a beber café. No es, pues, de extrañar que cuando se pregunta la razón de que se masque coca, la respuesta sea: "Es la costumbre".

No obstante, un estudio más detenido pone de manifiesto que los habitantes de los Andes estiman que la coca da "valor", "fuerza", "resistencia" y "ganas de trabajar". Para la tradición incaica, el trabajo es una virtud y la pereza y la ociosidad algo despreciable, hasta el punto de que una fórmula de saludo quechua muy corriente ("ama llulla, ama sua, ama quella") entraña una condena de la pereza. A juicio de muchos observadores, el hecho de mascar coca ayuda a los más pobres de esos habitantes de los Andes a soportar la menguada alimentación que les permiten sus escasos recursos.



El niño y las drogas

"Nunca antes ha habido tantos niños jugando con drogas y exponiéndose a los peligros inherentes a ellas... El abuso de la droga priva a los niños de hoy, a nuestros niños, del derecho a entrar en el siglo venidero con dignidad, con buena salud, y de la oportunidad de contribuir sustancialmente al porvenir de sus países y del mundo". Estas palabras de advertencia se contienen en un informe de las Naciones Unidas que hace hincapié en un problema que hoy causa preocupación en diversas regiones del mundo, desde las aisladas zonas montañosas en que se cultivan plantas para la producción de drogas hasta los centros urbanos del mundo industrializado. Los dibujos de esta página ilustran este problema profundamente complejo de la droga. (1) Para algunos niños los problemas de la droga comienzan en el vientre materno. Como resultado de la toxicomanía de su madre, lo primero que conocen del mundo es la dolorosa experiencia de la falta de heroína. (2) En las sociedades en que se consumen medicamentos en gran cantidad se presenta otro problema. Los medicamentos que se guardan en casa atraen la atención de los niños, cuyo interés se ve estimulado, además, cuando ven que sus padres los ingieren con frecuencia. Numerosos casos fatales de envenenamiento y consumo excesivo de drogas tienen lugar anualmente por esta causa. (3) Aún más numerosos son los casos de niños víctimas de la negligencia de padres habituados al consumo excesivo de drogas. Un documento de la ONU anota que "los niños sometidos a un ambiente carencial dentro y/o fuera del hogar reaccionan... simulando alivio o adquisición de mayor conciencia mediante el uso de las drogas".

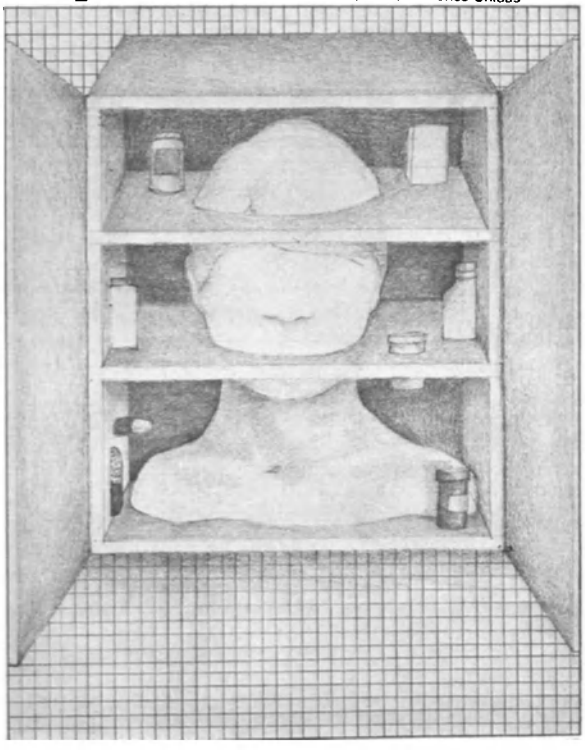
1



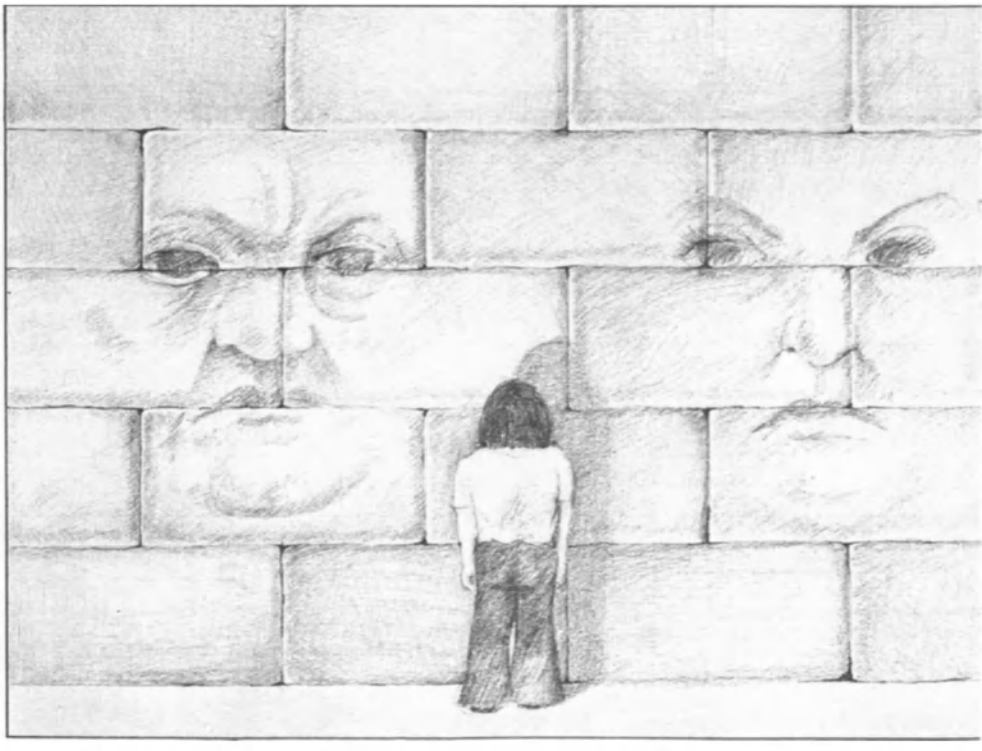
Dibujos © OMS - Novosti

2

Dibujo AIE, Naciones Unidas



3



La coca tiene también funciones terapéuticas. Debido a sus propiedades de anestesia local se la ha utilizado tradicionalmente con gran eficacia para tratar los dolores de muelas. Como infusión en agua caliente, es muy buena para los trastornos gastrointestinales.

Además de esas funciones prácticas, los habitantes de las Andes atribuyen desde siempre propiedades mágicas a la coca. Muchos trabajadores están convencidos de que les protege contra peligros tales como los accidentes y lesiones laborales y contra la mordedura de insectos y serpientes en los campos. Es muy corriente también llevar hojas de coca pegadas en la frente o en las mejillas, pensando que de este modo se evitarán los dolores de cabeza, las preocupaciones, el insomnio, los dolores de muelas, etc.

MEXICO. El Dr. R. de la Fuente describe de la siguiente manera el consumo indebido de cola y de disolventes por los jóvenes marginales de México, D.F.:

Objeto de este estudio fueron niños menores de trece años de edad, adolescentes de trece a dieciséis y jóvenes de diecisiete a veintitrés. Vivían en un barrio de México en el que los toxicómanos pueden encontrar un sitio para dormir, esconderse, comer y drogarse; hay en ese barrio un mercado, pequeñas tiendas, solares, restaurantes y hoteles baratos, casas de pisos y plazuelas. Los habitantes suelen trabajar en las cercanías y son casi todos ellos de clase media o baja. Tienen pocos contactos con los que inhalan drogas y cuando se cruzan sus caminos suelen ignorarlos por considerar que son seres depravados. En cambio, los jóvenes mantienen entre sí estrechas relaciones. Todos se han ido de su casa: sus padres se aprovechaban de ellos haciéndoles trabajar de basureros, vendedores de chicle o lavaventanas. Si volvían al hogar sin dinero, los trataban mal. De ahí que, no sintiendo apego alguno por su familia, optaran por abandonar el hogar.

Dentro de un grupo, los adolescentes emplean a los niños para conseguir dinero y comida y buscan la protección de los jóvenes, cuya función consiste en conseguir y repartir las drogas que se inhalan.

Antes de que un niño sea aceptado por el grupo, ha de someterse a una serie de pruebas; por ejemplo, tiene que aceptar que le quiten el dinero o la ropa o que le peguen, debe ser el más fuerte en una pelea y demostrar que está dotado para el hurto.

Una vez ingresado en el grupo, habrá de observar ciertas reglas de conducta si no quiere ser expulsado. Las principales consisten en no decir el nombre de los miembros del grupo si le interrogan, en no hacer preguntas sobre éstos y en respetar la decisión de cada cual de consumir drogas o no.

Los niños toxicómanos parecen adoptar ciertas características. Así, tienen un tipo de inteligencia práctica adquirida en su experiencia cotidiana. Son comprensivos y no critican a sus compañeros cuando lloran o se quejan por algún trabajo o privación. Se muestran rebeldes y rechazan todo tipo de autoridad.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA. El Dr. P. Hughes describe el sistema de distribución de numerosas drogas en los centros docentes de Chicago, distribución que se efectúa asombrosamente al descubierto.

Pudo observarse que los alumnos consumidores de drogas tenían formas de comportamiento privativas. Se los encontraba invariablemente durante sus horas libres en un lugar de reunión donde se dedicaban a fumar; normalmente, esos "fumaderos" se hallaban fuera del centro docente pero en sus cercanías. Los alumnos frecuentaban ciertos retretes en los cuales podían mantenerse de pie y observar a los profesores encargados de vigilar la zona. A la hora de comer se instalaban en una parte determinada del comedor donde se podía entrar en contacto con ellos todos los días. Un buen número de condiscípulos suyos y de maestros o profesores conocían este tipo de comportamiento, pero no hacían nada para combatirlo.

Hay pues que preguntarse por qué no son más numerosos los padres, profesores y otras personas que se deciden a prevenir o coartar las actividades de esos consumidores de drogas. Hay personas bien intencionadas que actúan así, pero las más de las veces han de enfrentarse con actitudes desagradables, incluso con amenazas de violencia. Los amigos y las autoridades que intentan intervenir suelen llegar a la conclusión de que hablar o procurar ayudar a un toxicómano en los locales de la escuela, en la calle o en el parque no produce resultados rápidos ni espectaculares. Por otro lado, quienes están en contacto con la "cultura callejera" pueden sentirse reacios a comunicar sus observaciones a la policía o a otras autoridades locales por temor a que los toxicómanos tomen represalias contra ellos. Y, sin embargo, probablemente se llegaría a una nueva estrategia de intervención si un número suficiente de profesionales de la lucha contra el uso indebido de drogas empezaran a relacionarse con sus consumidores en su propio barrio, en vez de encerrarse en sus instituciones respectivas.

JAMAICA. El Dr. M. Beaubrun describe los diferentes sentidos y consecuencias que tiene el consumo de cannabis en las subculturas de la clase trabajadora tradicional y la clase media occidentalizada.

La *ganja* (nombre que se da al cannabis en Jamaica) se viene consumiendo desde hace más de cien años. Es de fácil cultivo y, aunque su consumo es ilegal, está muy generalizado en la clase baja, especialmente entre los trabajadores agrícolas. Según un estudio antropológico realizado en 1970-1972, en una comunidad rural típica hay por lo menos un 60% de adultos que fuman ganja. Sobresale a este respecto un grupo político-religioso: los "rastafarianos", que atribuyen poderes místicos a "la hierba".

El trabajador jamaicano consume ganja como tónico y para protegerse contra todas las enfermedades. La consume también como fuente de energía en su duro trabajo y para descansar después de él. Se la da a sus hijos para que destaquen en la escuela y para agudizar sus dotes de percepción. Además, piensa que tiene poderes místicos y que aparta a los malos espíritus. Se ha afirmado también que este complejo de creencias, actitudes y costumbres ha calado entre los campesinos afrojamaicanos, que son los que más ganja consumen.

Un abismo separa a tales actitudes de las de los jamaicanos de clase media. La mayoría de los adultos de clase media mira con malos ojos el consumo de ganja. Aun siendo un fenómeno cada vez más difundido, el consumo por los adolescentes de esta clase sigue constituyendo en gran parte un gesto de desafío y de rebeldía, unido a un afán de imitación de la cultura norteamericana. Esos adolescentes fuman ganja por curiosidad, para incrementar el placer sexual, mientras escuchan música, por sus efectos psicodélicos o para tener una nueva experiencia. Carecen de reglas precisas que acatar y de modelos respetables que imitar.

En cambio, a los niños jamaicanos de la clase trabajadora se les socializa gradualmente en el consumo de la ganja y tienen ante sí muchos modelos sociales. A veces, se mezcla incluso con el biberón un té hecho con ganja. Pueden empezar a fumar hacia los siete o los ocho años, pero normalmente son iniciados a partir de los diez o los once por sus compañeros o en una experiencia de consumo colectivo. La reacción del niño a esa experiencia inicial parece fundamentar su función de fumador o no fumador en el grupo de consumidores de ganja. Si esa primera experiencia le ha resultado desagradable, renunciará a la ganja y su comportamiento recibirá el apoyo del grupo. Los estudios antropológicos indican que la cultura ha generado controles intrínsecos para reducir al mínimo los efectos nocivos de la droga. Pero lo más importante de todo es aprender a "dosificarla" de modo tal que se obtenga únicamente el resultado deseado. Estos mecanismos de protección pueden explicar que el consumo crónico de mariguana por los jamaicanos de la clase trabajadora tenga efectos relativamente inocuos.

En cambio, los problemas son mucho mayores en el caso de los jóvenes de clase media, aunque su número sea mucho más reducido. Entre ellos se dan casos de abandono de los estudios, de crisis psicopáticas, de reacciones de pánico y de perturbación del comportamiento.

KENIA. El Dr. W Acuda pone en relación los cambios en el hábito de beber con la rapidez del desarrollo socioeconómico.

Es un hecho que el consumo indebido de alcohol está creciendo de un modo preocupante en Kenia. En un estudio sobre el alcoholismo en un suburbio superpoblado de Nairobi se indicaba que por lo menos el 46%

El consumo de ciertas drogas constituye un hábito arraigado desde antiguo en algunas sociedades. Es lo que sucede con el *jat (Catha edulis)*, un árbol que crece en Africa oriental, Yemen Democrático y Yemen, cuyas hojas y brotes tienen efecto estimulante. El consumo del jat se realiza en grupo, reuniéndose varias personas 'en un ambiente vivo y perfumado' (abajo), en una habitación separada que a menudo ha sido construida especialmente con ese fin.

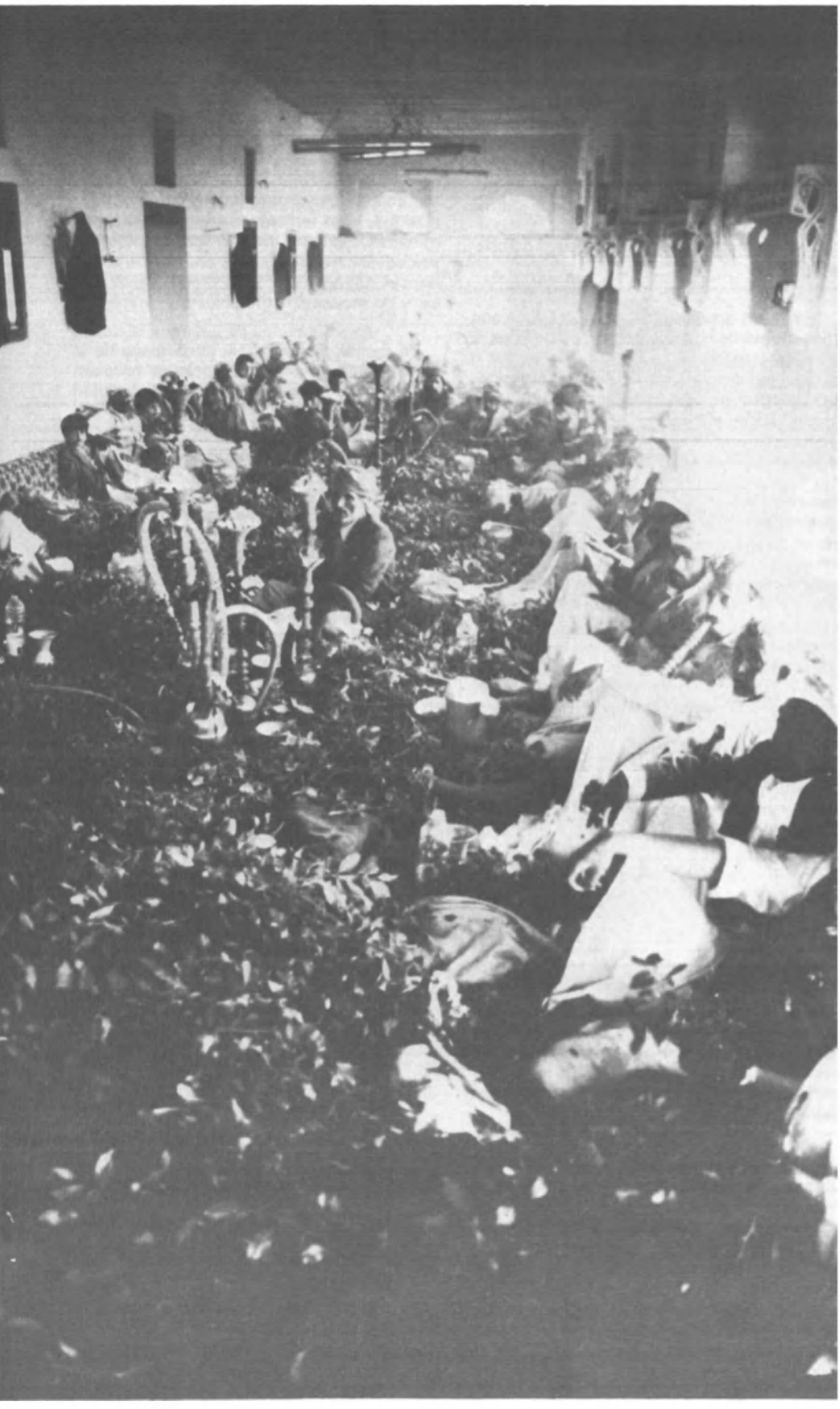


Foto © Pascal Maréchaux, París

YEMEN. El Dr. R.A. Baasher describe el "ambiente vivo y perfumado" de una reunión de consumidores de "jat".

El *jat* es un árbol que crece en las montañas. Sus hojas y tallos tienen un efecto estimulante, y a ello se debe su empleo en varios países, a saber: Yemen Democrático,

de los hombres y el 24% de las mujeres podrían ser clasificados como alcohólicos. En un estudio similar relativo a una zona rural, se observaba también una frecuencia muy grande de los casos de alcoholismo: un 37% de varones y un 34% de mujeres.

¿A qué se debe ese brusco aumento del consumo de alcohol? Intervienen ciertamente en ello muchos factores. El que se menciona más a menudo es la rapidez de la evolución en los países en desarrollo. Al igual que otros muchos, Kenia ha experimentado múltiples cambios en los últimos decenios. En ciertos lugares, esos cambios son tan rápidos que a la gente le lleva tiempo adaptarse a ellos. Es inevitable que esto engendre tensiones y conflictos. Si a ello añadimos otros factores —por ejemplo, la facilidad para adquirir alcohol—, no es de extrañar que se haya producido en todo el país un brusco aumento de su consumo y un cambio en las formas de ese consumo. Hoy suelen emplearse con demasiada frecuencia y a la ligera expresiones como la de "rápido cambio socioeconómico" al hablar del mundo en desarrollo, sin entender claramente lo que en realidad quieren decir en relación con la experiencia de una vida humana.

Las tradiciones culturales se están desintegrando muy de prisa en casi todas las sociedades africanas. Se ha producido casi una rebelión contra los valores y las influencias tradicionales. Los lazos familiares se han roto. La familia ampliada, que daba cobijo a gran número de personas, resulta hoy demasiado onerosa. Son ya corrientes los matrimonios intertribales, especialmente entre las personas con mayor instrucción.

Por último, al difundirse el cristianismo y aumentar los conocimientos sobre el modo de curar las enfermedades, está perdiendo su influencia la superstición y desapareciendo el miedo a los brujos. La gente no cree ya que vaya a ser castigada si quebranta la tradición o tiene un comportamiento inmoral.

La falta de ocasiones de esparcimiento o de medios para ocupar adecuadamente el tiempo libre plantea también problemas a los recién instalados en las ciudades. La alimentación puede ser asimismo una causa de conflictos.

Los profesionales o las personas con instrucción pueden tropezar con un problema muy diferente, al tener que amoldarse a un horario de trabajo rígido en una situación de gran competencia. En el campo la vida era relativamente sencilla y poco estructurada, y el volumen de trabajo realizado dependía de la capacidad de cada uno y de elementos naturales como el sol, la lluvia, la noche... No es posible entender los cambios en el modo de beber que se están produciendo en Kenia y, a un ritmo rápido, en otros muchos países en desarrollo, si no se comprende a la vez claramente la evolución cultural y social.

Yibuti, Etiopía, Somalia, Yemen y, en menor medida, zonas limitadas de Kenia y de la República Unida de Tanzanía.

Su consumo obedece a factores muy diversos y complejos. Se suele consumir jat por razones de esparcimiento social, y en ocasiones también como medicamento. Debido a sus efectos estimulantes, lo utilizaban las tribus en sus viajes; hoy lo emplean los estudiantes que preparan un examen y quienes recorren grandes distancias en automóvil. Ahora el jat se masca, pero históricamente recibía el nombre de té arábigo o etíope, lo que indica que se consumía en forma de infusión.

Como el jat se masca en grupo, en muchas casas yemeníes hay una habitación especial con tal fin, amueblada con las mejores alfombras y que recibe un nombre especial: cuarto de la paz o de la misericordia. En el centro hay varios "mada'a" (narguiles), ya preparados para fumar. En este ambiente vivo y perfumado se instalan los asistentes, cada uno de los cuales trae consigo su ración de jat. Al entrar en el cuarto se quitan los zapatos y se sientan en el colchón, reclinados sobre las almohadas. En una atmósfera alegre, relajada y amistosa, cada uno arranca las hojas de su ramita y las masca meticulosamente. Mientras tanto, se bebe agua fría y bebidas de cola o mentoladas y se sirve el té.

En esta reuniones se aplica rigurosamente el principio de la separación de los sexos; las de mujeres son menos frecuentes y ceremoniosas. Poco después de iniciarse la reunión, se generaliza el buen humor y cunde una sensación de bienestar. La mente entra en gran actividad y las conversaciones discurren fácil y apasionadamente. Al cabo de unas tres horas, los asistentes alcanzan una fase en la que suele predominar una sensación de "sabiduría" y de plena euforia. Pero esto no dura mucho y, pasada más o menos otra hora, cambia el talante de los reunidos y se manifiestan los problemas y dificultades personales. Algunos participantes se sienten entonces inquietos o irritables y se marchan bruscamente. Los que se quedan tienden a una mayor intimidad. La conversación puede proseguir o bien aplazarse hasta la próxima reunión. ■

El **Dr. V. Poshyachinda** *es colaborador del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Universidad de Chulalongkorn, de Bangkok, Tailandia.*
El **Dr. V. Navaratnam** *es Director del Programa Nacional de Investigación sobre la Toxicomanía de la Universidad de Sains, Minden, Pulau Pinang, en Penang, Malasia.*
El **Dr. D. Mohan** *es profesor adjunto del Departamento de Psiquiatría del Instituto Pan-indio de Ciencias Médicas, en Nueva Delhi, India.*

El **Dr. J. Negrete** *es Director Adjunto del Departamento de Psiquiatría del Hospital General de Montreal, Canadá.*
El **Dr. R. de la Fuente** *es Director General del Programa Nacional de Salud Mental del Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental, en Ciudad de México, México.*
El **Dr. P. H. Hughes** *es Decano de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.*

El **Dr. M. H. Beaubrun** *es profesor de Psiquiatría de la Universidad de las Indias Occidentales, en Puerto España, Trinidad y Tobago.*
El **Dr. S. W. Acuda** *es catedrático del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nairobi, Kenia.*
El **Dr. T. A. Baasher** *es Asesor Regional para asuntos de Salud Mental de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, en Alejandría, Egipto.*

El papel de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla múltiples actividades en apoyo de los Estados miembros que requieren ayuda o asesoramiento en materias sanitarias relacionadas con la droga, incluidos los problemas del alcohol y del tabaco. La organización constituye un terreno neutral adecuado para la síntesis, evaluación y difusión de información sobre estos asuntos. Ello le permite cumplir con su fundamental papel coordinador en el intercambio internacional de informaciones sobre los problemas de la salud. Tarea de la OMS es facilitar una información útil a cuantos la necesitan.

Entre los objetivos principales de sus actividades de cooperación con los diversos países sobre el problema de la toxicomanía, figuran los siguentes:

a) Incrementar la eficacia de los servicios sanitarios y sociales de recuperación, mediante la elaboración de procedimientos poco costosos para el tratamiento y recuperación de los drogadictos.

b) En el marco de los programas básicos de protección de la salud, elaborar estrategias para el tratamiento y la prevención, en aquellos países que carecen de sistemas de protección sanitaria o social o cuyos sistemas son inadecuados.

c) Coordinar las investigaciones internacionales acerca de la toxicomanía.

d) Contribuir, mediante la obtención y el intercambio internacional de información sobre la extensión del consumo de drogas, a una más efectiva planificación de los programas de prevención y lucha.

e) Estimular la realización de programas adecuados de formación, para satisfacer las necesidades de personal calificado.

f) Desarrollar iniciativas conjuntas con los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas cuyas actividades tienen que ver con los problemas de la droga.

g) Llevar a cabo las tareas que establecen las convenciones internacionales sobre estupefacientes.

h) Establecer sistemas efectivos de coordinación para facilitar la transmisión, a los países con recursos técnicos y humanos limitados, de los conocimientos y experiencias atesorados por las organizaciones no gubernamentales y los centros científicos de alto nivel.

Las tareas de la OMS han sido fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y los Comités Regionales y por las convenciones internacionales sobre estupefacientes. La Asamblea Mundial de la Salud formula las directrices y las prioridades respecto de las actividades de lucha contra el alcoholismo y la droga.

En los últimos cinco años, la OMS ha establecido relaciones de cooperación con numerosos centros científicos de alto nivel. Esos centros facilitan los contactos entre la OMS y las autoridades nacionales para la aplicación de medidas concretas en materia de toxicomanía, dentro del programa de higiene mental. También se ocupan del intercambio de información en los niveles nacional, regional y mundial, actuando además como centros especiales de investigación y formación.

Cinco centros de investigación y formación sobre toxicomanía han obtenido ya la calidad de colaboradores de la OMS: la Fundación de Investigación sobre Toxicomanía de Toronto, Canadá; el Centro Mexicano de Estudios sobre Fármacodependencia, de México; el Instituto Nacional sobre Consumo Excesivo de Droga de Rockville, Estados Unidos; el Proyecto de Investigación sobre Toxicomanía de la Universidad de Sains, en Penang, Malasia; y el Instituto de Investigaciones sobre la Salud de la Universidad de Chulalongkorn, en Bangkok, Tailandia. □

Caminos de liberación



Foto Sarah Webb Barrell © Len Sirman Press, Ginebra

El tratamiento del individuo con problemas de toxicomanía debe ser congruente con las formas de sentir, de pensar y de actuar propuestas por la sociedad y la cultura a las que ese individuo pertenece. El tratamiento y la rehabilitación deben apuntar a restituir al drogadicto su normal comportamiento como sujeto social dentro de su medio ambiente natural. El tratamiento en sí mismo constituye un proceso cultural y un acto social, que sólo tendrá éxito si está en armonía con su entorno. Vamos a ilustrar estas ideas con cinco ejemplos tomados del mundo entero.

TAILANDIA. Votos a Buda: el Dr. Poshyachinda nos informa acerca del tratamiento de los drogadictos practicado en el templo Tam Kraborg.

Desde que Tailandia logró su unidad y su independencia, hace unos 700 años, el budismo ha sido la religión nacional. El templo y los sacerdotes ejercen una gran influencia en la sociedad, interviniendo en muchas funciones públicas tales como la educación y la salud.

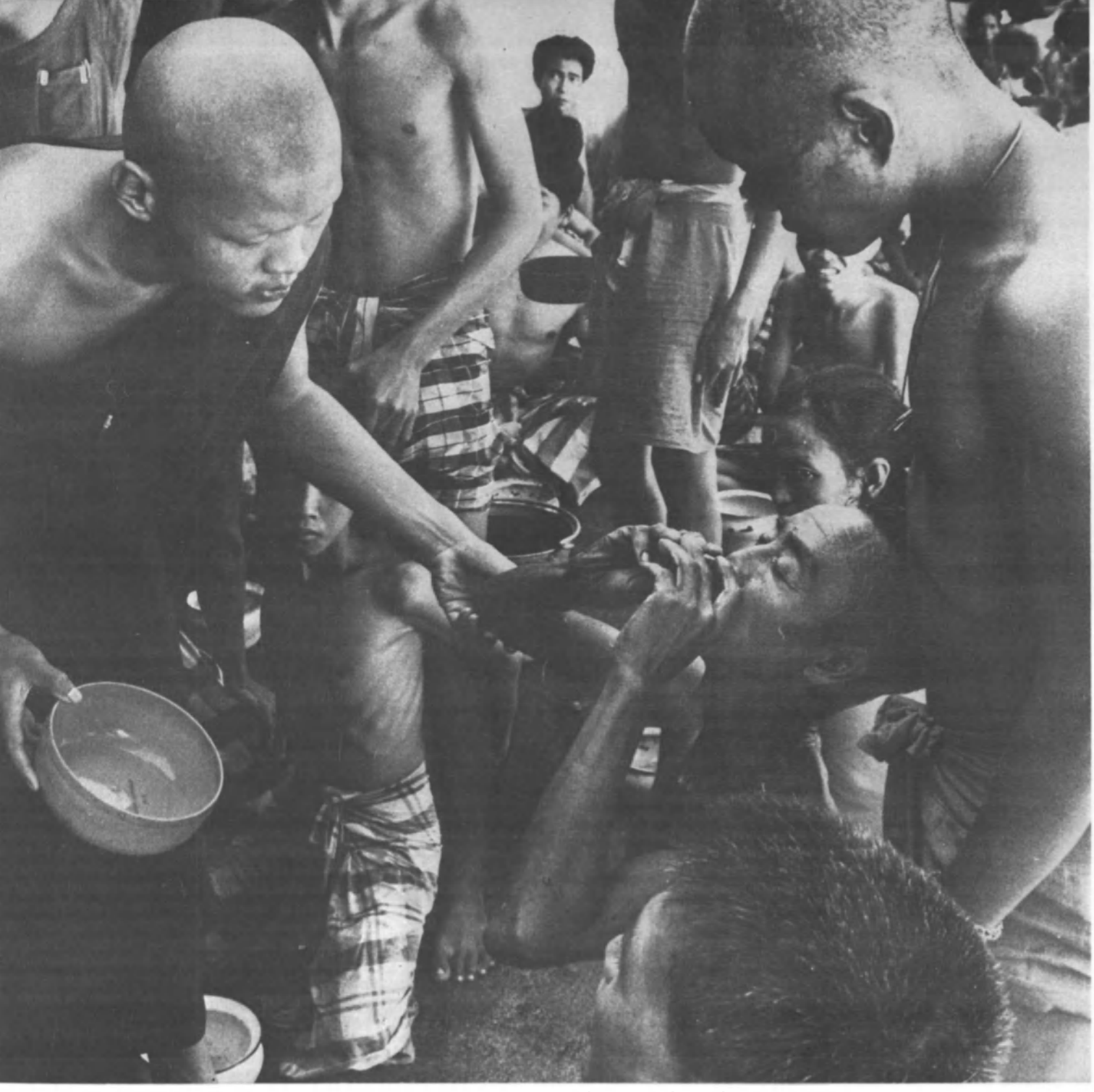
Debido a ello, el templo budista asumió naturalmente el papel de centro de tratamiento, como respuesta al incremento de la toxicomanía.

El templo de Tam Kraborg está situado a unos 130 km al norte de Bangkok. Los elementos que provee para el tratamiento son sencillos. Algunos bancos y mesas de madera, colocados en una galería abierta, sirven como oficina de registro de admisiones. El sector reservado para vivienda de los clientes está constituido por una única y espaciosa habitación, que se asemeja a una barraca militar. Cada cual recibe una litera baja de madera, un colchón de paja y una manta. Cuando está lleno, el templo abriga de 300 a 400 clientes, y cerca de 100 sacerdotes. El 40 % de éstos son ex drogadictos, ordenados después del tratamiento.

El tratamiento es dirigido por un sacerdote. El templo no contrata nunca colaboradores externos. Si bien la terapia es gratuita, el costo de la estancia y la manutención es de un dólar por día. En los últimos años, el templo ha realizado servicios adicionales de apoyo a la enseñanza profesional, incluidos la agricultura, la albañilería y el corte y confección de ropas.

El propósito es conseguir la total abstinencia de la droga para toda la vida. Para entrar en el programa, el drogadicto debe manifestar claramente su determinación de aspirar al tratamiento. Luego, debe hacer sus votos a Buda, que consisten esencialmente en una promesa de abstinencia vitalicia del opio, la heroína, la morfina, la ganja y de toda otra droga que origine dependencia.

El plan diario de tratamiento para los primeros cinco días comprende dos sesiones principales y a ellas los participantes asisten en grupos. Por la mañana reciben una dosis de hierbas medicinales, que les hace vomitar durante diez o quince minutos. Por la tarde toman un baño de vapor de hierbas, que dura tambien diez o quince minutos. A los clientes se les aplica este ciclo de sesiones como un medio para purificar el cuerpo de las drogas. En la sesión de la mañana los que ya han terminado sus primeros cinco días se unen en forma activa al tratamiento: algunos participan ayudando a los más nuevos en las sesiones vomitivas, mientras otros estimu-



En un centro para el tratamiento de toxicómanos de Tailandia, la jornada se inicia con una dosis matinal de un brebaje a base de hierbas medicinales (ver el relato en la página de la izquierda).

lan a sus compañeros con bromas y tonadas nativas. Se crea así una atmósfera similar a la de una animada competencia en un festival del templo.

Para los restantes cinco días no hay plan preconcebido. Al cliente se le deja recuperarse de su agotamiento físico. Por lo general, el sacerdote incita a los que físicamente se sienten lo bastante fuertes, y que a la vez estén dispuestos a ello, a ayudar en las tareas diarias o participar en las sesiones terapéuticas para los recién llegados.

En el décimo y último día de admisión, se reúne de nuevo a los clientes en el santuario, donde se les recuerda su promesa de abstinencia vitalicia. Luego, quedan en libertad para abandonar el templo.

HONG KONG. Residencias denominadas "Humanidad", "Rectitud", "Fortaleza" y "Sabiduría": El Dr. J. Chi'en describe los medios utilizados por una comunidad terapéutica, en un esquema global de rehabilitación de los drogadictos basado en la comunidad que concuerda con los tradicionales valores chinos. Este sistema de rehabilitación fue creado por la Sociedad para la Ayuda y Rehabilitación de los Drogadictos.

En 1946 se suprimió en Hong Kong el antiguo sistema de monopolio y se abolió la venta legal de opio. Hacia fines de los años 40 y principios de los 50, llegaron en gran número refugiados chinos que venían huyendo de la guerra civil. Muchos de ellos eran fumadores de opio. Tras su llegada a Hong Kong cambiaron esta droga por la heroína.

Se organizaron comunidades terapéuticas para lograr una plena rehabilitación después de la desintoxicación. Un proceso completo de rehabilitación dura de 20 a 25 semanas. Un paciente desintoxicado es invitado a integrarse a cualquiera de las 18 residencias, cada una de las cuales constituye una unidad social, de trabajo y de recreación, con su propio dormitorio común, salón de té, taller y huerto o granja. El nuevo residente se gana la aceptación del grupo gracias a su espíritu de colaboración y a su diligencia en el trabajo, mientras los residentes antiguos lo estimulan y aconsejan. Raramente se aplican las técnicas de confrontación y terapias de ataque, como las que se practican en las comunidades terapéuticas norteamericanas, por no corresponder a la tradicional cultura china, que aboga siempre por la armonía y la cooperación. Cada residencia lleva el nombre de una cualidad moral, o cultural, como "Humanidad", "Rectitud", "Fortaleza" y "Sabiduría". Los dirigentes —en su mayoría personas que han pasado por este

proceso y que han completado con éxito su período de convalecencia —están formados para servir como jefes de grupo y como maestros de oficios y se encuentran bajo la supervisión de un equipo profesional. Se fomenta la competición entre los grupos en materia de arte, de deporte, de productividad e incluso de limpieza, promoviéndose el "juego limpio" y la honestidad. Semanalmente se celebran una ceremonia de "graduación" y un programa de festejos para despedir a los que han terminado el programa completo de rehabilitación.

Después de abandonar el centro, los recién rehabilitados son recibidos por el personal que se ocupa de sus períodos de convalecencia en la oficina central de la Asociación de Ex Alumnos (AA) de SARDA, que es una organización de autosostén y de asistencia recíproca, formada y dirigida por antiguos drogadictos. Existen cinco centros locales para hombres y uno para mujeres, cada uno con 200 o 300 miembros. Los que son capaces de mantenerse seis meses sin delinquir ni drogarse son aceptados por el centro respectivo como miembros asociados; y aquellos que llevan dos años de vida productiva en la comunidad obtienen la calidad de miembro pleno. Estos exhiben con orgullo el distintivo de la AA, de diferentes colores según el número de años de continua abstinencia.

JAPON. El Dr. H. Suwaki describe la organización y funcionamiento de Danshukai, la Sociedad de Abstinencia Alcohólica. Esposas e hijos pueden convertirse en miembros de la misma. Cualquiera que esté familiarizado con Alcohólicos Anónimos quedará sorprendido, por las similitudes y diferencias (véase más adelante la colaboración del Dr. Robinson).

Hay algunas notables diferencias entre el tratamiento del alcoholismo que se efectúa en Japón y el que se practica en Occidente. Alcohólicos Anónimos, tan popular en éste, sólo existe en ciertas regiones limitadas de Japón, como las ciudades de Yokohama y Kobe, donde viven muchos occidentales. Es Danshukai (Sociedad de Abstinencia Alcohólica) la entidad que está diseminada por todo el país. En 1958 se organizó una Danshukai muy activa en la Prefectura de Kochi. Su propio fundador había ya sufrido cinco internamientos por alcoholismo en hospitales de salud mental.

Hacia 1977 había una Danshukai en cada prefectura de Japón, contando en total con 586 centros y 35 000 miembros registrados. En ese año, 25 000 personas concurrían a las reuniones y 16 000 se abstenían del alcohol desde por lo menos un año.

Danshukai orienta sus actividades hacia la familia y la experiencia práctica y se enraíza en la comunidad local. De una a cuatro veces por mes organiza reuniones de la dirección general, de los centros y de los grupos, reuniones que son dirigidas generalmente por uno de los miembros ya experimentados. Psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales cooperan con la Danshukai y con frecuencia asisten a las reuniones. Otro tipo de reuniones, pequeñas y cerradas, tienen lugar en las casas de los miembros que pertenecen a una misma vecindad y que desean hablar entre sí. Además de estos encuentros, los miembros participan en varias actividades recreativas, para estrechar relaciones entre ellos y sus familias. También se reúnen con las Danshukai y escuelas de abstinencia alcohólica de las prefecturas vecinas y leen el boletín de la Danshukai.

A la luz de la experiencia acumulada, la actividad de la Danshukai se basa fundamentalmente en los siguientes tres principios :





Abajo, los miembros de la Asociación de ex Alumnos de la Sociedad para la Ayuda y Rehabilitación de los Drogadictos de Hong Kong (SARDA), se reúnen para tomar parte en la "Marcha por un Millón". Esta actividad se realiza todos los años y gracias a ella se nutren los fondos de la Caja Comunal de Hong Kong, la cual financia a numerosas asociaciones de beneficencia. Arriba, la ceremonia de entrega de las medallas "Liberado de la Droga", en la asamblea anual de la Asociación.

Fotos © SARDA, Hong Kong

a) En vista de que no pueden beber con moderación, no hay otra alternativa para los alcohólicos que la abstinencia total.

b) Un alcohólico no puede curarse de su enfermedad por sí solo. El camino para lograr una curación total se abre sólo cuando los que sufren de este problema se estimulan recíprocamente en una reunión Danshukai.

c) Es indispensable la colaboración de la familia, particularmente de la esposa, para perseverar en la abstinencia.

Las mujeres y los hijos de los miembros de la Danshukai suelen pertenecer a la misma Danshukai que sus maridos y padres, aunque algunos de estos centros han creado, con carácter complementario, grupos de esposas.

Casi todos los miembros son hombres. No hay más que 20 mujeres alcohólicas en los centros del Japón. Danshukai no guarda el anonimato. Muchos de sus centros publican las direcciones de sus miembros, e incluso las personas no miembros pueden concurrir a los encuentros y hablar libremente en los grupos.

El tratamiento del alcoholismo no lograría sus propósitos si sólo tuviera en cuenta las necesidades físicas y psicológicas. Debe también contener elementos tomados de las creencias y los valores de cada individuo, los cuales están profundamente arraigados en las tradiciones culturales.



Foto © Hiroshi Suwaki, Kochi, Japon

Reunión semanal de una sección de la Asociación Japonesa Antialcohólica, *Danshukai*, a la que concurren, acompañados por sus mujeres, los hombres que quieren abandonar la bebida.

ALCOHOLICOS ANONIMOS. El Dr. Robinson analiza el origen cultural y la difusión internacional de Alcoholics Anonymous (AA), grupo constituido con el fin de que los alcohólicos se ayuden a sí mismos y que ha demostrado una capacidad extraordinaria para satisfacer las necesidades del alcohólico.

De todos los grupos de autoasistencia, AA es quizás el que mejor ha escrito su historia. AA nació en el verano de 1935, en Akron, Ohio (EUA), como resultado de un encuentro casual entre Robert Holbrook Smith, un médico local, y William Wilson, corredor de bolsa de Nueva York. Un año antes, Wilson había sido presentado en el "Oxford Group Movement" por un amigo que le dijo que se mantenía sobrio gracias a que asistía a las reducidas reuniones de los grupos de discusión y a que seguía sus preceptos: confesión, honestidad, expresión franca de los problemas emocionales, desprendimiento y, según las creencias personales, penitencias y plegarias a Dios.

Impresionado por los esfuerzos de sus amigos, Wilson concurrió a algunas reuniones y se dio cuenta de que él también podía permanecer sobrio. No obstante, no logró convertir a otros alcohólicos a causa de lo que su médico llamó "excesivo sermoneo". En vista de ello, decidió tratar de convencerlos de que tenían una especie de alergia física y una obsesión mental, introduciendo sólo más tarde los aspectos espirituales. La primera vez que esto tuvo éxito fue con el "Dr. Bob".

Alcohólicos Anónimos no inventó la idea de dependencia ni la de pérdida de control, como tampoco inventó la abstinencia total como único objetivo del tratamiento. Sin embargo, desempeñó un papel fundamental en el desarrollo de una nueva concepción de la enfermedad del alcoholismo en el período posterior a la Prohibición ("Ley Seca").

AA no se habría desarrollado con la rapidez con que lo hizo si no se hubiera basado en nociones compatibles con las ideas dominantes en la cultura de los Estados Unidos de América. En el siglo XIX, este país era una nación de clase media, en la que una sociedad capitalista abierta obligaba a los individuos a reglamentar sus actividades personales, familiares y laborales, con vistas a sobrevivir y a triunfar. En ese tiempo, tanto en Europa como en Norteamérica la locura era definida cada vez más decididamente como enfermedad, y la pérdida de control como el principal de sus síntomas. De ser lugares de encadenamiento y de control físico, los manicomios pasan a ser lugares para la recuperación de la perdida autodisciplina, a través de un tratamiento moral. Por consiguiente, es natural que se redefinan casi todos los males o desviaciones, incluyendo los problemas causados por el alcohol, como enfermedades de la voluntad. Y como la confianza en sí mismo se convierte en un elemento tan esencial de las creencias y de la cultura, cualquier factor que debilite esa confianza o el autocontrol se transforma en algo de gran importancia. El alcohol es considerado importante ya que en poco tiempo puede atenuar inhibiciones y privar a la gente de la capacidad de vivir su vida en forma moderada y controlada.

Así como las ideas de AA acerca de la naturaleza del problema tenían que ser compatibles con las ideas, el pensamiento y la cultura dominantes en los Estados Unidos, lo mismo ocurría con los principios en que se apoyaba su programa de acción. En el nivel personal, el programa apunta a transformar al alcohólico dependiente y marginal en una persona independiente, integrada y sobria. En el nivel del grupo AA trata de sèr una organización autosuficiente, con confianza en sí misma, independiente y sin obligaciones para con nadie.

Por ello, no es de extrañar que AA sea tan bien considerada en Norteamérica. En todo caso, la sociedad creció, desde sus tímidos comienzos en Akron en 1935, hasta convertirse en una importante organización mundial. AA afirma que en 1974 el número de sus socios en todo el mundo había alcanzado la cifra de 800.000 y que en 1977 había superado ampliamente el millón. En la actualidad, hay grupos en más de cien países, de Noruega a Nicaragua y de Trinidad a Tailandia.

A escala mundial, AA cuenta con grupos en toda clase de países: católicos y protestantes, desarrollados y en vías de desarrollo, productores de cerveza y productores de vino, con atención médica privada y con sistemas estatales para la salud. Pero aunque AA está muy difundida, su desarrollo ha sido, naturalmente, desigual. No está bien implantada en Europa oriental, donde existen los conocidos clubes de alcohólicos de Yugoslavia y otros países, en los que se practica una política semejante a la de AA. En el Oriente Medio y en la India, un gran número de sus miembros son empleados de empresas extranjeras, mientras que muchos de los grupos asiáticos fueron iniciados por los ejércitos norteamericanos. Pero en todas la regiones del mundo el número de los grupos está aumentando.

Dos razones principales explican el por qué del actual florecimiento de los grupos de autoayuda. Primeramente, la decepción con los servicios asistenciales existentes: el sentimiento de que las expectativas no son satisfechas, o de que estos servicios no están capacitados para suministrar la clase de ayuda que se necesita. En segundo lugar, el reconocimiento de que en muchas sociedades los sistemas tradicionales de apoyo, tales como la Iglesia, el vecindario, la familia ampliada, están en decadencia. Como resultado, hay una búsqueda de la comunidad por parte de personas que se sienten sin ayuda, sin esperanza y sin control sobre sus propias vidas.

Alcohólicos Anónimos no ha sido nunca objeto de un estudio internacional. De ahí que no sepamos aún cómo pudo adaptarse la asociación a las cambiantes circunstan-

cias socioculturales. Pero, dadas las conocidas disparidades entre grupos pertenecientes a una misma ciudad, es comprensible que los centros de AA en Tailandia sean en cierto modo diferentes de los situados en Nicaragua. Esta es una de las virtudes de la asociación: su capacidad de adaptación a las necesidades, principios y prácticas que constituyen la esencia de AA.

No cabe la menor duda de que AA, con su fundamento en el interés mutuo y en la ayuda constante, junto a su cooperación con las otras instituciones que trabajan en el mismo terreno, desempeñará un importante papel en una respuesta global a los problemas relacionados con el alcohol.

REINO UNIDO. El Dr. R. Wille estudia los "procesos naturales" que intervienen en el tratamiento aplicado por una clínica para lograr la definitiva recuperación de un joven adicto a la heroína.

El tratamiento es sólo una de las variables en un muy complejo campo de fuerzas. Debemos examinar cómo la gente actúa por sí misma, cómo utiliza a sus amigos, a sus familias, cómo se entrelaza la vida del individuo con los hechos fortuitos y con los acontecimientos de la vida, y analizar entonces el tratamiento en ese contexto, en la medida en que viene a añadirse a esos "procesos naturales".

Bob O. empezó a utilizar la heroína cuando tenía 16 años. Entre los 11 y 17, fue condenado cuatro veces por conducta delictiva. A los 18 —en junio de 1968— recibió por primera vez asistencia clínica. Su primera receta fue de 120 mg de heroína. En 1969 se redujo a 30 mg de la misma sustancia y 30 mg de metadona. Por esa época (1969) su vida se fue volviendo cada vez más caótica. Comenzó a inyectarse píldoras para dormir disueltas, perdió su empleo y fue encontrado inconsciente en la calle por la policía, tras haber consumido una dosis excesiva de barbitúricos.

Sobre su primera reducción, en 1969, Bob comenta: "Fue un período en el que no estaba preparado para 'bajar'. Y si entonces los médicos lo fuerzan a uno a disminuir, se pierde inútilmente el tiempo".

A principios de 1970 su receta aumentó a 70 mg de heroína y 40 de metadona, dosis en la que se mantuvo hasta 1972. En ese tiempo comenzó una paulatina estabilización de su consumo de droga y de su situación social. Estaba atormentado por su deterioro físico, sus abscesos y sus sobredosis, la muerte de su mejor amigo causada por un consumo excesivo de barbitúricos, la decadencia de su antiguo ambiente marginal, la enfermedad de su madre y sus quejas por la vida que llevaba. Dejó de tomar píldoras para dormir y empezó a trabajar regularmente. Interrumpió el contacto con el círculo de la droga y se convirtió —según su propia expresión— en un "solitario". En los dos años que siguieron emprendió una lenta reducción de la droga, por considerar que era éste el mejor camino posible para llegar a la abstinencia.

¿Por qué tuvo éxito esta segunda reducción? Bob O. dice que tomó esta decisión porque encontró una nueva novia, que no quería casarse con él mientras continuara drogándose. Tras diez años de consumo de heroína, a los 26 años se volvió abstinente, se casó con su novia y poco tiempo después terminó su formación de carpintero y se dedicó con éxito a su oficio. Ahora tiene auto y casa propia, y se ha mantenido alejado de la droga en los cuatro años últimos.

Para Bob O. el desempeño de un nuevo papel en la sociedad —expresado principalmente en un trabajo estable y una relación profunda con otra persona— se interfirió con el azar y con los sucesos de la vida. Los esfuerzos terapéuticos tuvieron éxito cuando se complementaron con estos cambios sociales.

El **Dr. R. Willie** *es miembro de la Unidad de Investigación sobre la Toxicomanía del Instituto de Psiquiatría de Londres.*
El **Sr. J. Chi'en** *es Superintendente de Servicios Sociales de la Sociedad para la Ayuda y la Rehabilitación de los Drogadictos, Hong Kong.*
El **Dr. V. Poshyachinda** *es colaborador del Instituto de Investigaciones Sanitarias de la Universidad de Chulalongkorn, Bangkok, Tailandia.*
El **Dr. H. Suwaki** *es miembro del Departamento de Neuropsiquiatría de la Escuela de Medicina de Kochi, Japón.*
El **Dr. D. Robinson** *es miembro de la Unidad de Investigación sobre la Toxicomanía del Instituto de Psiquiatría de Londres.*

Consumo de alcohol por persona mayor de 15 años, calculado en litros al cien por cien de etanol.

País*	Consumo 1976	Promedio anual de variación del % 1970-1976
Francia	21,3	— 2
Portugal	19,4	+ 4
España	19,3	+ 2
Luxemburgo	16,8	+ 0.6
Italia	16,8	— 3
Rep. Fed. de Alemania	15,8	— 0.2
Austria	14,6	+ 2
Nueva Zelandia	13,7	+ 4
Hungría	13,4	+ 0.6
Australia	13,3	+ 1
Suiza	13,2	— 2
Bélgica	13,2	0
Irlanda	12,6	+12
Yugoslavia	12,0	+ 3
Checoslovaquia	11,9	— 3
Dinamarca	11,8	+ 4
Canadá	11,7	+ 4
Países Bajos	11,1	+ 7
Reino Unido	11,0	+ 5
Polonia	10,8	+ 7
Estados Unidos	10,7	+ 2
Rep. Dem. Alemana	10,5	0
Finlandia	8,1	+ 5
Suecia	7,4	— 1
Noruega	5,6	+ 5

*Ordenados según los porcentajes de consumo.
Fuentes: Organización Internacional del Trabajo (1977); Naciones Unidas (1977); de Lint (1975); *Produktschap voor Gedistilleerde Dranken* (1977).

El ABC de las drogas



La adormidera, planta de la que se extrae el opio.

Opio. El opio es el jugo coagulado que se extrae de las cápsulas verdes de la adormidera, planta conocida científicamente como *Papaver somniferum*. Puede cultivarse prácticamente en cualquier parte del mundo, y en algunos países se cultiva para recoger su semilla o por la belleza de sus flores más bien que por el opio que contiene. Las semillas, que constituyen un valioso alimento rico en sustancias oleaginosas, se prensan para obtener aceite o se usan para la confección de bizcochos y pasteles. La adormidera es una planta anual, que con toda probabilidad proviene de la región mediterránea y del Oriente Medio.

La primera noticia recogida acerca del opio aparece en las tablillas sumerias. Los sumerios vivían en la Mesopotamia Inferior (actual Iraq) aproximadamente hacia el año 5000 a.C. Más tarde, los conocimientos acerca de las propiedades medicinales de la adormidera fueron introducidos en Persia y Egipto por los babilonios. Los griegos y los árabes también utilizaron el opio con fines medicinales. Los primeros datos existentes acerca del cultivo de la adormidera en la India se remontan al siglo XI, y la produción y consumo de opio en ese país se extendió durante el siglo XVI, bajo la dominación de los mongoles. Probablemente fueron los árabes quienes introdujeron el opio en China, en el siglo IX o X. En Europa se conocía ya en la Edad Media, y el famoso médico Paracelso lo administraba a sus pacientes.

El opio tuvo mucha importancia desde el punto de vista médico, pero su prominente situación terapéutica fue ocupada más tarde por algunos de sus alcaloides (morfina y codeína) y por los opiáceos sintéticos (petidina y metadona). Hoy ha pasado a ser una importante materia prima para la fabricación de morfina y codeína.

Como droga que produce una sensación de placer, el opio se consumía originariamente comiéndolo o bebiéndolo en forma de infusión. Fue en tiempos relativamente recientes, hace pocos siglos, cuando se adquirió el hábito de fumar opio.

El uso indebido del opio y de sus derivados (morfina y heroína) dio lugar a los primeros intentos internacionales de establecer normas para la fiscalización de los estupefacientes.

Morfina. La morfina es el más importante de los principios activos del opio. El contenido medio de morfina del opio es aproxidamente del 10%. La morfina (en recuerdo de Morfeo, el dios griego del sueño) se extrae ya sea del opio ya directamente de la paja de adormidera (cápsulas y parte superior de los tallos de la adormidera del opio después de cortadas y ya secas). El proceso de utilización de la paja de adormidera elimina la producción de opio y reduce mucho los riesgos de uso indebido y de tráfico ilícito. Este proceso se ha extendido considerablemente y, en los últimos años, casi un tercio de la morfina necesaria en todo el mundo para fines medicinales se ha obtenido de la paja de adormidera.

La morfina se utiliza con frecuencia para aliviar los dolores agudos de breve duración derivados de las intervenciones quirúrgicas, de las fracturas y de las quemaduras, así como en las últimas fases de las enfermedades incurables. Con la introducción de los estupefacientes sintéticos y de otras drogas analgésicas, el uso y la importancia terapéutica de la morfina han disminuido considerablemente, si bien se la sigue considerando como el prototipo de los estupefacientes.

Codeína y otros derivados de la morfina. La codeína, antitusivo (es decir, calmante de la tos) eficaz, es uno de los medicamentos más comunes y de mayor uso. También tiene un ligero efecto analgésico. La codeína (metilmorfina) aparece en el opio en baja concentración, pero para fines comerciales se fabrica principalmente mediante la transformación de la morfina. Esto explica la aparente contradicción que puede observarse entre la disminución del uso terapéutico de la morfina y el aumento de su producción: más del 90% de la morfina producida por la industria farmacéutica se convierte en codeína. La codeína tiene propiedades similares a las de la morfina pero sus efectos analgésicos son más atenuados.

Los casos de codeinomanía son relativamente escasos: la dependencia se produce

Este artículo está tomado del folleto Las Naciones Unidas y la fiscalización del uso indebido de drogas *redactado por la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas en Ginebra (Naciones Unidas, Nueva York, 1977).*

tras el consumo continuado durante un período prolongado.

Heroína. La heroína (diacetilmorfina) se obtiene de la morfina mediante un proceso de acetilación. Por recomendación de la Organización Mundial de la Salud y de la Comisión de Estupefacientes, ha sido prohibida en la mayor parte de los países, y su utilización en medicina ha sido sustituida por la de otros analgésicos menos peligrosos.

La heroína es tal vez de todos los estupefacientes conocidos el que más fácilmente causa dependencia. La intensa euforia producida por esta droga ha hecho de la heroína el derivado morfínico de mayor consumo entre los toxicómanos.

La calidad de la droga que puede obtenerse en el mercado negro depende de diversas actividades ilícitas: en el largo proceso que va desde el laboratorio clandestino al vendedor de contrabando y de éste al toxicómano callejero, la heroína que originalmente había se disuelve tantas veces que en la sustancia blanca (o rosa o marrón) contenida en la "bolsita" puede no haber, en algunos países, más que un 3 o un 5% de heroína. La adulteración de la heroína es el medio más sencillo de que disponen los traficantes para aumentar sus beneficios.

Opiáceos sintéticos. La expresión "opiáceos sintéticos" o "estupefacientes sintéticos" suele aplicarse a cierto número de sustancias toxicomanígenas (petidina, metadona, etc.) aparecidas en el mercado desde el descubrimiento de la petidina por los químicos alemanes hace unos 30 años. Cuando aparecieron por primera vez en el mercado, se dijo que la petidina y la metadona carecían de propiedades toxicomanígenas; sin embargo, la experiencia ha permitido llegar a otras conclusiones. La dependencia tarda más en manifestarse y es menos perentoria que en el caso de la morfina, pero es indudable que existe ese poder toxicomanígeno.

La rápida aparición de nuevas drogas sintéticas y su entrada en el mercado, acompañada a veces por la afirmación, no comprobada, de que no producen dependencia, ha hecho que la Comisión de Estupefacientes ponga repetidamente en guardia a los gobiernos para que sometan inmediatamente esas sustancias a medidas provisionales de fiscalización, hasta que la Organización Mundial de la Salud pueda evaluar con precisión sus efectos. El criterio de la Comisión es que, en esos casos, los intereses comerciales deben supeditarse a las consideraciones de salud pública. A este respecto, también se ha insistido en que, sin perjuicio para la libertad de la prensa, se debe buscar la manera de prohibir toda publicidad engañosa de las propiedades de las nuevas drogas.



Una planta de cannabis

Cannabis

En el transcurso de cuatro o cinco mil años, millones de personas han utilizado los productos de la planta *Cannabis sativa* en busca de una sensación placentera. El consumo de cannabis reviste diversas modalidades. Se fuma muchas veces mezclado con tabaco, o se mezcla la resina de la planta con bebidas o golosinas. En algunos países aún se tolera este tipo de consumo.

Son pocas las partes del mundo en que el cannabis no puede cultivarse con éxito. Según las características del suelo, las condiciones climatológicas y el grado de cultivo, esta planta de aspecto silvestre puede alcanzar una altura que oscila entre 0,30 y 6 metros. La planta de cannabis o la droga en bruto que de ella se obtiene y las preparaciones locales de cannabis se conocen con cientos de nombres diferentes. Los elementos tóxicos de la resina de cannabis (conocida como hachís) se hallan principalmente en las sumidades floridas, en particular de los ejemplares femeninos. La resina de cannabis era la modalidad más activa del cannabis hasta hace pocos años, en que apareció en el mercado ilícito un nuevo producto del cannabis, el cannabis líquido, que es una solución concentrada que contiene a veces más de un 60% de THC (tetrahidrocannabinol) y es más peligrosa que otras formas de cannabis.

Hay indicios de que los efectos del cannabis dependen en gran parte de la cantidad de THC contenida en el producto utilizado. Según la Convención Unica de 1961 sobre Estupefacientes, por cannabis se entiende "las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con el que se las designe", pero en el habla común el uso del término "cannabis" puede diferir de esta definición, y las palabras "cannabis", "mariguana" o "hachís" abarcan toda una serie de distintas preparaciones de cannabis.

Desde el punto de vista médico, el cannabis es un remedio anticuado. En consecuencia, se ha recomendado que se abandone su empleo en la práctica médica, pero en algunos países de Asia el personal médico local lo sigue utilizando para el tratamiento de ciertas dolencias.

En ciertos países, el consumo de cannabis ha sido un hábito tradicional durante siglos, en particular en las regiones en que el consumo de alcohol está prohibido.

Los efectos del cannabis dependen en gran manera de la cantidad administrada y de la potencia de la sustancia consumida. El cannabis produce efectos tales como la hilaridad, trastornos de la percepción sensorial, supresión de las inhibiciones, despersonalización, agitación, confusión mental, sedación. La dependencia psíquica es moderada. El efecto psíquico depende en gran parte de las expectativas y deseos de los usuarios. La dependencia física es ligera o nula y la tolerancia relativamente pequeña. Sin embargo, estudios recientes muestran la necesidad de continuar las investigaciones sobre la tolerancia y la dependencia en el hombre.



El arbusto de la coca
(Erythroxylon coca)

Hoja de coca y cocaína

El arbusto de coca —*Erythroxylon coca*— es de hoja perenne y crece en la zona occidental de América del Sur. Desde hace siglos, los pueblos de los altiplanos de América del Sur mastican sus hojas, que son también la materia prima para la fabricación de cocaína.

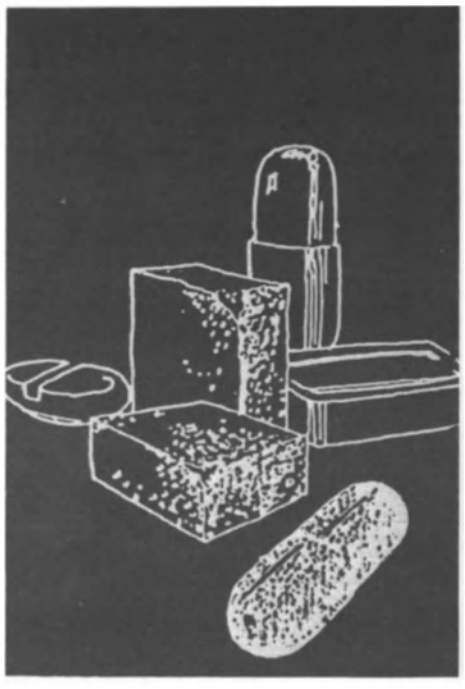
Dado que el hábito de masticar la hoja de coca depende de cierto número de factores sociales y económicos desfavorables, la solución del problema reviste dos aspectos fundamentales y paralelos: la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población entre la que la masticación de la hoja de coca es un hábito común y la necesidad de que los gobiernos inicien simultáneamente una política que limite el cultivo de la hoja de coca, fiscalice su distribución y termine con el hábito de masticarla. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ha recomendado a los países en los que está generalizado el hábito de masticar hoja de coca que apoyen sus esfuerzos para poner fin a dicha práctica.

La cocaína, que es una droga de fuerte acción estimulante*, es el principal alcaloide contenido en la hoja de coca, de la que se puede extraer. Se utilizó primero, hace un siglo, como anestésico local, pero su importancia terapéutica ha disminuido con la introducción de otras drogas dotadas de propiedades anestésicas.

En el caso de uso indebido, el efecto estimulante de la cocaína se traduce en un estado de excitación y locuacidad y en una disminución de la sensación de cansancio. La cocaína puede producir euforia y la sensación de un incremento de la fuerza muscular. A este estado de excitación sigue un período depresivo. El consumo de dosis elevadas de cocaína lleva a un estado de recelo, temor y alucinaciones (características de una psicosis paranoide) y puede dar lugar a actitudes agresivas y antisociales. Los efectos de la cocacína son semejantes a los producidos por las anfetaminas.

La cocaína produce una intensa dependencia psíquica. No causa dependencia física ni suscita la aparición de tolerancia. El organismo humano descompone con gran rapidez la cocaína y algunos toxicómanos llegan a tomar hasta diez gramos diarios. Aunque la masticación de hojas de coca produce efectos estimulantes, esos efectos no pueden compararse con el grado de estimulación que se obtiene con la administración de la cocaína.

*** En términos farmacológicos, la cocaína es un estimulante del sistema nervioso central, sometido a fiscalización en virtud de la Convención Unica del 1961 sobre Estupefacientes. Aprobada en 1961, esta Convención entró en vigor en 1964. Sustituía los nueve tratados existentes sobre control internacional de los estupefacientes, ampliaba el control del cultivo de las plantas de las que se obtienen las drogas "naturales" (opio, cannabis, hoja de coca) y simplificaba los dispositivos de control internacional. La Convención fue enmendada en 1972 con el fin de reforzar el sistema de control de las drogas.**



LSD

Alucinógenos

Las grandes civilizaciones ofrecen numerosos ejemplos de empleo de sustancias alucinógenas. El consumo ritual de hongos alucinógenos en América, el empleo de otros hongos con efectos tóxicos por hechiceros en Asia y el empleo de ciertas plantas para prácticas de brujería en Europa son sólo unos cuantos ejemplos de la diversidad de los alucinógenos "tradicionales", pero recientemente el término "alucinógeno" se ha asociado más bien con la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), el STP, el DMT y otras nuevas sustancias.

El uso de esos alucinógenos se ha difundido en los países occidentales desarrollados entre personas que buscan modificaciones de la percepción sensorial, expansión de la conciencia o visiones místicas. Los usuarios regulares de dichas sustancias pueden llegar a depender psíquicamente de las mismas. No existe dependencia física pero los alucinógenos producen tolerancia.

Los alucinógenos constituyen una categoría heterogénea de sustancias, pertenecientes a una amplia gama de grupos químicos y farmacológicos. La propagación de su uso indebido y los efectos resultantes del mismo han hecho que cierto número de alucinógenos se sometan a medidas internacionales de fiscalización. La norma orientadora facilitada por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de 1971, en la selección de sustancias alucinógenas que habrán de sujetarse a fiscalización figura en el artículo 2 de dicho Convenio. Una sustancia quedará sujeta a fiscalización "si la Organización Mundial de la Salud comprueba: que la sustancia puede producir... estimulación o depresión del sistema nervioso central, que tengan como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora o del juicio o del comportamiento o de la percepción o del estado de ánimo... y que hay pruebas suficientes de que la sustancia es o puede ser objeto de un uso indebido tal que constituya un problema sanitario y social...".

LSD. LSD (LSD-25, lisérgida) es una abreviatura de la designación en alemán de la dietilamida del ácido lisérgico *(Lyserg Säure Diäthylamid)*. El LSD es un compuesto sin-



Hongos alucinógenos



El peyote

tético o, para ser más exactos, semisintético, ya que no se encuentra como tal en ninguna materia natural, sino que se produce a base de ácido lisérgico, sustancia natural presente en el cornezuelo de centeno.

Para un "viaje psicodélico" *("trip"),* se utilizan de 100 a 250 microgramos (1 microgramo = 0,000001 gm) de LSD en forma de solución diluida o, mezclado con otras sustancias, en forma de cápsulas. Las gotas de solución suelen tomarse en un terrón de azúcar o en papel secante.

Las ingestión de LSD produce cambios de humor, alteración del sentido del tiempo, distorsión de la percepción visual y auditiva, despersonalización, pérdida del sentido de la realidad y alucinaciones auditivas y ópticas.

Las reacciones más comunes durante un "viaje" son las siguientes:

Reacciones de pánico: aparecen cuando el que consume el LSD se da cuenta de que no puede controlar sus efectos ; no puede soportarlos y trata inútilmente de poner término a los mismos.

Reacción paranoide: bajo los efectos del LSD, el individuo tiene la impresión de que alguien desea encerrarlo o "controlar su mente".

Mescalina. La mescalina es el principio activo del peyote, cactus cuyo nombre científico es *Lophophora Williamsii*; el nombre de peyote, con el que dicho cactus se conoce popularmente, parece ser de origen azteca. De tamaño pequeño, carnoso y desprovisto de espinas, el cactus crece salvaje en los lugares secos y sobre los riscos o vertientes rocosas de la altiplanicie mexicana, o en la zona sudoccidental de los Estados Unidos.

El peyote se utilizaba y se veneraba como panacea, como amuleto y como alucinógeno en las regiones montañosas del norte de México, siglos antes de que llegasen los europeos en el siglo XV. Su consumo estuvo muy extendido entre los indios huicholes, que lo utilizaban para fines medicinales, para provocar visiones en las que recibir mensajes proféticos y, colectivamente, para obtener el deseado estado de trance propicio a las actividades rituales.

La mescalina es un alucinógeno menos poderoso que el LSD, pero sus efectos son muy similares, con pertubaciones de la personalidad y síntomas análogos a los de la esquizofrenia

Psilocibina, psilocina. La psilocibina y la psilocina son dos principios activos del hongo alucinógeno *Psilocybe mexicana*. Este hongo es el más importante de los hongos sagrados adorados por los indios de México, que durante mucho tiempo han utilizado el "teonanacatl" (carne de los dioses) en los ritos religiosos aztecas.

Debido al empeño de los indios en no facilitar información, hasta hace pocos años no pudieron identificarse algunos de los hongos sagrados, entre ellos el *Psilocybe*. El estudio farmacológico de la psilocibina y de la psilocina ha confirmado las fuertes propiedades alucinógenas de este hongo.

DMT, DET. DMT y DET son las abreviaturas de la dimetiltriptamina y de la dietiltriptamina, respectivamente. Ambas sustancias tienen fuertes efectos alucinógenos. El DMT es también el principio activo de varios polvos para absorber por la nariz, empleados en América del Sur.

Se trata de sustancias químicas utilizadas por los indios en sus ceremonias religiosas con el fin de provocar estados místicos de la mente que, según afirman, les permiten comunicarse con sus dioses.

El DMT es una sustancia que desde el punto de vista químico está en íntima relación con la psilocina y con la psilocibina.

STP. Con la digla "STP" (dimetoximetanfetamina) se designa un compuesto sintético producido en los laboratorios clandestinos. Sus propiedades químicas lo aproximan a la mescalina y al grupo de las anfetaminas; su acción es más prolongada que la del LSD.

THC. Es la designación abreviada del tetrahidrocannabinol, uno de los principios activos del cannabis. Se trata de una droga de fuerte poder alucinógeno y de efectos farmacológicos en cierto modo similares a los del LSD. Estos efectos son los cambios de humor, la alteración del sentido del tiempo, la distorsión de la percepción visual y auditiva, la despersonalización, la pérdida del sentido de la realidad, etc.



Las anfetaminas, medicamento de efectos estimulantes e hipnóticos

Estimulantes

Los estimulantes más importantes son los del grupo de las anfetaminas. El término "anfetaminas" se refiere a las aminas sintéticas que en muchos aspectos son similares a la adrenalina hormonal segregada por el cuerpo humano. Las anfetaminas, al igual que la cocaína, suprimen el apetito, aumentan la actividad física y la agilidad mental y estimulan el sistema nervioso central. A la síntesis de estas drogas se llegó a comienzos del siglo XX, si bien no se emplearon para fines terapéuticos antes de 1930. Debido a sus efectos estimulantes, las anfetaminas fueron muy utilizadas en el ejército, en particular por los pilotos, durante la segunda guerra mundial (1939-1945). Dentro de este grupo, las sustancias más comunes son la anfetamina, la desanfetamina y la metanfetamina. Otros compuestos como la fenmetracina y el metilfenidato poseen efetos farmacológicos muy semejantes. El uso de los estimulantes, en medida más o menos permisible, está muy extendido entre los conductores de camiones que efectúan largos recorridos, los estudiantes que preparan exámenes y los deportistas que tratan de superar sus posibilidades normales.

En los últimos 30 años, se ha abusado de las anfetaminas en las zonas urbanas de muchos países. En algunos países desarrollados, el uso indebido de estimulantes ha alcanzado proporciones epidémicas y ha hecho que las autoridades sometan estas sustancias a un control riguroso.

El valor terapéutico de estos medicamentos es más bien limitado y en algunos países su uso se reduce en la práctica a dos tipos de casos: a) como estimulantes administrados en determinadas condiciones, y b) para el tratamiento de la obesidad. Estas sustancias muy eficaces para suprimir el apetito dejan de hacer efecto después de varias semanas, como también desaparece su efecto estimulante, a menos que se aumenten las dosis. A juicio de algunos especialistas sólo se justifica la prescripción de anfetaminas para el tratamiento de la narcolepsia (enfermedad muy poco común).

La limitada aplicación medicinal de las anfetaminas contrasta con la amplitud que alcanzan en algunos países el tráfico ilícito y el uso indebido de las mismas.

En cuanto medicamento, las anfetaminas se consumen generalmente en forma de tabletas y de cápsulas. La forma más peligrosa que reviste el uso indebido de anfetaminas es el consumo de dosis excesivas de metanfetamina *("speed")* por vía intravenosa. Este nuevo procedimiento de inyectar los estimulantes produce efectos que pueden durar varios días, y se caracterizan porque en sus últimas fases provocan un estado de hostilidad, de agresión y de paranoia debido a la administración continuada por vía intravenosa de dosis masivas de la droga. Los grandes consumidores de estimulantes no pueden trabajar regularmente debido al estado de dependencia en que se encuentran.

En el uso indebido de anfetaminas y otros estimulantes se combinan frecuentemente esas sustancias con otras drogas, como los barbitúricos o los opiáceos, o se alterna el consumo de unas y otras. Merece la pena señalar que el STP (dimetoximetanfetamina) y el MDA (metilenedioxianfetamina), alucinógenos poderosos, están en estrecha conexión, desde el punto de vista de su composición química, con las anfetaminas.



Sedantes-hipnóticos

Barbitúricos. Los sedantes-hipnóticos más empleados pertenecen al grupos de los barbitúricos. Se utilizan con fines medicinales desde hace más de medio siglo y en varios países representan el 10% de las recetas médicas. Los barbitúricos se utilizan bajo control facultativo, en pequeñas dosis, como hipnóticos (tabletas para dormir) o sedantes o, en dosis más fuertes, como anestésicos. El consumo continuado de barbitúricos produce una marcada dependencia física.

Las personas que los consumen de manera regular lo hacen generalmente para sustraerse a la ansiedad. Los síntomas de la intoxicación crónica son parecidos a los producidos por el alcohol: las dosis elevadas acarrean la pérdida de la coordinación motora y trastornos de las funciones psíquicas. En algunos casos la intoxicación con barbitúricos produce psicosis tóxicas seguidas de coma con desenlace mortal. La tolerancia es baja y el consumo de grandes cantidades de barbitúricos puede ser una forma consciente o inconsciente de suicidio. El síndrome de abstinencia empieza un día después de la última dosis y llega a su máxima intensidad al cabo de dos o tres días. Se caracteriza por ansiedad, temblores, trastornos de la percepción, insomnio y, en algunos casos, convulsiones y "delirium tremens".

En algunos países, el consumo de barbitúricos no está sometido a fiscalización. Este hecho tiene graves consecuencias, como el peligro de la dependencia; cuando ésta se produce, el uso incontrolado de barbitúricos puede conducir a la toxicomanía múltiple, esto es, al uso de barbitúricos en combinación con otras sustancia. Las tres combinaciones más frecuentes y peligrosas son las de los barbitúricos utilizados junto con la heroína, con las bebidas alcohólicas o con estimulantes.

Tranquilizantes menores. Existe un considerable número de medicamentos conocidos como tranquilizantes menores, que generalmente suelen recetarse a pacientes que sufren de estados de ansiedad o de tensión. Muchas de esas sustancias se consumen en gran escala, ya sea por prescripción facultativa, ya en forma indebida. En muchos países, la produción, el comercio y la distribución de dichas sustancias no están sujetos a medidas eficaces de fiscalización (en el caso de que exista alguna forma de control), y se han observado casos de dependencia de tranquilizantes menores. Se han registrado algunos casos de defunción debidos a dosis excesivas de tranquilizantes menores, pero con menor frecuencia que en los barbitúricos. Los tranquilizantes menores (como la metacualona, etc.) suelen consumirse combinados con bebidas alcohólicas o con otras drogas, ya sea para obtener efectos más duraderos o para intensificar la acción de las otras sustancias. ■

Ingerir, aspirar, inyectarse...

Son numerosas las drogas que se ingieren, simplemente, tragándolas. Entre el instante de la ingestión oral y aquel en que la droga produce efecto pleno en el cerebro transcurre un cierto lapso de tiempo. Según algunas investigaciones científicas, esta demora contribuye a que el proceso por el cual el que toma drogas por vía oral se convierte en drogadicto sea relativamente lento.

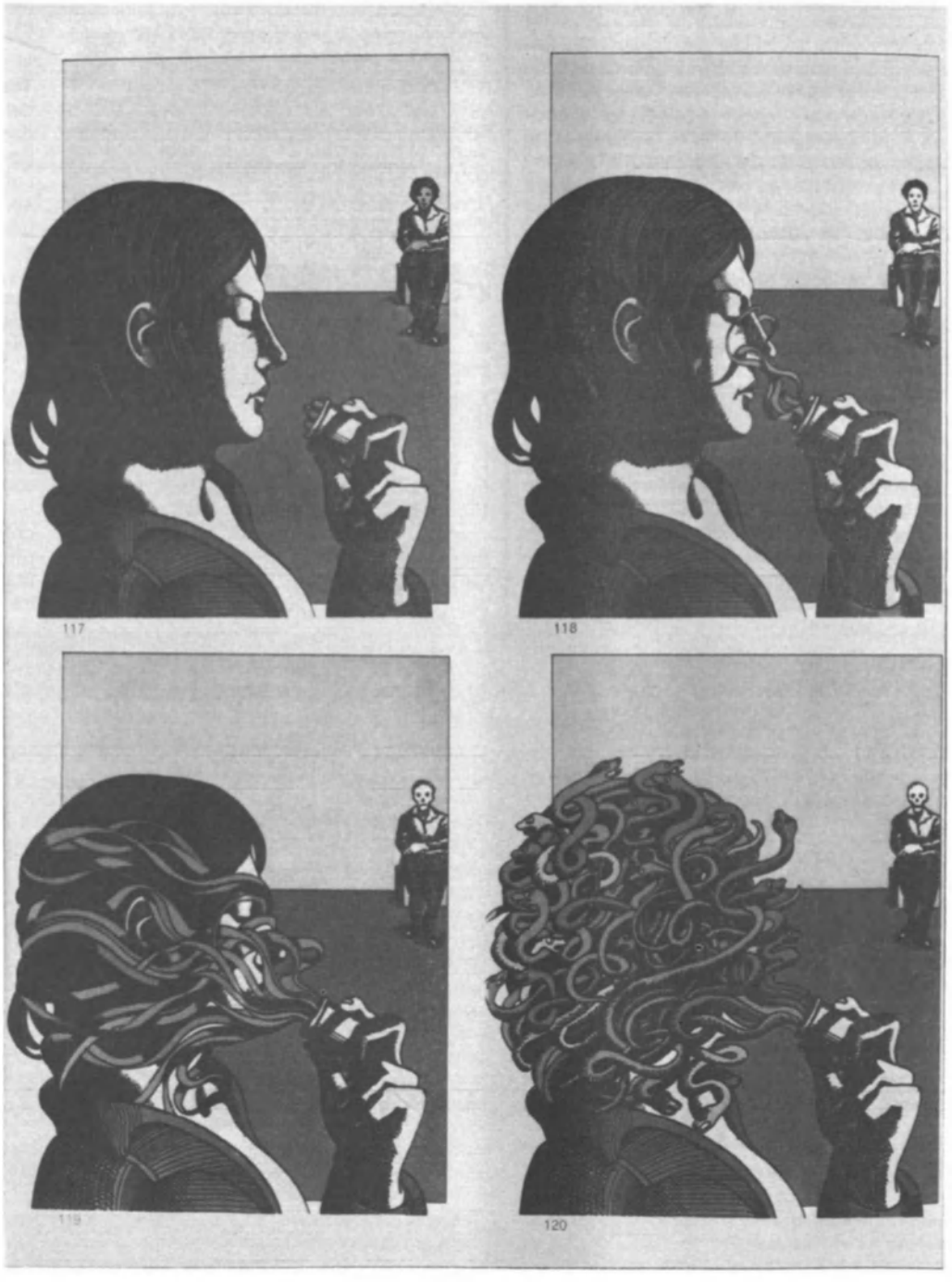
El caso clásico de droga ingerida por vía oral es el del alcohol. Es posible también "comer" la marihuana en una tarta o beberla en una infusión, y hay quienes también ingieren el opio. Todas las drogas sintéticas se absorben en forma de píldoras. Una manera rápida de obtener efecto de algunas drogas es manteniéndolas dentro de la boca contra la mejilla. Así proceden los mascadores de tabaco, de *jat* o de coca.

La absorción más rápida y eficaz de algunas drogas se logra aspirándolas directamente o en forma de humo, como el tabaco, el opio, la pasta de cocaína y los cigarrillos de mariguana. El humo de heroína puede también ser asimilado a través de las fosas nasales por el procedimiento conocido como *chasing the dragon* (perseguir al dragón). Algunas gomas y substancias diluyentes se ingieren por inhalación y el polvo de cocaína se aspira. El poderoso atractivo del cigarrillo proviene de sus excelentes cualidades tecnológicas, que permiten el envío instantáneo de nicotina al cerebro a través del torrente sanguíneo, dosis por dosis, tras cada chupada.

Pero el predominio de la técnica se manifiesta en el empleo de la aguja y la jeringa. Quienes se inyectan heroína llegan a convertirse en drogadictos mucho más rápidamente que los tradicionales fumadores de opio, del cual proviene aquélla. La innovación de las drogas inyectables multiplica la posibilidad accidental de una sobredosis, y presenta el peligro de la introducción de bacterias y substancias contaminadas en el torrente sanguíneo. Los opiómanos tradicionales no siempre arriesgaban la vida, y ni siquiera puede decirse que estuvieran condenados a vivir menos años que los demás. En cambio, los toxicómanos que se inyectan heroína no sólo se enfrentan con el riesgo de morir por sobredosis, sino que se hallan constantemente expuestos al peligro de contraer diversas enfermedades infecciosas: septicemia, tétano, malaria. La esperanza de vida de esos drogadictos se reduce, no como consecuencia directa del consumo de heroína, sino como resultado de las inyecciones sin adecuada esterilización.

Cuidado con los medicamentos

La doctora Ruth Cooperstock advierte sobre un fenómeno de nuestro tiempo: la creencia de que debe existir una píldora o una gragea para curar cada uno de nuestros males. ¿Cómo hacer frente a esa creciente demanda? ¿Cuál es la responsabilidad del médico que firma la receta? La doctora Cooperstock se refiere especialmente a las benzodiazepinas, un subgrupo de tranquilizantes que incluye productos tan conocidos como el valium y el librium.

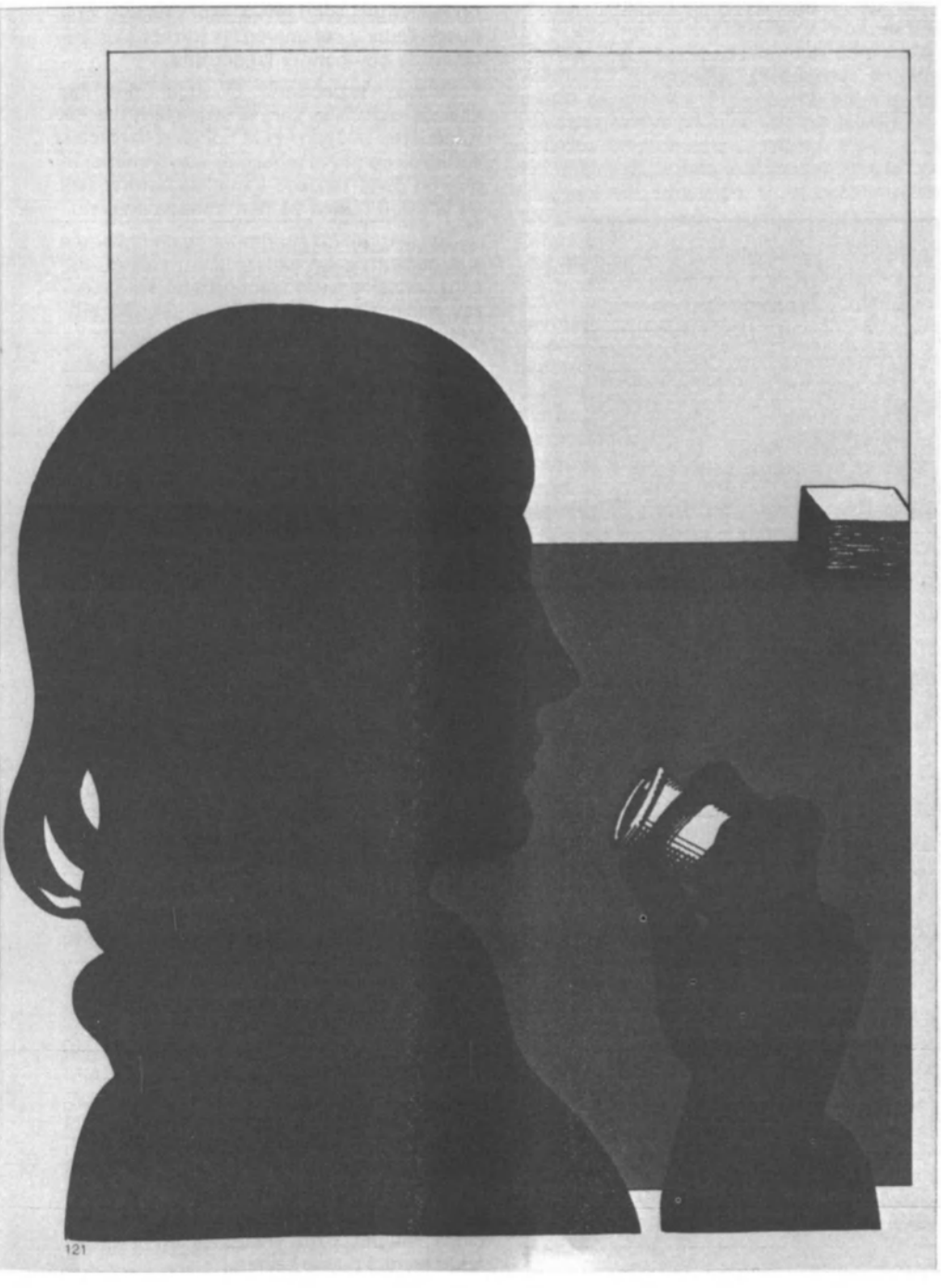


Para abordar el tema debemos tener en cuenta que la industria farmacéutica experimenta un crecimiento sostenido cuya tasa supera el 10% anual.

A comienzos de los años 60 irrumpieron en el mercado las benzodiazepinas, comenzando por la clordiazepoxida (Librium) y el diazepam (Valium), presentados como agentes eficaces para tratar los problemas de ansiedad y superar los trastornos emocionales de la vida diaria. Pero las nuevas benzodiazepinas que fueron saliendo al mercado —y la lista es larga —ya no sólo eran recomendadas como sedantes diurnos, sino también para su uso nocturno, como relajantes musculares y en la terapia anticonvulsiva. Además, comenzaron a aparecer numerosos medicamentos que cuentan entre sus componentes alguna benzodiazepina y cuya prescripción se aconseja para el tratamiento de una amplia gama de trastornos psicosomáticos.

La extensión del consumo de benzodiazepinas ha sido espectacular. En los últimos quince años el diazepam ha sido el medicamento de mayor venta en el mundo.

Se ha podido comprobar que el consumo de benzodiazepinas se halla más extendido entre ciertos sectores de la población, como las mujeres, que reúnen el doble de recetas médicas que los hombres. Las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos y los funcionarios y empleados ocupan los primeros lugares, siendo frecuente entre esos grupos el consumo de benzodiazepinas por períodos prolongados. Estas drogas, fáciles de conseguir, se han convertido, combinadas con alcohol, en la causa más frecuente de los casos de sobredosis de droga en Canadá y en Estados Unidos. Las investigaciones médicas indican que ciertos trastornos motores —especialmente algunos que afectan a la capacidad de conducir un vehículo— y algunos fenómenos relacionados con las funciones intelectuales y el comportamiento social pueden ser atribuidos al consumo de benzodiazepinas. De este modo, un medicamento cuyo uso ofrecía ventajas inmediatas ha originado todo un conjunto de pequeños y grandes problemas. Y más allá, el consumo de esos medicamentos aparece como causa de nuevos y aún más sutiles problemas que tienen que ver con el comportamiento social y cuya investigación se ha iniciado sólo recientemente.



Dibujo Milton Glaser © The Overlook Press, Nueva York

El hecho de que sean tan numerosas las personas que ingieren benzodiazepinas durante períodos prolongados, lo limitado de los beneficios que obtienen y los riesgos potenciales con que se enfrentan, plantean el problema de averiguar las causas que inducen a los médicos a recetarlas. Suele afirmarse que son los pacientes quienes piden que les receten esos medicamentos. Pero las investigaciones han demostrado que en la mayoría de los casos la iniciativa proviene del médico. La principal explicación de este fenómeno parece pues residir en una visión biomédica del hombre, tan arraigada entre los profesionales de la medicina. Ese enfoque filosófico lleva a estimar que todos los problemas se sitúan en el interior del paciente que llega al gabinete del médico y, por tanto, requieren soluciones biológicas.

Sería interesante conocer qué se ha hecho para intentar corregir esa tendencia que hace presa tanto en el médico que extiende la receta como en el paciente que se convierte en consumidor de esa droga durante largos períodos. En lo que se refiere a la preocupación por el consumo de psicotrópicos y por sus consecuencias, los medios de comunicación y los grupos de consumidores han influido tanto o más que los gobiernos o los médicos.

La revista del Royal College of General Practitioners (Reino Unido) señalaba recientemente que los intereses del gobierno, que es el que paga los medicamentos, y los de los industriales farmacéuticos se hallan en conflicto. "Ello determina que los 25.000 profesionales facultados para prescribir medicamentos se vean sometidos a crecientes presiones en favor de una u otra política", anotaba la revista. Y llegaba a sostener que "el empleo de tranquilizantes ha sido puesto hasta tal punto en entredicho que la prescripción de tales medicamentos puede llegar a ser considerada como un error terapéutico". La sensibilización que ha llevado a los gobiernos a intervenir en el asunto no sólo se debe a los altos costos económicos sino también a experiencias tales como la tragedia provocada por la introducción de la talidomida.

Las organizaciones de consumidores de numerosos países facilitan en sus publicaciones amplia información sobre los servicios de salud, que incluye información acerca de los medicamentos. No obstante, puede decirse que, en general, la voz de los consumidores todavía no ha sido escuchada en este punto. Sólo en los últimos años las investigaciones sobre el consumo de medicamentos han ido más allá del examen complaciente y tradicional del tema, que se limitaba a tratar de averiguar por qué los pacientes no tomaban los remedios que el médico les recetaba. Los nuevos estudios se sitúan en la perspectiva de lo que interesa a los consumidores. Sus preguntas a los usuarios de los servicios de salud versan sobre los efectos emocionales y sociales, y las consecuencias físicas, del consumo de tranquilizantes. Entre las alternativas que se proponen a éstos están la elevación de la conciencia de los individuos y la creación de grupos de ayuda mutua. En las grandes ciudades, esos grupos ayudan a las personas deseosas de romper con el hábito de los tranquilizantes. ■

Esa droga llamada tabaco

por Martin Raw

CUANDO comenzó a cobrarse conciencia de los peligros que entraña el tabaco, en Gran Bretaña un 65% de los hombres adultos eran fumadores habituales, y el 40% de las mujeres. A partir de 1973 se ha producido una leve pero sostenida disminución del consumo de tabaco. Por primera vez desde 1945 los fumadores han pasado a ser minoría. Enumeramos a continuación las principales medidas aplicadas dentro de la campaña contra el tabaquismo, clasificadas en siete categorías principales.

Educación sanitaria. Se han realizado esfuerzos con vistas a la publicación de los resultados de las investigaciones sobre los efectos nocivos del tabaco y a la organización de conferencias internacionales. Se crearon en Gran Bretaña el *Health Education Council* (HEC) y la *Action on Smoking and Health*, dedicándose el primero a la organización de campañas educativas.

Legislación. Lo más importante ha sido tal vez la promulgación, en 1965, de la ley que prohibe la publicidad de los cigarrillos en televisión.

Presiones sobre la industria del tabaco y las empresas de publicidad. El Gobierno británico se ha mostrado renuente a adoptar otras medidas que le han sido requeridas contra el consumo del tabaco, del tipo de la que prohibió la publicidad por televisión. Ha preferido presionar a la industria tabacalera para intentar llegar a acuerdos con ella.

Control social. El público acepta cada vez de mejor grado la prohibición, cada día más extendida, de fumar en ciertos sitios públicos, como los medios de transporte (1971), los cines (1971) y los aviones (1972).

Control de precios. Se ha demostrado que en Gran Bretaña cuando aumenta el precio del tabaco el consumo disminuye. El Gobierno no ha recurrido aún a este método, que puede llegar a ser una de las formas más eficaces de combatir el tabaquismo.

Clínicas especiales. El lugar que las clínicas especiales para el tratamiento de los fumadores ocupan en el conjunto de estos esfuezos contra el tabaco es aún limitado, lo que en parte se debe a que las autoridades de la salud nunca las han tomado en serio.

Consejos de los profesionales de la salud a sus pacientes. La experiencia muestra que esos consejos suelen tener efecto entre ciertos pacientes, especialmente cuando provienen del médico generalista.

Los problemas más complejos para una estrategia de lucha contra el tabaquismo surgieron después de haberse determinado los perjuicios que causa el tabaco. En un comienzo los especialistas en educación sanitaria creyeron que bastaría con convencer a la gente de los peligros del tabaco para que dejara de fumar. Esta esperanza resultó ser una ingenuidad, pues tal vez no tomaba en consideración los demás factores que se relacionan con este hábito, como el hecho de que se trata en realidad de una toxicomanía. Tampoco tenía en cuenta los cuantiosos recursos que se dedican a promover el consumo del tabaco. Se da el absurdo de que en Gran Bretaña el *Health Education Council* dispone anualmente sólo de un millón de libras esterlinas (2 millones de dólares) para los programas contra el tabaco, mientras que los industriales del ramo destinan cerca de cien millones de libras (200 millones de dólares) para inducir al público a fumar.

Hasta ahora el Gobierno se ha negado a emprender una acción para reducir el consumo. Esta actitud se debe, presumiblemente, a los considerables ingresos que proporciona el consumo de tabaco. Pero lo más interesante es que la combinación de los siete factores que hemos señalado ha logrado el efecto prodigioso de reducir el consumo a lo largo de los últimos cinco años. Aunque ninguna de esas medidas pueda producir efectos decisivos por sí sola —salvo el control del precio del tabaco—, en conjunto están dando sus frutos. Sin embargo, no podrá lograrse una solución del problema del tabaquismo mientras el Gobierno no adopte medidas mucho más enérgicas en aquellas áreas en que puede hacerlo. ■

MARTIN RAW, *psicólogo del hospital St. George de Londres, se ha especializado en investigasiones sobre el tabaco.*



Un problema en constante evolución

por G. Edwards y A. Arif

DEL mismo modo que no podemos imaginar que un hombre o una mujer puedan existir al margen de la sociedad y de la cultura, sería inconcebible que enfocáramos el problema del consumo de drogas y la respuesta que suscita sin tomar en consideración, a todos los niveles, el entorno sociocultural. No está en nuestro ánimo negar las diferencias que distinguen a los individuos, pero partimos de la constatación de que todo individuo, cualesquiera que sean sus características, sólo puede vivir, moverse y desarrollar sus actividades en el marco de un medio social determinado.

No pretendemos escribir aquí un tratado de futurología. Pero la verdad es que quienes se interesan por el problema de las drogas mal podrían enfocarlo de manera adecuada sin dirigir la mirada hacia el mundo en el que habremos de vivir, sin tratar de discernir las características esenciales que habrá de presentar el futuro. Las modificaciones y los progresos en cuanto a los recursos de que dispone el hombre, las nuevas formas de la miseria y de la riqueza, habrán de tener una influencia decisiva en los problemas de la droga y serán determinantes en relación con las cantidad de dinero que podrá destinarse a los programas en esta materia.

Más allá de los aspectos externos y materiales que presente el futuro, el consumo de droga —y la respuesta a los problemas que plantea— se verán profundamente afectados por factores como los valores sociales y culturales. Especial importancia tendrá el lugar que la sociedad asigne al individuo, así como la valoración que se haga de la libertad, del derecho a la búsqueda hedonista del placer, y el significado que se asigne a la salud dentro de la sociedad. Aunque el enfoque de estas cuestiones suele ser considerado como una utopía, podemos replicar que uno de los cambios significativos que precisamente estamos presenciando es el redescubrimiento del pleno derecho que nos asiste a formular estos interrogantes. Si los ignoramos, debemos tener conciencia de que correremos el riesgo de asistir a una intensificación del consumo indebido de drogas, o del uso indebido de las acciones preventivas y del tratamiento.

Vivimos en un mundo en que los viejos valores y estructuras, quebrantados día a día, se derrumban. Por ello podemos suponer que también se vendrá abajo el prolongado equilibrio que ha caracterizado el consumo de drogas en las diversas sociedades. En un futuro inmediato, el mundo va a enfrentarse con un aumento de los daños causados por la droga.

En el mundo de hoy se advierte una tendencia a la homogeneidad en el consumo de drogas. El cultivo y consumo del cannabis, que hasta hace algunas décadas era fundamentalmente un producto del Oriente, ha echado raíces en las sociedades de Occidente. El alcohol, que otrora fuera la droga tradicional del mundo occidental, origina actualmente crecientes problemas en los países de Oriente. El consumo abusivo de psicotrópicos va adquiriendo con rapidez caracteres de problema universal. Pero, a la vez que se desarrolla esta tendencia a la homogeneidad, subsisten en el consumo de drogas los patrones propios de cada cultura, lo que determina una diversidad y multiplicidad de situaciones y problemas.

La idea de que la droga es ante todo un asunto social y cultural obliga a aceptar una amplia flexibilidad a la hora de definir el problema. Lo que hoy se entiende de una manera puede ser visto en forma diferente dentro de diez años, cuando tal vez hayan surgido nuevas definiciones. Sucede, por ejemplo, que en los últimos años hemos hecho exageradamente hincapié en el consumo de drogas y en la toxicomanía, como si ése, y no el daño que producen, fuera el problema fundamental. Algunas sociedades están evolucionando hacia actitudes más tolerantes en relación con el consumo de algunas drogas de escasa nocividad, que hasta ahora eran rechazadas. En otras, el tabaco aparece bajo una luz cada día más negativa, debido a los perjuicios manifiestos que causa a la salud. Aunque en la mayoría de los países el consumo de alcohol es aceptado como algo normal, se extienden la inquietud y la preocupación por el fenómeno del alcoholismo y se refuerza la tendencia a precisar determinados niveles más allá de los cuales el consumo de alcohol sería perjudicial y se convertiría en problema para la sociedad.

Aunque algunas definiciones sólo van cambiando sutilmente, lo que sí suele modificarse son el orden y la prioridad de los problemas. Por ejemplo, parece estar surgiendo una tendencia a asignar mayor importancia al consumo de algunas drogas habitualmente aceptadas como el alcohol y el tabaco, o que pueden ser recetadas legalmente como las benzodiazepinas, respecto a las drogas que tradicionalemente eran consideradas ilícitas. La tradicional dicotomía que establecía una distinción entre las substancias lícitas y las drogas ilícitas tiende a desaparecer.

Muchos países carecen hasta hoy de los más elementales servicios y medios para prestar asistencia a los drogadictos, que languidecen a menudo en las celdas de las cárceles sin recibir la menor ayuda. Hay alcohólicos que mueren de delirium tremens debido a la falta de conocimientos médicos mínimos en quienes deberían poder salvarlos. Escasean los servicios indispensables para la desintoxicación y la rehabilitación de los drogadictos. La conciencia que existe de esta situación permite esperar que en el futuro se adopten medidas eficaces, especialmente en el plano organizativo, para hacer frente a estas necesidades.

Pero habrá que cuidar de que las nuevas medidas no apunten exclusivamente al desarrollo de un modelo médico de atención a las personas adictas a las drogas, ya que una acción de esa naturaleza sólo podría tener buenos resultados si fuera acompañada de un esfuerzo individual de los afectados y de la comunidad. Sería ilusorio pensar que las soluciones sólo dependen de la actividad de determinados profesionales y especialistas. Toda respuesta al problema desde un ángulo exclusivamente médico excedería las posibilidades económicas de cualquier país y sería seguramente ineficaz. Lo que se requiere es un tipo de tratamiento que asocie el esfuerzo individual, el de la comunidad y el de los especialistas cuya tarea debe ser fundamentalmente de apoyo.

Todo indica que en los próximos diez años se va a hacer hincapié especialmente en algunos aspectos que, según el criterio antiguo, no formaban parte del tratamiento. La relación terapéutica deberá contribuir a infundir esperanza, a afianzar una autodefinición capaz de generar optimismo, a trazar objetivos en conjunto, a dar confianza en la posibilidad de restaurar la autonomía individual. Los resultados futuros dependerán, seguramente, de la capacidad de comprender e impulsar estos precesos, más que del descubrimiento de nuevas panaceas tecnológicas. Será preciso ir más allá todavía, en la exploración de nuevas formas para combinar los tratamientos médicos con terapias naturales que refuercen sus efectos.

Para obtener mejores resultados en la prevención del consumo de drogas, será probablemente indispensable conceder en el futuro toda la atención que merece a un asunto básico: la necesidad de armonizar la respuesta social con el contexto cultural de la comunidad. Ya es posible apreciar en diversos sectores una redistribución de recursos, orientada a asignar prioridad a los aspectos preventivos. Pero es fácil advertir, en relación con el problema del alcoholismo, por ejemplo, que en numerosos países las actividades preventivas han sido descuidadas, haciéndose en cambio excesivo hincapié en los aspectos terapéuticos.

AWNI ARIF, *iraki, es Médico Jefe del Programa sobre Toxicomanía de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud y ex Director General del los Servicios de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud de Irak.*

Pero existe el peligro de que las actividades preventivas se vean condenadas al fracaso si nos escudamos en ellas para eludir o desatender problemas sociales más profundos, que son el verdadero caldo de cultivo para el consumo de drogas. Si tomamos, por ejemplo, el problema del alcoholismo en Kenia, sería absurdo sostener que su solución dependería únicamente de la organización de una campaña antialcohólica. Lejos de nuestro ánimo el pretender que no haya nada qué hacer. Pero sí llamamos la atención sobre la necesidad de estar prevenidos para evitar que la sociedad eluda sus responsabilidades, enfocando de manera inadecuada y superficial los problemas de la droga.

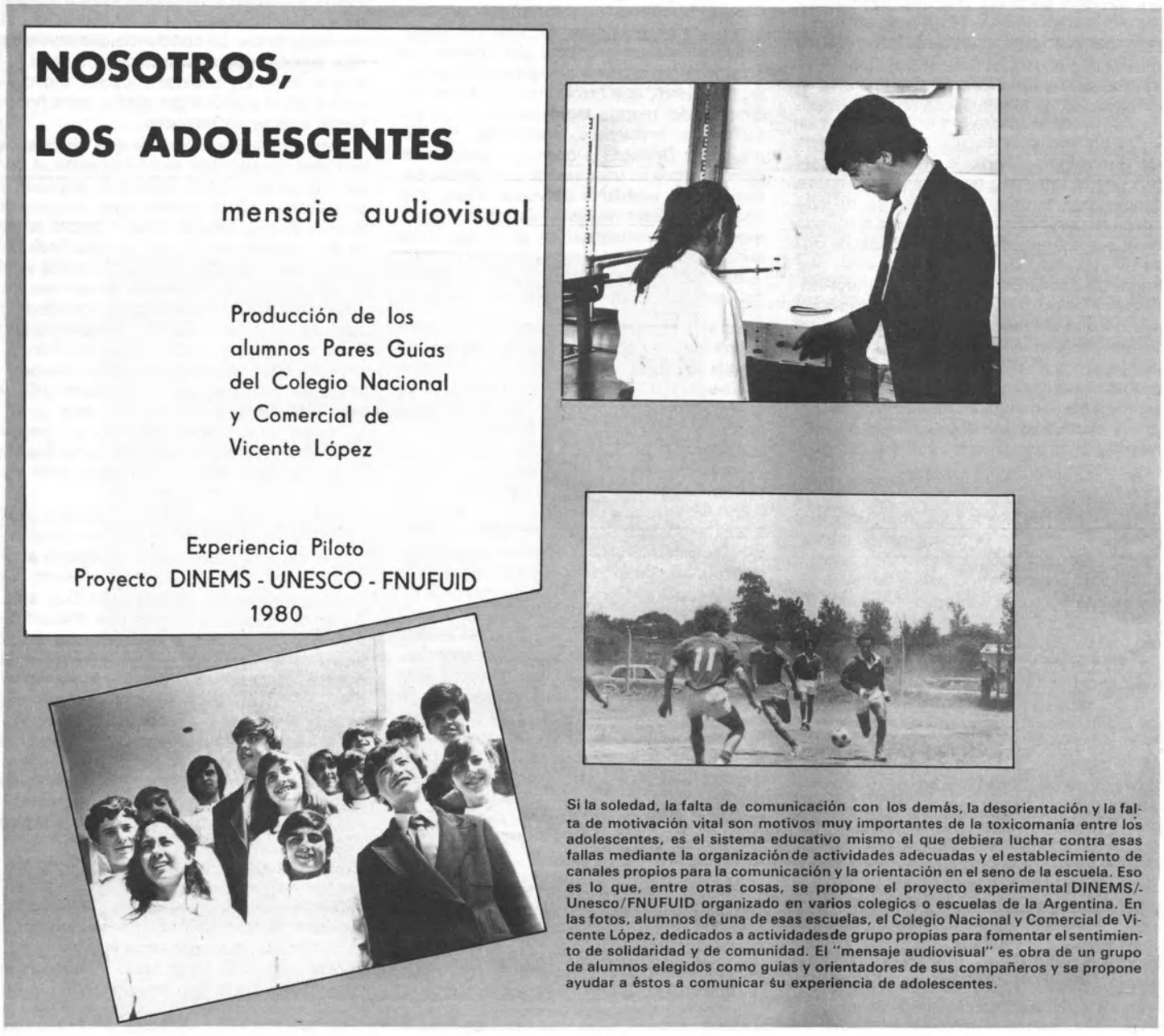
Nos hemos referido ya al hecho de que los resultados de un tratamiento médico estarán determinados, en última instancia, por la capacidad del individuo para ayudarse a sí mismo. Siguiendo un razonamiento similar, podemos preguntarnos, en lo que se refiere a la prevención del consumo de drogas, cuál habrá de ser la actitud de la comunidad, y especialmente el papel que habrán de jugar el colectivo de trabajo, la escuela, las organizaciones de mujeres. ¿Estarán ellos dispuestos a tomar iniciativas, o esperarán que sea únicamente el Estado el que las tome?

La necesidad de tener muy en cuenta la relación entre los cambios del medio sociocultural y los problemas relacionados con el consumo de drogas, se aplica evidentemente a la investigación. Para aprovechar los resultados obtenidos en anteriores investigaciones se precisa un análisis meticuloso. Lo que en buenos términos se requiere es el abandono de un tipo de investigación del problema de la droga basado en meros criterios epidemiológicos. Aunque esas investigaciones también son necesarias, hay que señalar que han llegado a adquirir un carácter mecánico, tomando al drogadicto como un objeto de estudio, aislado de las instituciones sociales y culturales de la comunidad.

Las organizaciones internacionales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la cooperación internacional para enfrentar el problema de la droga. Pero, junto a esa acción, es indispensable que los países estén dispuestos a aprender de las experiencias de otros. Es de esperar que en el futuro el intercambio abierto de ideas en este terreno alcance un desarrollo mucho mayor, sin que en él predominen enfoques culturales particulares. Este criterio vale tanto para el tratamiento directo del problema como para su prevención y las investigaciones que con él se relacionan.

Para poder aprovechar las experiencias de otros países es indispensable tener acceso a ellas. Se necesita con urgencia desarrollar los medios que permitan el intercambio de información sobre cuanto se hace y se afirma en torno al problema de la droga en los diversos países. Buena parte del programa de la Organización Mundial de la Salud en torno a la droga persigue ese fin. El presente número de *El Correo de la Unesco* pretende contribuir en algo a ese esfuerzo.

G. Edwards y A. Arif



Fotos Proyecto DINEMS/Unesco/FNUFUID, Argentina

Si la soledad, la falta de comunicación con los demás, la desorientación y la falta de motivación vital son motivos muy importantes de la toxicomanía entre los adolescentes, es el sistema educativo mismo el que debiera luchar contra esas fallas mediante la organización de actividades adecuadas y el establecimiento de canales propios para la comunicación y la orientación en el seno de la escuela. Eso es lo que, entre otras cosas, se propone el proyecto experimental DINEMS/-Unesco/FNUFUID organizado en varios colegios o escuelas de la Argentina. En las fotos, alumnos de una de esas escuelas, el Colegio Nacional y Comercial de Vicente López, dedicados a actividades de grupo propias para fomentar el sentimiento de solidaridad y de comunidad. El "mensaje audiovisual" es obra de un grupo de alumnos elegidos como guías y orientadores de sus compañeros y se propone ayudar a éstos a comunicar su experiencia de adolescentes.

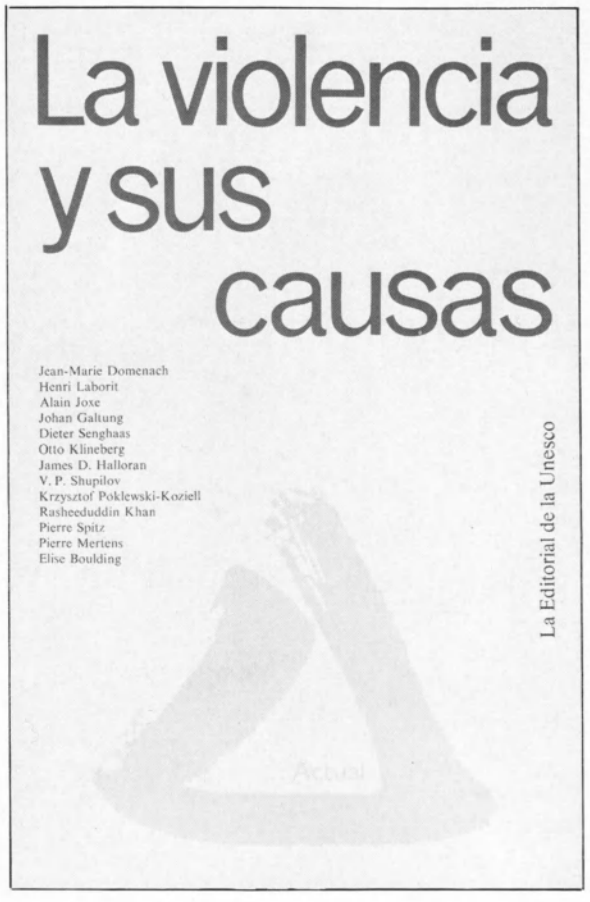
Una película y un libro

* **EXPERIENCIA DELTA** (16 mm en blanco y negro, 58 minutos), film sobre los problemas de los jóvenes drogadictos y sobre un experimento realizado en Bélgica. Existe en español, francés e inglés.

* **LA VERDAD SOBRE LA DROGA** por Helen Nowlis, folleto publicado por la Editorial de la Unesco (1975). Existe en español, inglés, francés, alemán, árabe, italiano, portugués, sueco y tai.

Los pedidos pueden dirigirse a la Sra. N. Friderich, jefe de la sección de educación relativa a los problemas del uso de drogas, Unesco, Place de Fontenoy, 75700 París, Francia.

BRODARD GRAPHIQUE. COULOMMIERS - Dépôt légal C 1 - Janvier 1982 - IMPRIMÉ EN FRANCE (Printed in France).
PHOTOCOMPOSITION-PHOTOGRAVURE CHRISTIAN PAGNOUD - 6/8, rue des Epinettes - 75017 PARIS.



El último volumen de la colección *Actual* de la Unesco

Desde su creación la Unesco se ha interesado por el estudio de la violencia, sus causas y sus consecuencias. Los trabajos de la Organización se han centrado tanto en los efectos de aquella en las esferas de su competencia como en las causas subyacentes.
Ese interés se materializa ahora en este volumen escrito por eminentes pensadores y especialistas de los más diversos países y culturas, como Jean-Marie Domenach, Henri Laborit, Johan Galtung, Otto Klineberg, V.P. Shupilov, K. Poklewski-Koziell, Pasheeduddin Khan, Elise Boulding, etc.
La primera parte de la obra trata de las múltiples causas de la violencia con una perspectiva interdisciplinaria. La segunda estudia las relaciones entre los individuos y las sociedades. Y la última examina los problemas de la violencia en el terreno económico y social.

303 p. *38 francos franceses*

Otros volúmenes aparecidos en la colección Actual: *Del temor a la esperanza: los desafíos del año 2000* (38 francos), *Biología y ética* por Bruno Ribes (38 francos) y *Apartheid: poder y falsificación de la historia* (38 francos).

Para renovar su suscripción
y pedir otras publicaciones de la Unesco

Pueden pedirse las publicaciones de la Unesco en las librerías o directamente al agente general de la Organización. Los nombres de los agentes que no figuren en esta lista se comunicarán al que los pida por escrito. Los pagos pueden efectuarse en la moneda de cada país.

ANGOLA. (República Popular de) Casa Progresso/Secçao Angola Media, Calçada de Gregorio Ferreira 30, c.p. 10510, Luanda BG, Luanda.

ARGENTINA. Librería El Correo de la Unesco, EDILYR S.R.L., Tucumán 1685 (P.B."A") 1050 Buenos Aires.

Correo Argentino — CENTRAL (B)
TARIFA REDUCIDA CONCESION No. 274
FRANQUEO PAGADO CONCESION N° 4074

REP. FED. DE ALEMANIA. Todas las publicaciones con excepción de *El Correo de la Unesco* : Karger Verlag D-8034, Germering / München Postfach 2. Para *El Correo de la Unesco* en español, alemán, inglés y francés : Mr. Herbert Baum, Deutscher Unesco-Kurier Vertrieb, Besaltstrasse 57, 5300 Bonn 3. Mapas científicas solamente: Geo Center, Postfach 800830, 7 Stuttgart 80. — **BOLIVIA.** Los Amigos del Libro, casilla postal 4415, La Paz ; Avenida de las Heroínas 3712, casilla postal 450, Cochabamba. — **BRASIL.** Fundaçao Getúlio Vargas, Editora-Divisao de Vendas, caixa postal 9.052-ZC-02, Praia de Botafogo 188, Rio de Janeiro, R.J. (CEP. 20000). Livros e Revistas Técnicos Ltda., Av. Brigadeiro Faria Lima, 1709 - 6° andar, Sao Paulo, y sucursales : Rio de Janeiro, Porto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte, Recife — **COLOMBIA.** Cruz del Sur, calle 22, n° 6-32, Bogotá. Instituto Colombiano de Cultura, carrera 3ª, n° 18/24, Bogotá. — **COSTA RICA.** Librería Trejos S.A., apartado 1313, San José. — **CUBA.** Ediciones Cubanas, O'Reilly n° 407, La Habana. Para *El Correo de la Unesco* solamente: Empresa COPREFIL, Dragones n° 456, e/Lealtad y Campanario, Habana 2. — **CHILE.** Editorial Universitaria S.A., Departamento de Importaciones, casilla 10220, Santiago. Librería La Biblioteca, Alejandro I,867, casilla 5602, Santiago 2. — **REPUBLICA DOMINICANA.** Librería Blasco, Avenida Bolívar, no. 402, esq. Hermanos Deligne, Santo Domingo. — **ECUADOR.** Revistas solamente : DINACOUR Cía. Ltda., Pasaje San Luis 325 y Matovelle (Santa Prisca), Edificio Checa, ofc. 101, Quito; libros solamente: Librería Pomaire, Amazonas 863, Quito; todas las publicaciones : Casa de la Cultura Ecuatoriana, Núcleo del Guayas, Pedro Moncayo y 9 de Octubre, casilla de correos 3542, Guayaquil. — **ESPAÑA.** MUNDI-PRENSA LIBROS S.A., Castelló 37, Madrid 1 ; Ediciones LIBER, Apartado 17, Magdalena 8, Ondárroa (Vizcaya) ; DONAIRE, Ronda de Outeiro 20, apartado de correos 341, La Coruña ; Librería AL-ANDALUS, Roldana 1 y 3, Sevilla 4 ; Librería CASTELLS, Ronda Universidad 13, Barcelona 7. — **ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.** Unipub, 345, Park Avenue South, Nueva York, N.Y. 10010. Para *El Correo de la Unesco* : Santillana Publishing Company Inc., 575 Lexington Avenue, Nueva York, N.Y. 10022. — **FILIPINAS.** The Modern Book Co., 926 Rizal Avenue, P.O. Box 632, Manila, D-404. — **FRANCIA.** Librairie de l'Unesco, 7, place de Fontenoy, 75700 París (C.C.P. París 12.598-48). — **GUATEMALA.** Comisión Guatemalteca de Cooperación con la Unesco, 3ª Avenida 13-30, Zona 1, apartado postal 244, Guatemala. — **HONDURAS.** Librería Navarro, 2ª Avenida n° 201, Comayaguela, Tegucigalpa. — **JAMAICA.** Sangster's Book Stores Ltd., P.O. Box 366, 101 Water Lane, Kingston. — **MARRUECOS.** Librairie "Aux Belles Images", 281, avenue Mohammed V, Rabat ; *El Correo de la Unesco* para el personal docente : Comisión Marroquí para la Unesco, 19, rue Oqba, B.P. 420, Rabat (C.C.P. 324-45). — **MEXICO.** Librería El Correo de la Unesco, Actipán 66, Colonia del Valle, México 12, D.F. — **MOZAMBIQUE.** Instituto Nacional do Livro e do Disco (INLD), Avenida 24 de Julho, 1921, r/c e 1° andar, Maputo. — **PARAGUAY.** Agencia de Diarios y Revistas, Sra. Nelly de García Astillero, Pte. Franco 580, Asunción. — **PERU.** Editorial Losada Peruana, Jirón Contumaza 1050, apartado 472, Lima. — **PORTUGAL.** Dias & Andrade Ltda., Livraria Portugal, rua do Carmo 70-74, Lisboa 1117 Codex. — **PUERTO RICO.** Librería Alma Mater, Cabrera 867, Río Piedras, Puerto Rico 00925. — **REINO UNIDO.** H.M. Stationery Office, P.O. Box 569, Londres S.E. 1. — **URUGUAY.** EDILYR Uruguaya, S.A., Maldonado 1092, Montevideo. — **VENEZUELA.** Librería del Este, Av. Francisco de Miranda 52, Edificio Galipán, apartado 60337, Caracas 1060-A ; La Muralla Distribuciones, S.A., 4a. Avenida entre 3a. y 4a. transversal, "Quinta Irenalis" Los Palos Grandes, Caracas 106.



Foto © Lauros-Giraudon, París. Museo de Besanzón, Francia

Ojo al vaso

La idea que se tiene de los problemas de la droga y del tratamiento de los drogadictos varía de una país a otro, según los valores y la cultura que le sean propios. En todo caso, uno de los aspectos más graves de la cuestión, aunque a menudo se deje de lado, es el del alcoholismo. En páginas interiores (artículo de la pág. 20) se exponen la acción de "Alcoholics Anonymous" en los Estados Unidos y de la Sociedad de Abstinencia Alcohólica en Japón, así como otras formas originales de tratamiento de los toxicómanos de uno u otro tipo. Esta reproducción corresponde a una naturaleza muerta del pintor holandés Willem Claesz Heda (siglo XVII).