

La
escuela
ante las
drogas



Gobierno del Estado de Veracruz

Lic. Fidel Herrera Beltrán
Gobernador del Estado de Veracruz

Dr. Víctor A. Arredondo Álvarez
Secretario de Educación y Cultura

Lic. Adolfo Mota Hernández
Subsecretario de Desarrollo Educativo y Cultural

Profa. Xóchitl A. Osorio Martínez
Subsecretaria de Educación Básica

Lic. Rafael Ortiz Castañeda
Subsecretario de Educación Media Superior y Superior





La
escuela
ante las
drogas

Rafael Velasco Fernández

serie
Hablemos
de educación

Coordinadora de Bibliotecas y Centros de
Información Documental

Edna Laura Zamora Barragán

Coordinador para la Difusión y Optimiza-
ción de los Servicios Educativos

Andrés Valdivia Zúñiga

Coordinadora para la Prevención y Atención
a las Adicciones y Conductas Antisociales

Beatriz Velasco Muñoz Ledo

Jefe del Departamento de Apoyo Editorial

José Guillermo Trujillo

Subjefa del Departamento de Apoyo Editorial

Blanca E. Hernández García

Responsable de Colecciones

Elizabeth Polanco Galindo

Diseño de portada

Nubia A. Castañeda Moctezuma

Formación y captura

Guillermina Reyes Arcos
Sergio Nochebuena Bautista

Corrección de estilo

Emma Cuéllar de la Torre
Octavio Lara Gallegos

Primera edición: 2002

Segunda edición corregida y aumentada: 2005

D.R. © Rafael Velasco Fernández

D.R. © 2005 Secretaría de Educación y Cultura
Km 4.5 carretera Xalapa-Veracruz
Xalapa, Veracruz, México
C.P. 91190

ISBN: 970-687-025-3

Impreso en México

Texto editado por la Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Toda correspondencia dirigirla al Departamento de Apoyo Editorial de la Coordinación de Bibliotecas y Centros de Información Documental de la sec., Av. Lázaro Cárdenas núm. 2901, tercer piso, Col. Independencia, C.P. 91170. Tels. (01 228) 815-51-88 y 890-06-10 (fax). Correos electrónicos: apoyoeditorialsec@sever.gob.mx y daesec05@yahoo.com.mx El contenido del libro es responsabilidad del autor. Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido, siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

Introducción.....	7
I. El «ABC» de las adicciones.....	11
II. La prevención del consumo de drogas.....	15
III. La evolución de los enfoques preventivos.....	23
IV. ¿Qué tan grande es nuestro problema?.....	41
V. Los principales efectos de las drogas adictivas.....	47
VI. El maestro ante el alumno que consume drogas.....	51
VII. El maestro ante los familiares de sus alumnos.....	57
VIII. Cómo preparar y conducir una sesión interactiva.....	65
IX. Acerca de las reuniones con los padres de familia.....	71
Anexos.....	75
Referencias.....	97



INTRODUCCIÓN

Podemos estar seguros de que el maestro que trabaja frente a grupo, y tiene interés en realizar sus funciones educativas con eficacia, ha recibido ya mucha información sobre el problema de las adicciones. Sin embargo, es probable que esa información le haya generado confusión sobre las acciones que le corresponden como participante de un programa preventivo. Existen posiciones divergentes en la documentación que le envían: manuales, folletos, trípticos, libros y... programas, muchos programas. Varios estados de la República han establecido los suyos, además de los que propone el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), los que provienen de instituciones privadas, el Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones (PEPCA) de la propia SEP, entre otros.

En estos esfuerzos preventivos se le pide al profesor que sea facilitador, conductor, aplicador, capacitador o conferencista, y se le asignan tareas para las que no ha sido preparado, o bien que lo obligarían a llevar a cabo un curso completo, largo y exigente. Su comprensible confusión es resultado de la influencia de diferentes factores, entre los que destacan de manera especial: a) los programas que se basan en enfoques distintos y a veces contradictorios, y b) que la información que recibe el maestro es diversa, carente de uniformidad y también contradictoria.

Acerca de los enfoques, no hay más que comparar algunos programas para comprobar la incompatibilidad entre sus orientaciones. Desde aquel que basa sus objetivos y metas en la necesidad de que el profesor y los padres de familia conozcan sobre las drogas y sus efectos en el organismo

y el psiquismo, hasta otro, muy distinto, que propone lo contrario: no hablar de las drogas ya que «lo efectivo es reforzar los valores universales, la unión familiar», etcétera.

Con base en este último enfoque se dice: «instruir a los niños y adolescentes sobre lo que son las drogas y sus efectos en el psiquismo y en el organismo, puede provocar más curiosidad que temor». El hecho es que los padres de familia y los profesores, quienes tienen legítimo interés en conocer la mejor manera de advertir a sus hijos y alumnos sobre los riesgos a que se exponen si consumen drogas, se ven atrapados entre dos o más enfoques cuyos fundamentos son francamente irreconciliables.

Y respecto al contenido de la información que se hace llegar a la comunidad y a la escuela, desafortunadamente éste también carece de uniformidad. Sabemos desde siempre que para comprender con claridad los conceptos relativos a un problema, las definiciones de los términos básicos son indispensables. Éstas deben ser expuestas de forma sencilla, sin que por ello dejen de ser científicas. En la práctica basta analizar los materiales publicados por diversas instancias para comprobar la falta de correspondencia, aun en las definiciones elementales, como las de «droga», «adicción», «farmaco-dependencia», «psicofármaco», etcétera.

Estamos hablando de un asunto de vital importancia. No se puede esperar mucho éxito de un programa nacional o estatal que difunde información que induce a error, ya sea porque su contenido está equivocado o porque se utilizan versiones de conceptos y definiciones básicos incompatibles entre sí. Por diversas razones, que no analizaremos ahora pero que se relacionan con el Acuerdo Presidencial que dio origen al CONADIC, esta instancia coordinadora, pese al esfuerzo que ha realizado, no ha logrado que las diferentes instituciones utilicen la misma información convenida *por sus propios expertos*. En la actualidad se hace un esfuerzo en ese sentido, y esta situación cambiará sin duda.

Podría pensarse que aquellas diferencias se deben a que el campo mismo de las adicciones es aún muy «resbaladizo» y se carece de certeza absoluta. No es verdad: el conocimiento adquirido es científico, plenamente comprobado. No tiene por qué haber diferencias, salvo de matiz, dado que la información se usa en contextos y para fines distintos.

Es cierto que todavía hay áreas del campo de las adicciones en las que hay mucho por investigar, como ocurre con la genética, la toxicología, la

psicofarmacología, la economía y la psicología. Pero ya se cuenta con el conocimiento necesario para formular el programa que el Gobierno Federal distribuye para los años 2001-2006. Resulta lógico basarse en él, sobre todo porque proviene de expertos mexicanos y de organismos internacionales oficiales y privados que analizan con cuidado los resultados de las investigaciones científicas que se realizan en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura son fuentes seguras de información. También son confiables los numerosos centros de investigación oficiales y no oficiales de algunos países industrializados como EUA, Canadá, Inglaterra, Alemania, Francia y otras naciones europeas. En México cada vez tenemos más centros de estudio e investigación confiables, tanto públicos como privados.

Resumiendo, podemos decir que los maestros y los padres de familia frecuentemente reciben información inadecuada. El problema se vuelve aún más complejo cuando la capacitación que se proporciona contiene discrepancias mayores, que tocan el fondo de asuntos trascendentes. Nos referimos a hechos concretos comprobables, cuando se comparan manuales y materiales educativos de procedencias distintas. Un ejemplo: *Construye tu vida sin adicciones*, que es un útil y extenso material del CONADIC dirigido a los jóvenes, prácticamente no se refiere a las sustancias adictivas ni a los daños que producen en el consumidor; en cambio, en el texto educativo de apoyo que distribuye la SEP se da cierta importancia al conocimiento que el maestro y los jóvenes deben tener sobre las drogas y sus efectos. Considerando tales antecedentes, el autor del presente documento creyó conveniente poner en manos de los maestros información actualizada y útil, complementaria de la existente, sobre las tareas que les corresponden como agentes eficaces en la prevención del consumo de sustancias adictivas.

No se trata de un «programa» más, sino de la orientación recomendable que pueden los docentes dar a sus actividades en este campo y la información mínima en la que se sustenta. Es fácil descubrir en este material de apoyo un esfuerzo por tocar sólo aspectos prácticos relevantes de este quehacer que, junto a otros también trascendentes, se le solicitan al maestro. Se considera igualmente ventajoso dar al mentor alguna orientación que le ayude a enfrentar con eficacia el cada vez más grave problema del consumo de drogas entre nuestros jóvenes.



I. EL «ABC» DE LAS ADICCIONES

Debemos distinguir entre el uso de drogas por única vez, el consumo ocasional, el hábito y la verdadera adicción o dependencia. La primera forma de consumo no necesita mayor explicación, muchos jóvenes «prueban» una droga ilegal una vez y no vuelven a hacerlo. Tal cosa ocurre principalmente con la marihuana; le siguen en frecuencia los inhalables (cementos, aerosoles, gasolinás, etc.), pero en la actualidad puede ocurrir con la cocaína o alguna de las llamadas drogas sintéticas, de «diseño» o de «discoteca», como la tacha (éxtasis). El hecho es que por diversas razones, o sin que sepamos bien por qué, muchos no vuelven a consumirlas pese a que su primera experiencia les haya resultado placentera.

El consumo ocasional es aquel que ocurre sólo de vez en cuando y en situaciones características: una fiesta, una reunión de amigos. Aquí es donde el adulto (maestro, médico, padre de familia) puede intervenir con éxito si procede bien. Desafortunadamente, la respuesta del adulto ante el descubrimiento de que el hijo o el alumno ha empezado a usar drogas la mayoría de las veces suele no ser la mejor. El sermón, el castigo y el enojo no sirven de mucho, menos aún la negligencia, el no querer enfrentar el problema. Es difícil distinguir entre el uso ocasional de drogas y el consumo frecuente, ya como un hábito que conlleva el riesgo inminente de pasar a la verdadera adicción. La diferencia entre esta última y las otras formas de uso es fácil de establecer por el especialista, no así por un observador común que no posee los elementos clínicos indispensables.

Un individuo es adicto (drogadicto suele decirse) o dependiente (farmacodependiente) cuando el consumo de una o más sustancias se le ha convertido en una necesidad, y no un simple hábito que puede abandonar. De no ingerirla se presentan síntomas desagradables —a veces insoportables— que lo obligan a buscarla desesperadamente. Véase la diferencia con las otras formas de consumo, aquéllas en las que el sujeto busca de vez en cuando el placer que la droga le produce; en el caso de la verdadera adicción lo hace cotidianamente para no experimentar los síntomas que la abstinencia le provoca. Cuando se busca el efecto placentero, se habla de *dependencia psicológica*, en tanto que la verdadera adicción se reconoce como *dependencia física* (o fisiológica), que es la característica esencial de esa condición. Además, el adicto verdadero consume la droga compulsivamente y desarrolla lo que se llama «tolerancia», que consiste en la necesidad de cada vez mayor cantidad de droga para experimentar el efecto deseado. Así le ocurre al bebedor excesivo, que se vuelve «aguantador» según el lenguaje popular. El dependiente (o adicto) prácticamente «hace su vida» en torno a la droga, pues gran parte de sus actividades se dirigen a obtenerla y consumirla, a pesar de que aún conserve una forma de vida parcialmente autosuficiente.

Hablamos de «droga», pero ¿cuál es su definición? Porque es evidente que hay confusión sobre el significado real del término, incluso entre los trabajadores de la salud. Los expertos dicen que droga es toda sustancia, o compuesto de sustancias, diferente a las que son necesarias para mantener la vida y la salud, que al introducirse en un organismo vivo provocan un cambio en su funcionamiento (definición de la Organización Mundial de la Salud). Así, una aspirina, la insulina, un jarabe para la tos, un simple antiácido para el estómago, son drogas. No se equivocaban quienes originalmente dieron a las farmacias el nombre de «droguerías». Pero la persona común en un principio identifica este término con algo malo y peligroso que está fuera de la ley. En parte acierta: las sustancias ilícitas son drogas también. Pero son *una clase* de drogas a las que llamamos psicoactivas y adictivas, lo primero porque afectan al psiquismo y lo segundo porque son capaces de crear adicción o dependencia.

Así pues, las sustancias que aquí nos interesan son las drogas psicoactivas y adictivas. Unas de ellas son legales: ciertos medicamentos, la nicotina, la cafeína, el alcohol de las bebidas y hasta los alcaloides como los contenidos en el té que se toma en infusiones. Pero no olvidemos que muchas otras sustancias no causan adicción ni afectan el psiquismo, aunque son igualmente drogas según la definición que hemos dado.

Conviene recordar que la necesidad de seguir usando una sustancia se produce a partir de la *neuroadaptación*, fenómeno cerebral que ocurre, necesariamente, en el intercambio bioquímico de la droga adictógena (capaz de generar adicción) con las neuronas de un organismo vivo. Dicha sustancia llega al torrente sanguíneo por diversas vías (inhalación, ingestión, inyección, etc.), y es llevada a todos los tejidos del organismo, y por lo tanto al cerebro. No describiremos aquí lo que pasa con las neuronas, ni hablaremos de los numerosos neuroreceptores y neurotransmisores que intervienen en este complicado fenómeno, pero sí diremos que este conjunto de hechos es muy importante y recibe el nombre de *neuroadaptación*. Como el término lo indica, las neuronas «se adaptan» a la droga, de tal manera que ante su repetida presencia se va estableciendo la necesidad de recibirla, so pena de que ante su ausencia se produzcan efectos desagradables en lo psíquico y en lo físico. Tales efectos pueden ser graves y hasta provocar la muerte, como en el caso del *delirium tremens* de los alcohólicos cuando no reciben atención médica oportuna.

Para que se desarrolle la verdadera dependencia (adicción) es indispensable que se produzcan esos fenómenos de carácter bioquímico. Pero ello no quiere decir que la explicación de la adicción sea puramente fisiológica.

El ser humano es un ente biopsicosocial. Debemos considerar el fenómeno de las adicciones como resultado de la interacción de todos esos factores. Resulta cómodo decir que son «enfermedades del cerebro provocadas por una sustancia», pero ello no explica el hecho de que, por razones psicológicas y sociales, unas personas deciden consumirlas y otras no. Es más apegado a la realidad decir que a la adicción se llega por la influencia de diferentes factores: genéticos (hay formas de alcoholismo en las que éstos son muy claros), psicológicos (la falta de autoestima, el inadecuado manejo de la angustia, etc.), socioculturales (la permisividad de la sociedad, la influencia de la propaganda, etc.) y fisiológicos (en ciertas personas se produce la neuro-adaptación muy rápidamente, por ejemplo). Definitivamente, estamos ante un fenómeno complejo, objeto de estudio de diferentes ciencias y disciplinas.

Ahora bien, es tradicional citar los factores psicológicos y socioculturales que más influyen para que un chico se inicie en el consumo de las sustancias prohibidas. Es útil conocerlos, siempre que se tenga presente que esos factores no son determinantes por sí mismos, ya que siempre necesitan de la concurrencia de los otros hechos que hemos citado. Sólo nos referiremos

a los de orden psicológico que reiteradamente han sido mencionados en el caso de la marihuana (en nuestro medio la droga ilegal más usada).

Los jóvenes consumen marihuana por estas y otras razones:

- a) No resisten la curiosidad de saber «qué se siente».
- b) Les parece «sofisticado» (por la influencia de los medios o de la gente mayor).
- c) Porque amigos a quienes admiran son consumidores.
- d) Por rebelión ante las prohibiciones que los adultos les imponen.
- e) Para escapar de las responsabilidades escolares y familiares.

También parece justo citar los hechos que con más frecuencia se reconocen en quienes deciden no consumirla, a saber:

- a) Por tratarse de una sustancia ilegal.
- b) Porque saben que puede producir adicción.
- c) Porque le temen a los problemas con su familia, con su escuela y con la comunidad.
- d) Porque saben que la marihuana afecta su salud y puede disminuir su rendimiento escolar.
- e) Porque han oído o leído que afecta su capacidad deportiva.

Cuando el maestro desee influir en sus alumnos para que no acepten una invitación a consumir marihuana, hará bien en considerar estos datos, que de hecho pueden generar argumentos aplicables a casi todas las demás drogas. En todo caso, hay que prepararnos para argumentar en contra de los primeros y a favor de los segundos, sobre todo durante una sesión interactiva con los alumnos.

II. LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Lo primero que el educador debe saber es que el problema del uso de sustancias adictivas entre los jóvenes se puede prevenir. Parecería que estamos formulando una afirmación innecesaria, pero no es así. Todavía existen intelectuales y académicos (por alguna razón casi siempre son escritores y economistas) que dicen lo contrario, para ellos la prevención fracasa, la batalla contra las drogas está perdida y lo mejor que podemos hacer es disminuir los daños que de todos modos se producen. Nada de extraño tiene que muchos de ellos estén a favor de la legalización de una o de todas las sustancias ilícitas, por cierto con argumentos nada científicos y con un desconocimiento sorprendente del *fenómeno de la adicción*, que es, en última instancia, el problema a prevenir.

Una evidencia abrumadora sustenta nuestro dicho de que las adicciones son prevenibles. Aún en los países como EUA que tienen un grave problema de consumo, se han obtenido logros notables. En el año 2004 se anunció una baja ostensible del consumo de marihuana y otras drogas entre la población juvenil, aunque de ninguna manera se puede asegurar que esos países se encaminan ya hacia la disminución progresiva e irreversible del fenómeno. Las naciones del norte europeo representan la mejor muestra de los avances preventivos. Suecia y Noruega, por ejemplo, han bajado los niveles de consumo de drogas, incluido el alcohol, a un grado suficiente para afirmar que es un problema de salud controlado. En otras regiones se ha logrado por lo menos detener el avance de este moderno fenómeno, y existen razones para esperar mayores éxitos.

Sería equivocado concluir que estos datos prometedores se deben a cambios sociales que no conocemos bien, pero que influyen en los jóvenes para no iniciarse en el consumo de drogas. Si bien tales cambios deben existir, la razón más probable del éxito son más de 30 años de esfuerzos preventivos que han permitido identificar las estrategias y acciones más efectivas, mismas que ya forman parte de los programas de los últimos tiempos. Digámoslo así: la prevención es ahora mejor y sus bases son realmente científicas. Ha terminado por fortuna el tiempo de las «ocurrencias», de las ideas de «expertos» (que muchas veces no lo eran) que dominaban temporalmente, y hasta de las distorsiones de la realidad que permitían abrigar esperanzas infundadas.

Decíamos que en Suecia se han logrado grandes avances en materia de prevención del consumo de drogas. Es conveniente que sepamos a qué se deben sus triunfos, ya que seguramente hay en las estrategias elementos aplicables en los países en desarrollo. Brevemente mencionaremos los puntos esenciales del enfoque sueco, con la seguridad de que tienen utilidad y dan al maestro una visión más general de las acciones que deben incluirse en los programas preventivos. Todas tienen que ver, unas más que otras, con las funciones encomendadas a los maestros de educación primaria, secundaria y bachillerato. Simplemente las enumeramos, incluyendo breves comentarios.

1. No-permisividad social hacia las drogas. Sin concesiones, la sociedad sueca ha creado un rechazo firme al consumo de sustancias ilegales. Se ha logrado una sensibilización de las familias para no aceptar, por principio, el uso de drogas que causan adicción. Y no se acepta la división que suelen hacer otros países entre drogas «blandas» y drogas «duras». Por supuesto, se conocen las diferencias respecto a la capacidad de generar adicción y sobre los riesgos para la salud; sin embargo, para efectos de la prevención, todas las drogas ilegales se consideran igualmente peligrosas.
2. El programa preventivo de Suecia incluye la información, en la escuela y fuera de ella, sobre los efectos de cada droga en el organismo a corto y largo plazos, usando principalmente las técnicas interactivas y los medios de comunicación masiva. Dentro y fuera de la escuela los jóvenes reciben información verídica, realista y objetiva sobre los riesgos de consumir sustancias adictivas.
3. Se practica una prevención secundaria muy efectiva para diagnosticar los casos iniciales y hacer su referencia forzosa a los

- servicios de salud para su atención. La obligatoriedad de establecer un tratamiento involucra a la escuela, a la familia y al consumidor.
4. Se considera al adicto un enfermo con derecho a recibir tratamiento adecuado. Se emplean para ello modelos de atención a pacientes ambulatorios y modalidades institucionales (clínicas, hospitales, centros de rehabilitación, etc.), practicando las técnicas terapéuticas que han probado plenamente su validez y efectividad.
 5. Se establecen penalidades altas por posesión de drogas ilegales y se persigue y reprime a quienes comercian con ellas.
 6. Se refuerza la lucha implacable contra el narcotráfico. Se evita lo más posible que existan drogas «a la mano», o que se puedan adquirir con facilidad por parte de los jóvenes.

En los países en desarrollo los programas preventivos tienen menos probabilidades de éxito por tres factores principales, en opinión del autor: a) se cuenta con escasos recursos para ese fin; b) se siguen estrategias y políticas equivocadas, que ya fueron aplicadas en el pasado sin logros visibles, y c) se carece de personal suficiente, verdaderamente capacitado, para llevar a cabo las acciones programadas.

Sobre el primer hecho sólo diremos que se debe, en el mejor de los casos, a que los países pobres destinan mayores fondos a otros problemas de salud más apremiantes; pero también a que, en otras ocasiones, no se tiene conciencia clara del fenómeno del consumo de drogas y de su peligrosa expansión. En lo que toca al señalamiento de que se emplean malas estrategias, sólo hay que ver las que se proponen en foros y reuniones, sin la aportación de evaluaciones objetivas. Son buenos propósitos sin fundamento científico que ya no deberían ocurrir, y que se relacionan con el tercer obstáculo señalado: no contamos con el número suficiente de personas bien capacitadas que se encarguen de las acciones que exige un buen programa.

Nuestros especialistas, que afortunadamente son muchos e idóneos para actualizar las políticas, estrategias y líneas de acción del gran programa integral preventivo y los subprogramas relativos al alcoholismo, tabaquismo y la adicción a drogas ilegales, no tienen el soporte suficiente de personal capacitado para asegurar un esfuerzo eficaz permanente y continuo en esta lucha para reducir la demanda de drogas. Quienes van al campo de batalla no cuentan con las armas necesarias.

Ante este panorama se puede formular la propuesta de extender la acción educativa capacitadora mediante un gran proyecto que debe contar con el respaldo de la sociedad entera. Un capítulo importante, sobresaliente, es el de la capacitación de los maestros en las tareas preventivas sobre el consumo de drogas entre los jóvenes, como ya lo mencionamos en la introducción de este texto. Pero no los atiborremos de información inútil por excesiva. De hacerlo así, casi ponemos las bases para asegurar la ineficacia de su participación.

Considerando lo anterior, recordaremos al maestro sólo lo esencial sobre la prevención del consumo de drogas. En medicina, en el campo de la salud pública, se hace esta distinción:

1. *Prevención primaria*: Es el conjunto de acciones encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de enfermedad. El ejemplo característico es el de la vacunación: un niño vacunado contra la poliomielitis no enfermará de poliomielitis.
En el caso de las drogas, desafortunadamente no contamos con vacunas, pero sí podemos emprender una serie de actividades (no solamente médicas) que previenen su consumo. Esa sería, en este campo, la prevención primaria.
2. *Prevención secundaria*: Es el conjunto de acciones destinadas a diagnosticar a tiempo los primeros signos y síntomas de una enfermedad, a fin de evitar que continúe desarrollándose, para proporcionar a los individuos el tratamiento oportuno y efectivo. En nuestro caso, es una actividad que identifica o detecta a los muchachos que han empezado a consumir una o más drogas, legales o ilegales, para proporcionarles la ayuda necesaria que interrumpa el proceso de la adicción.
3. *Prevención terciaria*. Es la intervención terapéutica practicada por personal especializado en las instituciones adecuadas, a fin de tratar la enfermedad y reintegrar a los enfermos a la vida normal. ¿Qué se previene aquí? Que los individuos ya enfermos, no tengan secuelas o incapacidades después de un tratamiento exitoso. En el caso de la drogadicción, la prevención terciaria se logra cuando un tratamiento, institucional o no, lleva a abandonar el hábito en definitiva y a rehabilitar al sujeto para retomar su vida en condiciones físicas y sociales saludables.

Si observamos con cuidado estas formas básicas de prevención en el campo de la salud pública, podemos concluir que el profesor tiene la

oportunidad de intervenir en las dos primeras. La prevención primaria tiene relación con acciones que competen a la educación en su más amplio sentido (información, enseñanza, divulgación), pero también a la psicología de la salud y a todas las disciplinas que confluyen en los programas de salud pública. Evitar que se presenten nuevos casos de drogadicción obliga a la tarea de prevenir el primer consumo. Para lograrlo, se realizan acciones, al parecer poco relacionadas entre sí, que van desde el programa educativo aplicado en la escuela y la información dirigida a los jóvenes, hasta la promoción del deporte y la motivación de la comunidad y de la familia para crear una cultura de rechazo a las drogas. El campo es enorme, de acuerdo con la complejidad del problema que debemos combatir.

A continuación, proporcionamos al profesor información que sin duda le resultará de utilidad en su trabajo diario como agente preventivo.

La prevención en la escuela

En algunos documentos oficiales que se proporcionan a los maestros se habla de prevención de las adicciones, como por ejemplo en la guía para maestros publicada por el Consejo Nacional Contra las Adicciones titulada *Hacia una escuela sin adicciones*. Se trata de un buen documento que debe incluirse en el material que los profesores reciban como apoyo a sus actividades. Sin embargo, siguiendo a los expertos, diremos que es preferible hablar de la *prevención del consumo de drogas*. Son varias las razones, pero aquí señalaremos sólo dos:

- a) Si decimos a los jóvenes que lo que hay que prevenir es la adicción, podrían asumir que un consumo ocasional no representa riesgos. La realidad es que cualquier uso de una sustancia psicoactiva representa peligros, uno de los cuales es que se puede llegar a la adicción; muchos jóvenes caen en ella después de unas pocas «probadas». Además, tratándose de sustancias ilegales, siempre existe la posibilidad de entrar en problemas con la justicia. Por último, constantemente se reportan casos en los que el efecto de la primera vez que se consume un inhalable, la marihuana o la cocaína, puede ser no sólo muy desagradable sino francamente peligroso: el desarrollo de un estado delirante, alucinaciones, trastornos cardiorrespiratorios, etc. Es necesario comunicar lo anterior a los jóvenes como parte de nuestra acción educativa preventiva, ya que se trata de una realidad (no una exageración como algunos creen).

- b) Está aceptado que el esfuerzo preventivo debe dirigirse a que los niños y jóvenes no se inicien en el consumo de drogas. Hay que insistir en que no las «prueben». Ello contribuye a crear un clima social de no aceptación del uso de sustancias psicoactivas. En la medida en que se logre esto, se estará evitando la verdadera adicción o dependencia. No empezar a consumirlas, esa es la consigna.

La escuela es una instancia que proporciona a los alumnos defensas para no iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas. Es decir, asistir a la escuela es un *factor protector* contra esa práctica indeseable. El ámbito escolar, junto con el familiar, debe proveer a los niños y jóvenes los instrumentos prácticos y morales para desenvolverse sanamente en la vida. Al tiempo que se transmiten conocimientos y valores, se moldean las actitudes y se afianzan o rechazan costumbres y prejuicios. El maestro, con su ejemplo y autoridad moral, está en situación ideal para influir en la conducta de sus alumnos. Tomar conciencia de ello es asunto importante, si de verdad los profesores aceptan la responsabilidad de participar en un programa preventivo del uso de sustancias adictivas. Las escuelas en las que prestan sus servicios juegan un papel primordial, porque es en ellas donde se puede brindar información actualizada sobre las drogas y sus efectos. Por otra parte, en el ámbito escolar se ponen en práctica muchas de las acciones que los buenos programas recomiendan para la prevención, más allá de la información indispensable.

Una tarea importante es la de identificar a aquellos que por primera vez prueban una droga o que la usan ocasionalmente, y a quienes ya tienen el hábito del consumo. Sin duda el ámbito escolar da al maestro una excelente oportunidad para reconocer los problemas personales, familiares y sociales que se relacionan con el uso de sustancias capaces de provocar adicción. Por eso es que una parte importante de su capacitación debe dirigirse a darle elementos para lograr ese diagnóstico. Es necesario que los docentes conozcan con cierta profundidad los efectos de las drogas más usadas en nuestro medio y aprendan a reconocer los problemas físicos y psicológicos que provoca su consumo.

Para terminar con este breve capítulo, de manera esquemática informaremos a los maestros lo que algunos expertos señalan como las acciones de mayor valor preventivo en el ámbito escolar.

Acciones educativas e informativas

- a) Enseñar los efectos de las drogas a corto y a largo plazos utilizando métodos interactivos sencillos, respetuosos y amenos. Sin dramatizar.
- b) Informar sobre lo que establecen las leyes y las consecuencias de violarlas, haciéndolo con objetividad y sin excesos. No atemorizar.
- c) Colaborar con los alumnos a establecer metas positivas personales y colectivas a corto y mediano plazos. No «sermonear».

Acciones preventivas indirectas

- a) Favorecer la práctica del deporte, al mostrar sus ventajas para la salud física y mental.
- b) Estimular las actividades artísticas y creativas (música, teatro, artes plásticas, elaboración de artesanías).
- c) Desarrollar la camaradería entre los alumnos formando grupos para la ejecución de los trabajos escolares y otras actividades.
- d) Motivar a los muchachos a que favorezcan la comunicación con sus padres y maestros.

Es fácil ver que todo lo que aquí se recomienda es positivo para un desarrollo individual y social sano, generador de bienestar y felicidad. No es sólo una estrategia contra el consumo de drogas.



3n



III. LA EVOLUCIÓN DE LOS ENFOQUES PREVENTIVOS

En Shangai, en 1909, se llevó a cabo una reunión entre 13 países para discutir por primera vez en el ámbito multinacional el grave problema del consumo creciente de sustancias que dañan al organismo y causan adicción. El hecho de que esta conferencia llamara la atención de todo el mundo acerca del flagelo que ya se cernía sobre la población, fue un acierto indudable. Pero al mismo tiempo nació ahí una visión equivocada de las medidas que deben tomarse para combatir esta nueva plaga, al darle preferencia a la legislación represiva, a la lucha contra la siembra de estupefacientes (en ese momento el opio y la cocaína eran la mayor amenaza) y a la guerra contra el narcotráfico. Por supuesto que todo eso debe hacerse, pero quedó muy poco espacio para la realización de medidas preventivas basadas en la información y la educación, únicas estrategias que podían escogerse en aquellos días dado el escaso conocimiento que se tenía de los factores biológicos y psicosociales que inciden en el fenómeno de la adicción.

Es imposible asegurar que hoy la lucha contra las adicciones estaría ganada, o que al menos estaríamos hablando de un problema menor, si en aquella reunión de Shangai se hubiera recomendado concentrar los esfuerzos en la reducción de la demanda de las drogas adictógenas, en vez de apostar todo a la reducción de la oferta. Hoy sabemos que la lucha tiene que darse en los dos frentes, pero es un hecho histórico que durante muchos años se descuidó la prevención del consumo por darle preferencia al combate del narcotráfico.

El lector debe saber —porque es un hecho científicamente probado— que la prevención del consumo de drogas es posible y exitosa. Sólo los mal informados y los pesimistas sostienen lo contrario, asegurando que la batalla está perdida. Nada de eso. Numerosas naciones han demostrado que con buenos programas se puede disminuir el uso de drogas ilegales a cifras manejables. No se ve por ahora un trabajo preventivo tan exitoso como para desaparecer de la escena las sustancias prohibidas, por la vía de evitar totalmente su demanda. Pero la posibilidad de que la drogadicción deje de ser el grave problema tanto de salud como social que hoy es, repetimos, es una realidad. Los ejemplos de países como Suecia, Noruega y otros, que ya casi lo logran, deben proporcionarnos confianza y motivación suficientes para redoblar los esfuerzos preventivos.

Los Estados Unidos de América tienen la fama de estar siempre entre los primeros lugares en el uso de drogas. Sin embargo, incluso esa nación ha logrado avances importantes: el consumo ha disminuido considerablemente en aquel país durante los últimos años. En 1979 un estudio reveló que 25 millones de estadounidenses (14.1% de la población mayor de 12 años), el nivel más alto que se haya registrado jamás en ese país, había usado drogas ilícitas por lo menos una vez en el mes anterior a la fecha en que se realizó la encuesta. En 1999 la Encuesta Nacional sobre Drogas en los Hogares (National Household Survey on Drugs) descubrió esta práctica entre aproximadamente 14.8 millones de personas, lo que significa una reducción cercana a 50% en el transcurso de las últimas dos décadas. No se puede cantar victoria, es cierto, porque ya antes se han obtenido éxitos indudables, que lamentablemente resultaron ser pasajeros (aunque no fueron tan buenos como al que nos referimos ahora). En todo caso, vale preguntarse: ¿cuál ha sido la clave de esos logros? La respuesta es compleja e insegura, pero cada vez sabemos más sobre los caminos de la prevención y es un hecho que nuestros programas actuales tienen bases científicas indudables.

Después de no menos de 40 años de intentar acciones preventivas de diferentes órdenes, siguiendo las tendencias producidas por los conceptos de moda y a veces también por resultados de investigaciones serias, en la última década se ha llevado a cabo una evaluación cualitativa de los programas, sus políticas y sus estrategias. De ahora en adelante, no se justifica insistir en acciones pretendidamente preventivas que no han dado los resultados esperados, o dejar de lado aquellas otras que con certeza son exitosas. La causa principal de los fracasos ha sido invariablemente la falta

de reconocimiento de un hecho básico: el fenómeno del consumo de drogas entre los jóvenes no tiene una causa simple, es un problema complejo, multifactorial. El individuo no empieza a usar drogas y continúa haciéndolo hasta hacerse adicto sólo porque vive en una sociedad permisiva, ni porque sus amigos lo hacen, o porque tiene una familia desunida; tampoco por ser genéticamente vulnerable, o por el ejemplo de los héroes populares (actores, cantantes, músicos y deportistas).

En cada caso individual, alguno de los factores mencionados en el párrafo anterior influye más que los otros, pero la explicación del por qué de la adicción en general no recae en uno, sino en todos los mencionados. Y faltaría decir que existen personas que, por razones no bien conocidas, no se inician en el consumo de drogas pese a exponerse a lo que llamamos factores de riesgo. Definitivamente, el fenómeno de la adicción es muy complejo y no responde a explicaciones simples. Como ha dicho un destacado experto, el Dr. Griffith Edwards, «Es impensable que una causa única explique el fenómeno de la adicción».

Conviene dejar establecido que los gobiernos decidieron declarar ilegales ciertas drogas que no son de utilidad médica, justamente porque tienen características farmacológicas que dañan física y psíquicamente al hombre y sobre todo porque producen dependencia. Este es el antecedente de su ilegalidad. Otros fármacos que también son adictógenos tienen, sin embargo, utilidad médica. Es el caso, por ejemplo, de los tranquilizantes y de los hipnóticos, éstos quedan regulados por la ley de tal manera que pueden ser adquiridos únicamente por prescripción médica. Cabe hacer notar que junto con los antipsicóticos y los antidepresivos, que no generan adicción, representan desde mediados del siglo xx un avance dramático de la medicina, en particular de la psiquiatría.

Si no fuera por esa característica de las drogas ilegales que las convierte en altamente peligrosas para la salud mental y física, podría discutirse sobre su posible uso bajo ciertas circunstancias ya que, efectivamente, son capaces de producir placer y bienestar (euforia es el término adecuado, del griego *eu*-bien y *phoros*-llevar). No vamos a describir otras consecuencias de su consumo, que pueden ser o no agradables, pero lo esencial es su potencialidad para generar adicción. Una vez alcanzada ésta, se deteriora la voluntad de suspender el consumo de la droga, so pena de sufrir graves trastornos psicofísicos y sufrimiento moral. Así, un acto de libertad personal como es el de optar por el consumo de una sustancia, lleva, por el uso repetido, a la pérdida de la libertad de no consumirla.

La prevención debe ser, como en el caso de otras enfermedades, primaria (evitar la aparición de nuevos casos), secundaria (diagnóstico temprano para dar atención oportuna) y terciaria (tratamiento especializado y reinserción social). Este asunto ya lo tratamos en el capítulo III. Podríamos preguntarnos si en un problema tan complejo como el del consumo de drogas y la adicción es aconsejable aplicar ese mismo esquema preventivo. Pues bien, tal enfoque es posible y deseable. Veamos por qué: 1) el diagnóstico es seguro, tanto al inicio como una vez que se ha desarrollado la dependencia; 2) al detectar el consumo la atención médico-psicológica es, en la mayoría de los casos, exitosa; y 3) el tratamiento institucional del adicto con los modelos actuales también puede alcanzar la recuperación del paciente en muchos casos. Así pues, el modelo médico de la prevención funciona bien, siempre que en la estrategia empleada y en las acciones realizadas se acepte la participación plena de otras disciplinas no médicas.

Al estudiar la evolución del enfoque preventivo se pueden distinguir tres etapas más o menos definidas, que casi coinciden con cada una de las tres décadas transcurridas desde 1970. No ignoramos que una esquematización como la que ahora se presenta puede resultar simplista, pero tenemos la certeza de que es útil para comprender la historia de los programas preventivos y sus componentes básicos. Además, no se aparta de la verdad y considera los hechos más reconocibles ocurridos hasta ahora en esta materia.

La prevención del consumo de drogas se inició de manera titubeante desde hace mucho tiempo, pero puede decirse que se plasmó en verdaderos programas hasta la década de 1950. Estos programas eran considerados «los parientes pobres» de los gobiernos, más empeñados en combatir la producción y el flujo de las drogas en sus países. No sólo se destinaban escasos recursos a las tareas preventivas, sino que se partía de ciertas bases que más tarde resultaron sólo parcialmente válidas. Se pensó que los jóvenes se inician en el consumo «porque ignoran los daños que las drogas producen». La consecuencia lógica era que debíamos enseñarles la verdad sobre los riesgos y daños a los que se expone quien las usa, confiando en su buen criterio para actuar racionalmente. El paradigma era «demos información sobre las drogas» (en los programas escolares, en los sitios a los que acuden los adolescentes, en el seno familiar, etc.). Desafortunadamente, en la mayoría de los casos la divulgación de los conocimientos científicos que se obtenían se hizo de manera equivocada.

¿Por qué afirmamos lo anterior? Porque predominó el tono alarmista con mensajes distorsionados que propiciaron la incredulidad entre los muchachos, y porque como resultado de este enfoque se creó también angustia, que es mala consejera de los padres de familia y de los adultos en general. Se magnificaron los riesgos del síndrome de abstinencia y de las sobredosis. En fin, se cometieron también errores en la técnica pedagógica favoreciendo los cursos, las conferencias y exposiciones con apoyo audiovisual pero con escasa participación de los jóvenes asistentes. La ineficacia de este esfuerzo sostenido durante años se demostró cuando se hicieron evaluaciones por seguimiento, lo cual necesariamente abarcó un tiempo prolongado. Pero no todo fue negativo, pese a haber suscitado en los jóvenes suspicacias y más preguntas que respuestas. El esfuerzo realizado logró llamar la atención sobre el problema y llevó a una toma de conciencia de la amenaza a la salud individual y a la sociedad que significa el consumo de sustancias adictivas. La mejor consecuencia fue que se preparó el clima para la utilización de nuevas técnicas preventivas obtenidas gracias a la investigación científica y social, así como de la experiencia parcialmente negativa de esos años.

La segunda etapa se caracterizó por una actitud crítica, una vez que se aceptó, si no el fracaso total, sí una cierta desilusión por las esperanzas fallidas. Resultó equivocado, los evaluadores de aquellos primeros programas reconocieron haber creído que basta con informar y educar sobre las drogas para detener el consumo. No sólo eso, señalaron también algunos de los riesgos que la divulgación de los hechos puede producir. Por ejemplo, el conocimiento de los efectos de la marihuana, en muchos adolescentes despertaba curiosidad que los conducía a probarla; también se comprobó que por muy objetivo y racional que el comunicador trate de ser, existe siempre el peligro de la mala interpretación de los conceptos y los hechos divulgados. Ante esta realidad, ganó terreno la idea de que el consumo de drogas es más bien el producto de una educación que ha olvidado la enseñanza de los valores humanos, del fortalecimiento de los lazos familiares y de la religión.

De acuerdo con el resultado de ciertas investigaciones, se dio gran importancia a la falta de autoestima, o a la deficiente formación de este sentimiento, como antecedente muy frecuente en quienes padecían de alguna adicción. Tuvo que pasar algún tiempo antes de que a tal descubrimiento se le diera su verdadero peso como un factor más entre los que inducen al consumo de drogas. Pero esta verdad parcial, junto con la idea

de que es necesario rescatar los valores, conforma buena parte de las nuevas tendencias en materia de prevención. Como suele suceder, esta reacción llevó a posturas diametralmente opuestas a las de la primera etapa. Dominó entonces la idea de no hablar más de las drogas ni de sus efectos, sino de concentrarse en la transmisión de los valores, exaltar la actividad creativa y deportiva, favorecer el diálogo con los padres, adquirir hábitos saludables, etcétera.

No cabe duda de que las nuevas tendencias eran muy valiosas, sobre todo porque al mismo tiempo contribuyeron a expandir el esfuerzo educativo hacia la familia y la comunidad, mediante la enseñanza extraescolar y extracurricular. No resultó positivo, sin embargo, que se decidiera no mostrar más a los muchachos el efecto dañino de las drogas. Es más riesgoso dejar que la instrucción sobre tales cosas provenga de un amigo «conocedor» que maneja conceptos equivocados y generalmente favorables al consumo. Además, lo que realmente había resultado mal respecto a la información sobre las drogas, no fue tanto *lo que se divulgó*, sino *cómo se divulgó*. Estudios de seguimiento demostraron, más allá de toda duda, que la información sobre las drogas es parte importante de la prevención, siempre que en lugar de transmitir el conocimiento mediante pláticas, conferencias y material escrito, se realicen sesiones, ordenadas y bajo ciertas reglas, de intercambio de ideas con los muchachos de secundaria y preparatoria (véase más adelante el capítulo dedicado a las sesiones interactivas).

Durante la segunda etapa a la que nos estamos refiriendo, investigaciones cuidadosas realizadas tanto en los países pobres como en los industrializados permitieron avanzar en el conocimiento de los llamados *factores de riesgo*. Como veremos, este conocimiento de los antecedentes sociales, familiares e individuales, que convierten en vulnerables a algunos niños y adolescentes, llevó a cambios positivos en las estrategias y los objetivos de los programas contra las adicciones.

Con los nuevos insumos, la prevención del uso de drogas adictivas se orientó hacia la creación de subprogramas elaborados específicamente para la escuela, la familia, los barrios, los clubes, las minorías culturales, etc., lo cual significó un notable avance. Se propusieron replanteamientos interesantes sobre los objetivos de la educación en general y se estimuló el interés por las investigaciones psicosociales, no sólo en torno al problema de las drogas. La etapa que comprende la década de 1980 significó el

reconocimiento de errores pasados, la decisión de conservar lo que sí parece eficaz y el reforzamiento del *enfoque integral* del problema. Más que en ningún otro momento, los países altamente consumidores reconocieron que lo único verdaderamente realista era abordar el asunto atendiendo a los dos frentes: la oferta y la demanda de las drogas. Lo anterior ya se sabía, pero no se traducía en declaraciones abiertas y menos en acciones.

¿Qué ha seguido después? Primero que nada, diremos que nuestro planteamiento esquemático no puede servir para establecer límites nítidos entre una y otra etapa. El progreso científico, incluyendo el que compete a las ciencias sociales, no avanza a saltos, es más bien un proceso en el que los descubrimientos retroalimentan a nuevos estudios, que llevan a su vez a modificaciones progresivas. En el campo de la prevención del uso de sustancias adictivas, como en tantos otros, se avanza por el método del ensayo y el error. Pero se va creando un cuerpo de conocimientos útil que debe alentar los cambios positivos de los programas. Lo mínimo que diremos al tratar de dar respuesta a la pregunta sobre lo que procede hacer ahora, es: evitemos las estrategias y las acciones que no previenen el uso de sustancias dañinas, y enfoquemos nuestros esfuerzos en aquello que va demostrándonos su eficacia.

Actualmente se prosigue en general con las estrategias y las acciones que caracterizaron a la etapa anterior, ampliando los subprogramas, sobre todo los que se aplican a la familia y a la comunidad. Haremos notar que, pese a las voces que aseguran sin fundamento lo contrario, se reafirma la posición internacionalmente sostenida de oponerse a la posible legalización de una o más drogas, cuya producción y distribución han sido prohibidas hasta ahora. Es lógico que la legalización, cuyo objetivo sería impedir el narcotráfico, mas no el consumo, tendría que ser discutida en el seno de la Organización de las Naciones Unidas. El hecho real es que los organismos que dependen de la ONU y que se relacionan desde diversos campos con el problema del consumo de drogas, descartan explícitamente esa medida.

Para conocer a fondo la situación no hay más que revisar lo que expresan las instituciones de referencia obligada: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización

Internacional de Drogas (PNUFID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA). Ninguno de estos organismos ha propuesto que se discuta la posible legalización, en cambio aportan argumentos para no hacerlo. Además, hasta ahora ni un solo país ha hecho una propuesta formal sobre el asunto en el seno de las asambleas ordinarias de la ONU, ni durante las sesiones extraordinarias dedicadas al análisis de la situación mundial en torno a las drogas.

Dos hechos más que se pueden observar en la etapa actual de la prevención son: uno el gran apoyo que se otorga a la investigación, principalmente en el campo de las neurociencias. Es una consecuencia lógica de los conocimientos ya obtenidos: se esperan grandes avances que permitirán elaborar medicamentos efectivos para disminuir la avidez por la droga en los adictos, para desintoxicar al organismo, para antagonizar los efectos físicos y psicológicos de las sustancias adictivas, etc. Pensemos en lo que estos estudios podrán significar en los programas de prevención secundaria y terciaria. Pero también se hace investigación muy relevante para la prevención primaria. El mejor conocimiento de los aspectos genéticos de la adicción, la identificación cada vez más precisa de los mecanismos y procesos bioquímicos cerebrales que ocurren durante la neuroadaptación, proporcionan elementos básicos para nuevas tácticas preventivas.

El otro hecho es importante para todos los países, especialmente para las naciones pobres. Se trata del gran esfuerzo de coordinación y colaboración internacional que sin duda favorecerá el desarrollo de programas actualizados y ajustados a la situación particular de cada nación. La mejor expectativa, en nuestra opinión, es que los expertos locales analicen con cuidado las recomendaciones de los organismos internacionales, efectúen los ajustes que el conocimiento de cada cultura aconseje y, como resultado de ello, proyecten programas realmente aplicables en su medio. Pero es necesario abandonar ya el periodo, que se ha prolongado demasiado, de aceptar estrategias y acciones que no tienen el sustento de investigaciones serias y confiables.

Antes de describir los tipos de programas preventivos conocidos, aceptando la clasificación sugerida por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América (NIDA, por sus siglas en inglés), vale hacer una referencia a ciertos fenómenos recientes que condicionan y obstaculizan los esfuerzos. La mundialización y homogeneización de la

oferta y la demanda es uno de ellos. Ya no es acertado distinguir entre países productores y consumidores, y de hecho se han generalizado las rutas del narcotráfico. Por otro lado, los esquemas de consumo se han ido occidentalizando debido, en parte, a la influencia del cine, la televisión y la Internet. Recientemente también se ha ido generalizando el uso de tres tipos de drogas: a) estimulantes, en particular la cocaína en sus varias formas; b) los narcóticos, específicamente la heroína; y c) las drogas inclasificables por sus efectos, como las sintéticas, de «discoteca» o «diseño».

Los acontecimientos de los últimos obligan a crear programas con estrategias que flexibilicen las acciones y que permitan llegar hasta los jóvenes con información realista. Un objetivo específico que cobra importancia es el de *la reducción de los daños*, sobre todo cuando vemos que el SIDA es ya una pandemia. Pero al afirmar lo anterior no estamos sugiriendo una estrategia que sustituya a la principal, que es la que sustenta como objetivo general la prevención primaria; es decir, la que trata de evitar que los jóvenes empiecen a consumir drogas.

Respecto a lo anterior, durante los últimos diez años ha ganado terreno en algunos países la idea de sustituir ese objetivo general por el de la reducción del daño y el control de los riesgos. En nuestra opinión, ello significa un grave error, que además se basa en una disyuntiva inexistente. No es lo uno o lo otro, como lo ha planteado, por ejemplo, el Gobierno de Australia, que ahora tiene un programa preventivo basado en la reducción de los daños. Quizás tendrán que pagar por el error que consiste en creer que la batalla contra las adicciones está perdida, como si se aceptara que no es posible disminuir el consumo y que, por tanto, sólo nos queda luchar porque las drogas se usen «responsablemente». Tal enfoque olvida lo principal: las drogas ilícitas causan adicción, pese a las expectativas menos pesimistas de los consumidores. Este aserto tiene bases científicas, pero hay otro de carácter ético que pondremos en forma de pregunta: ¿se puede ser «responsable» al consumir una sustancia que es ilegal?

Todo buen programa preventivo, por supuesto, debe considerar la disminución de los efectos negativos de las drogas. Ese es quizás, el más importante de los objetivos específicos. Pero el objetivo general debe ser evitar el consumo, aún a sabiendas de que el triunfo total no es concebible en un mediano plazo.

Sería muy conveniente que en alguna parte de la información que se proporciona a los jóvenes se diga que si consumen éxtasis, por ejemplo, deben preocuparse por estar bien hidratados, considerando que uno de los peores efectos producidos por esa droga es la pérdida de líquidos y de sodio. Pero el paradigma de la prevención es, debe ser, *no consumir*. Ambos objetivos, disminuir los riesgos y evitar el uso de sustancias adictivas, no se contraponen, y podríamos citar muchos ejemplos para sustentar tal afirmación.

En el caso del alcohol, droga lícita sujeta a normas, resulta prioritario, por el contrario, educar para el consumo responsable; un objetivo principal puede ser el de evitar los daños a la salud individual y a la sociedad que ocasiona el abuso de las bebidas alcohólicas. A pesar de que la nicotina del tabaco es también una droga legal, no podemos decir de ella lo que acabamos de afirmar del alcohol: fumar no tiene efectos benéficos para la salud física en ninguna dosis. Lo que deseamos resaltar es que los responsables de los programas preventivos deben ser muy cautelosos con las generalizaciones. En fin, si logramos que el lector esté alerta ante ciertas estrategias novedosas, lo habremos preparado mejor para su participación activa en la prevención del consumo de drogas.

Mencionaremos algo sobre las diferencias entre los programas que hoy se aplican en distintos medios. Los expertos del NIDA distinguen tres tipos de programas. Conciben como *universal* a aquel que está dirigido a todos los miembros de una comunidad o grupo determinado (escuela, club, colonia, etc.), y que comprende tantos subprogramas como se estime necesario, con el objetivo básico de reducir la demanda de drogas entre los jóvenes. *El programa selectivo* se aplica a los grupos que ya han sido identificados como de alto riesgo, con la estrategia principal de contrarrestar los factores de peligro y reforzar los que protegen contra el uso de drogas. Este enfoque también comprende diferentes subprogramas. Finalmente, los *programas indicativos* son aquellos que, por los objetivos que persiguen, se enmarcan en la prevención secundaria. Se aplican a los adolescentes y jóvenes que ya han empezado a consumir drogas y que por esas y otras razones tienen problemas de conducta que pueden ser severos. En este tipo de programas se incluyen acciones dirigidas a las familias, que son en este caso la parte protagónica de importancia decisiva.

Establecimos antes que una buena decisión es la de tener en cuenta, como asunto prioritario, las recomendaciones que, en materia de

prevención, hacen los organismos que dedican grandes esfuerzos a la investigación para evaluar los programas y las acciones preventivas. Empezando el nuevo siglo, tenemos a la vista estudios muy demostrativos de las estrategias hasta ahora realizadas, que permiten seleccionar un buen número de principios de la prevención del uso de drogas. Nos referiremos a los que nos parecen más sobresalientes, y cuya aplicación se cree indispensable en los países en desarrollo.

Principios básicos

1. *Los programas preventivos deben considerar a todas las drogas psicoactivas adictivas, las legales y las ilegales.* Los expertos que formulan esta recomendación nos ofrecen razones conceptuales, técnicas y científicas, y recuerdan que el modelo integral para la iniciación en el consumo, la adquisición del hábito y finalmente la adicción es aplicable a todas las sustancias adictivas. Sin embargo, también existen argumentos basados en la falta de recursos suficientes para aplicarse a la prevención en este campo. Otros rubros de la salud pública son más apremiantes en muchos países que viven la llamada *transición epidemiológica*, pero que ya enfrentan el problema de las adicciones. Es obvio que los programas integrales ahorran gastos. Pero esa no sería razón suficiente si la integración de metas fuera en detrimento de la eficacia. En la práctica lo que conviene es sujetarse a este principio resueltamente, sin que ello signifique abandonar el esquema de los subprogramas específicos para: a) el alcoholismo y el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas; b) el tabaquismo, y c) el uso de drogas ilegales.
2. *Deben reforzarse las actitudes sociales de rechazo al consumo de drogas y fortalecer la voluntad de la comunidad para actuar en ese sentido.* En nuestra opinión, este es el principio más importante para los países en vías de desarrollo en los que el problema de las adicciones aún no alcanza niveles muy altos. Si la sociedad entera se pronuncia en actitud y en acciones en contra del consumo, si se niega explícitamente a aceptar un papel permisivo y negligente ante las drogas ilegales, el programa preventivo tiene grandes posibilidades de éxito. No estamos manifestando una expectativa optimista sin fundamento. Suecia, que como ya hemos visto es uno de los países que han logrado una baja progresiva y sostenida del consumo de esas sustancias, expresó lo siguiente en la Asamblea de las Naciones Unidas el 26 de octubre de 1993:

Todas nuestras medidas preventivas han llevado el mismo mensaje a los jóvenes de este país: nosotros no aceptamos ningún uso ilícito de drogas y nunca aprobaremos la distinción que otros hacen entre drogas «blandas» y drogas «fuertes». . . La *Cannabis* no está exenta de peligro, hay considerable evidencia científica de sus efectos nocivos sobre la salud mental y su liga con la violencia.

Debemos hacer notar, como lo hizo el representante de Suecia en aquella ocasión, que no se trata de un repudio a los consumidores. Ellos son considerados víctimas, personas que necesitan todo el apoyo médico y psicológico que se les pueda proporcionar, lo cual forma parte sobresaliente del programa preventivo de aquella nación.

¿Cómo se puede motivar a la sociedad en general, a las comunidades, a las familias, para que manifiesten su rechazo al consumo de drogas? Nos parece que es un problema de educación en el que los medios de comunicación masiva deben jugar un papel esencial. Los contenidos a divulgar y los procedimientos deben ser establecidos por los expertos de cada país, pues es vital el conocimiento de la cultura y de los valores nacionales. Pero la actitud de la sociedad entera de rechazo a las drogas es un componente básico de la buena estrategia preventiva.

3. *Los programas preventivos deben diseñarse para fortalecer los factores protectores y debilitar los factores de riesgo.* Ya decíamos que se ha llegado a un conocimiento suficiente de las circunstancias comunitarias, familiares e individuales que favorecen el inicio en el consumo de drogas entre los jóvenes. Lógicamente, puede esperarse que si las modificamos en un sentido positivo, cada vez serán menos los muchachos que deciden empezar a consumir una droga. Tal expectativa se ha cumplido en la práctica. Algunos expertos de los Estados Unidos de América sostienen que la disminución en el consumo de marihuana ocurrido en los últimos 20 años en su país es el resultado, principalmente, de esta política de los factores de riesgo y fortalecimiento de los que protegen contra el uso de sustancias ilegales.
4. *La educación contra las drogas impartida a los jóvenes debe evitar, hasta donde sea posible, el didactismo, pero ha de fomentar el método interactivo.* No vamos a repetir ahora lo que ya abordamos al hablar de los enfoques preventivos, sólo insistiremos en un punto: lo ideal sería que los maestros de escuela recibieran capacitación para el correcto manejo de las sesiones interactivas con sus alumnos. De lo que ya no hay duda es de que la sola exposición oral, sin la participación de los muchachos, no es buen camino para informarlos sobre

los efectos de las drogas y sobre los demás asuntos que atañen a su consumo.

5. *Siempre debe incluirse a los padres de familia en las actividades preventivas que se realicen con los jóvenes.* Si cumplimos con este principio estaremos favoreciendo también el acatamiento de los otros que hasta ahora hemos citado. Es probable que la relación familiar mejore, lo cual representa un factor de protección, y podemos esperar también que los padres, mejor informados y más dispuestos a participar en actividades con sus hijos, aumenten su percepción de la responsabilidad que tienen para enfrentar este problema que ellos mismos conocieron en su juventud. Se contribuiría así a reforzar la tan necesaria actitud de rechazo hacia el consumo de drogas a la que hemos hecho referencia más de una vez.
6. *Los programas deben considerar acciones a largo plazo, continuadas, sistemáticas y repetidas.* Es necesario dejar de hablar de las «campañas» contra esto o lo otro, que sólo hacen pensar que se trata de esfuerzos que empiezan y terminan en un determinado plazo. El problema que atacamos es crónico y no hay manera de saber cuánto perdurará, a pesar de nuestras acciones educativas y de salud. Debemos acostumbrarnos a pensar que las estrategias preventivas deben formar parte *permanente* de los programas de gobierno. Y los expertos harán bien en organizarse para influir en los administradores y los políticos para que acepten esta verdad: los resultados positivos sólo se podrán ver a mediano y largo plazos, puesto que es asunto de generaciones. Pero lo que no debe hacerse es descuidar la lucha, bajar la guardia o debilitar el empeño. Puede ser, sin embargo, que se obtengan éxitos de investigación científica capaces de modificar en un sentido favorable el curso de esta pandemia que afecta tanto la vida de nuestros jóvenes. Pero no podemos apostararlo todo a la ciencia.
7. *Las acciones que se realizan en la comunidad deben tener a la escuela como un componente esencial.* El medio escolar es un factor protector indudable si se aprovecha a fondo el hecho de que en él confluyen maestros, alumnos, familia y autoridades. Además de las actividades directamente ligadas a la prevención (reuniones interactivas, contenidos curriculares, servicios psicopedagógicos, vigilancia y reglamentación, etc.) se realizan otras de influencia indirecta, como las deportivas y las recreativas. Las evaluaciones periódicas de los programas preventivos y sus estrategias señalan con certeza que la escuela debe ser un polo de concentración de las acciones en las que se hace

participar a la comunidad. Este principio es, pues, muy importante. Resalta nuevamente la recomendación de capacitar suficientemente a los maestros y de favorecer el acercamiento de la familia a los planteles escolares. Es fácil comprender que justamente es en estos últimos en donde se pueden identificar mejor los casos de consumo inicial u ocasional, para darles tratamiento oportuno. Es decir, es en la escuela en donde se puede actuar positivamente sobre los grupos en riesgo, tal como lo vienen señalando los investigadores desde hace algunos años.

8. *Los programas deben identificar los problemas específicos de cada comunidad para actuar sobre ellos.* Este principio indica que, además de las medidas generales, hay que considerar otras dirigidas a situaciones que los miembros de cada comunidad señalan como las más riesgosas. Los ciudadanos se percatan de los peligros locales y aceptan con agrado las acciones que se planean para enfrentarlos. No sólo las aceptan, también se muestran partícipes y activos, pero hay que dejarles la iniciativa de manifestar sus propias preocupaciones y proponer las medidas. En no pocas ocasiones se verá que sus propuestas son razonables y armonizan con las estrategias de los expertos.
9. *La divulgación hacia la comunidad debe incluir, siempre y con énfasis, las normas jurídicas contra el consumo de drogas.* Los especialistas han comprobado que el ciudadano común, más todavía los adolescentes y los jóvenes, tiene escaso conocimiento de lo que la ley dispone acerca del consumo. Existe una confusión respecto a los términos «legal» o «lícito», «ilegal», «despenalizar», «legalizar», «sanción», etc. La recomendación que se propone, fundada en este principio, no es que se intente una real capacitación jurídica de la ciudadanía, pero sí que se dé a conocer de manera sencilla y comprensible el contenido de las leyes y los reglamentos en torno al tráfico y el consumo de sustancias adictivas. La decisión de utilizarlas es, finalmente, personal; pero es conveniente y justo que para decidir se cuente con el conocimiento mínimo indispensable, tanto de los efectos de las drogas a corto y a largo plazos, como de la normatividad relacionada con ese acto individual.
10. *Siempre que sea posible, los programas preventivos incluirán acciones específicas para cada etapa del desarrollo.* Este principio surgió del conocimiento proporcionado por la psicología social acerca de la inoperancia de los mensajes educativos, cuando no se hacen específicamente para grupos sociales determinados. Los contenidos de los

textos difundidos por cualquier medio, deben ser elaborados por expertos, para que surtan el efecto deseado en cada grupo según las edades de sus integrantes. También existen mensajes que pueden ser leídos o escuchados por la comunidad entera, como cuando se expresa «Construye tu vida sin drogas», o «Di no a las drogas». Pero es importante aceptar por convencimiento la recomendación que se desprende de este principio, aunque ello implique un esfuerzo y un costo económico mayores.

Este asunto de preparar acciones distintas para cada edad o para cada sector social, no solamente se refiere a los mensajes informativos. Tan importantes como éstos son las demás acciones preventivas. Las debe haber adecuadas para la familia, los jóvenes, la escuela, las instituciones religiosas, los clubes, etc. Lo que el principio resalta es la diversidad de actividades, considerando las diferencias entre los sectores sociales y los grupos.

Con esto quedan citados, aunque no plenamente desarrollados, los principios que deben seguirse al elaborar los programas preventivos del consumo de drogas. Hemos seleccionado, y en algunos casos aglutinado, el total de las directrices que proponen los investigadores que aquí y allá han evaluado los esfuerzos preventivos de los últimos años.

En opinión del autor, existe hoy en día un frente de acción que promete buenos resultados, no sólo en este campo sino en el de la educación en general. Se ha identificado un factor protector que por mero sentido común fue mencionado hace años por psicólogos y educadores destacados. Hoy se ha comprobado su valor preventivo con base en las investigaciones de evaluación a las que nos hemos referido. Lo expresamos así:

Si existen fuertes y positivas ligas emocionales en una familia en la que priva una actitud pro-social y que a su vez se relaciona con instituciones también pro-sociales, la posibilidad de que alguno de sus integrantes se inicie en el consumo de drogas es muy baja.

Entendemos por *pro-social* toda conducta dirigida a proporcionar beneficios a las personas en desventaja social. Prácticamente, la expresión prosocial es sinónimo de altruismo.

Conviene detenernos un poco en este punto. Desde mediados del siglo xx, aun antes de que el consumo de drogas entre los jóvenes se convirtiera en un problema de salud pública, empezó a fraguarse un movimiento a favor de cambios muy significativos en los objetivos y las metas educativas.

Nació principalmente del estudio psicopedagógico de las conductas altruistas (bondad, generosidad, cooperación), y de los valores y las motivaciones emocionales que conducen a los seres humanos a comportarse en forma positiva hacia los demás. Por esta vía teórica pero con fundamentos científicos, que considera reglas morales y principios universales, se llega a la *prescripción de comportamientos*, más que a la prohibición de acciones tenidas por negativas. Tales conductas prescritas promueven el bienestar del hombre y son parte esencial de la educación pro-social. Ésta reconoce que el desarrollo de las tendencias positivas depende de la consolidación progresiva de características individuales tales como los valores propios, las motivaciones, la capacidad empática y la autoestima.

No cabe duda de que la participación de los niños y jóvenes en tareas de cooperación y apoyo a quienes están en desventaja, tiene importantes consecuencias psicológicas. Una de ellas es la mejor capacidad para las relaciones interpersonales y la satisfacción de formar equipo con otros seres humanos interesados en ayudar a quienes sufren. No debe extrañar que todo ello constituya un factor protector frente al uso de sustancias adictivas, como se ha reconocido en años recientes. Aplicados a tareas altruistas que dejan satisfacciones y generan autoestima, los jóvenes difícilmente se embarcarán en comportamientos que representan lo contrario de lo que ellos, con sus familias, realizan en la vida cotidiana.

«No hay mal que por bien no venga», reza un dicho popular. Como casi todas las expresiones que pretenden descubrir grandes verdades, ésta también es cierta sólo en parte, si la aplicamos al problema de las adicciones que son, efectivamente un mal, un gran mal. Pero para afrontarlo hemos tenido, entre otras cosas, que hacer investigación en diversos campos. Ello nos ha llevado al descubrimiento de aspectos insospechados de la actividad del cerebro, influencias socioculturales que actúan en el campo de la salud mental, factores psicológicos y farmacológicos de las adicciones, tratamientos eficaces que trascienden a otros campos de la psicopatología y nos ha conducido a enfrentar exitosamente problemas específicos y de fondo de la educación. Si esta plaga moderna nos lleva a un replanteamiento positivo de la educación en el mundo, se estará cumpliendo en parte la sentencia popular que hemos citado.

Otro producto de los esfuerzos preventivos es el de dar mayor importancia a la psicología escolar, que puede prestar grandes servicios en este campo y en el de la pedagogía general. También se encuentran los

resultados a que han llevado los estudios sobre la influencia que la sociedad puede tener para cambiar el curso de fenómenos como el de las adicciones. Ya vimos cómo los programas más exitosos son los que convencen a una sociedad para que no acepte la práctica de consumir sustancias adictivas. Si nos viéramos conminados a escoger una entre todas las estrategias preventivas, nos decidiríamos sin duda por ésta: *una sociedad no permisiva, una comunidad que no tolera el consumo de drogas ilegales es una barrera moral de la mayor efectividad*. Insistimos en que tal estrategia no debe confundirse con el repudio hacia quienes sufren la adicción. Se trata de seres humanos que tienen derecho a esperar apoyo, tratamiento adecuado y una actitud humanitaria que les permita su reinserción a la vida social y familiar.

Se entiende que los programas preventivos que involucran a la comunidad sobre la premisa de la no permisividad, se dirigen a las organizaciones cívicas, religiosas y gubernamentales para crear y fortalecer las normas, reforzar las acciones preventivas de los medios de comunicación y establecer cada vez más espacios sin drogas. Nuestros hijos tienen derecho a vivir en un mundo más higiénico, más seguro, libre del peligro que implica consumir sustancias que alteran su psiquismo y les producen enfermedad.



IV. ¿QUÉ TAN GRANDE ES NUESTRO PROBLEMA?

Las estadísticas mexicanas concernientes al consumo de drogas lícitas (tabaco, alcohol), e ilícitas (marihuana, inhalables, cocaína, heroína, sustancias sintéticas, etc.), indican que la edad de inicio es la que corresponde a los años que los jóvenes pasan en la secundaria y el bachillerato. Algunos estudios señalan que también se pueden ver consumidores que aún cursan su educación primaria; pero es evidente que los mayores riesgos ocurren en la población de entre 13 y 18 años de edad. Es necesario recordar que no todos los egresados de la primaria prosiguen estudios de secundaria y bachillerato.

Es importante distinguir entre la edad de consumo de drogas y el lugar donde la droga se adquiere. Con frecuencia se habla de la «drogadicción en las escuelas», como si fuera común que las drogas se vendan y se consuman en ellas, lo cual no es la regla general ni mucho menos; en realidad, se debe hablar de «los escolares que consumen drogas» sin especificar si lo hacen en la escuela. Sobre este punto, parece lógico y justo pedir a quienes hablan de «las drogas en las escuelas» que hagan las denuncias pertinentes apoyadas en pruebas.

El profesor debe tener una respuesta adecuada a esta pregunta: ¿cómo está el consumo de drogas entre los estudiantes mexicanos? No podemos negar que sobre este punto hay confusión, debido a que con frecuencia los datos obtenidos de los estudios más serios se dan a conocer de manera inadecuada por los medios y se interpretan erróneamente.

Además, las fuentes suelen ser inseguras. Los maestros deben saber que *las únicas fuentes realmente confiables* son: a) Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que se realiza cada 4 años y que publica la Secretaría de Salud (Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones e Instituto Nacional de Psiquiatría); b) Encuesta en Estudiantes SEP-INP (Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría) que se publica desde 1996; c) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA); d) Estadísticas de CIJ (Centros de Integración Juvenil), que esta institución no oficial publica con regularidad; e) Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) del Instituto Nacional de Psiquiatría, cuyos resultados se difunden semestralmente.

Hagamos una consideración. Es muy importante conocer la población sobre la cual se aplica la encuesta. Por ejemplo, los datos de CIJ no coinciden, ni era de esperar que así fuera, con los de la ENA. Simplemente por que esta última se aplicó a la población general urbana, de entre 12 y 65 años de edad; en cambio, CIJ nos proporciona datos de la población que atiende en sus centros; es decir, se trata de personas que ya son adictas o están en camino de serlo, son quienes buscan tratamiento. Esta es la razón por lo cual se obtienen cifras más altas que las de las ENA cuando nos dan los porcentajes de consumo de cada droga. En fin, recomendamos al maestro tener precauciones al interpretar los resultados de las encuestas. Mencionaremos aquí algunos de ellos, los que consideramos de mayor utilidad.

Empecemos por decir que la población estudiantil no representa el total de la población joven, ya que una proporción de muchachos deserta de los estudios por diversas razones al terminar el ciclo básico. Por lo que se refiere a las drogas lícitas, los estudios revelan que, al igual que en la población adulta, entre los adolescentes la sustancia de elección es el alcohol, con un consumo que se asocia frecuentemente a la embriaguez. La ingestión de bebidas alcohólicas continúa siendo un elemento importante en el paso hacia la edad adulta, aunque actualmente se observa un incremento en el número de mujeres que consumen alcohol; y en ambos sexos el inicio ocurre a edades más tempranas. El índice de consumo fuerte (cinco o más copas por ocasión), por lo menos una vez al mes, es elevado, y comprende 3.6% de los hombres y 1.5% de las mujeres de entre 12 y 17 años. El porcentaje de adolescentes que siguen ese patrón de consumo es de 14.7% en Tijuana; 9.20% en Ciudad Juárez; 6.00% en la Región Norte y 5.9% en la Región Centro del país; 4.9% en Monterrey; 7.50% en

Guadalajara; 7.28% en la Ciudad de México; 3.62% en Matamoros, y 2.69% en la Región Sur de México.¹

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 (SSA, ENA), entre los adolescentes de las zonas urbanas de nuestro país, el uso de drogas ilícitas aún no es muy elevado. No obstante, las investigaciones también señalan que el uso de sustancias adictivas ilegales en este grupo de la población va en aumento, y que las variaciones regionales son importantes. Por otra parte, de acuerdo con la más reciente encuesta nacional de adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, que viven en poblaciones de más de 2,500 habitantes, uno de cada cinco adolescentes manifiesta síntomas de depresión, lo cual se relaciona con el experimentar con sustancias psicoactivas. De los jóvenes que presentaban dicha condición, 5.2% reportaron haber usado drogas, en comparación con 1.6% de quienes no padecían síntomas depresivos. La presencia de este tipo de síntomas aumentó tres veces la posibilidad de continuar consumiendo drogas una vez iniciado el consumo. Asimismo, 1.34% de los adolescentes entrevistados reportaron haber intentado suicidarse; este índice fue cinco veces más elevado entre aquellos que consumían drogas.²

Asistir a la escuela es un factor protector del consumo. Veamos sólo este dato: el índice de consumo entre los menores de 12 a 17 años que abandonaron la escuela, es tres veces superior al de los que continúan estudiando.³ De todos modos, los estudios SEP-INP nos dicen que los alumnos de bachillerato del Distrito Federal que reportan haber consumido marihuana alguna vez en la vida, ha pasado de 2.8% en 1991, a 5.8% en el año 2000.

Respecto a la cocaína las cifras respectivas son: 1.0% en 1991 y 5.2% en 2000. Desafortunadamente carecemos de datos para el resto de la República, pero podemos suponer que las cifras son algo más bajas, excepto en las ciudades turísticas y en las de la frontera norte, en donde sabemos que son incluso superiores. Tratándose de las drogas legales, estos son los datos útiles para el maestro: los alumnos de secundaria y de bachillerato que reportan haber fumado tabaco alguna vez en la vida, constituyen 50.7% en el año 2000, en tanto que en 1991 el porcentaje

¹ Medina M. (2001). «El consumo de drogas en México», en *La drogadicción en México*. México. Editorial México Desconocido.

² *Ibidem*.

³ Datos obtenidos de los proyectos núm. 30827-H del CONACYT y núm. 4320 del Instituto Nacional de Psiquiatría. *La evolución del consumo de drogas en estudiantes: medición otoño de 2000*.

fue de 46.5%. En cuanto al alcohol, las cifras para tales años fueron 61.4% y 54.4% respectivamente. En ambos casos, los reportes indican un aumento progresivo del uso de dichas sustancias. Una vez más señalamos que son datos procedentes del Distrito Federal.

Tengamos presente que es de la Encuesta de Estudiantes Otoño 2000 de donde se obtiene este dato general: 14.7% de la muestra estudiada (10,578 alumnos de 392 grupos escolares) consumió alguna droga ilegal (mariguana, cocaína, inhalables, etc.) por lo menos una vez en la vida. La cifra no coincide con la suma de droga por droga, porque hay alumnos que han usado más de una. Y, finalmente, el factor protector que significa la escuela se revela en los resultados de un estudio realizado por DIF-UNICEF-UNDCP en 100 ciudades mexicanas durante el año 1999: 12.5% de los muchachos de entre 12 y 17 años que no estudiaban, han usado drogas ilegales alguna vez en la vida, en tanto que el porcentaje es de sólo 2.5% entre los que iban a la escuela.

Si comparamos los resultados obtenidos de tres Encuestas Nacionales de Adicciones (1988, 1993 y 1998), nos percatamos de que, si bien la prevalencia global del consumo de drogas en México es aún baja, se registran incrementos y tendencias preocupantes.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (población urbana de entre 12 y 65 años), la prevalencia nacional de consumo de drogas ilícitas fue la siguiente: alguna vez en la vida 5.27%; durante el último año 1.23%; durante los últimos 30 días 0.83%.

La mariguana es la principal droga consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos, con la prevalencia de 4.70%, lo que representa más de dos millones de personas que dijeron haberla usado alguna vez.

El uso de la mariguana es tres veces mayor que el de la cocaína, ya que esta última fue usada alguna vez por sólo 1.45% de la población estudiada; es decir, casi 700 mil personas.

La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables.

Los alucinógenos y la heroína son las drogas con menores índices de consumo «alguna vez» (0.36% y 0.09% respectivamente); quienes las han probado tienden a ser varones y de mayor edad.

El número de mexicanos de 12 a 65 años de edad que han consumido drogas adictivas ilegales alguna vez en su vida —de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 1998— es el siguiente:

Droga	Núm. de personas
Mariguana	2.2 millones
Cocaína	691 mil
Inhalables	381 mil
Alucinógenos	171 mil
Heroína	42 mil

Estos datos se refieren sólo a personas (hombres y mujeres) que viven en zonas urbanas.

La Encuesta Nacional de Adicciones más reciente (2002) señala que en la República mexicana 3.5 millones de personas, entre los 12 y los 65 años, han usado drogas, sin incluir al tabaco ni al alcohol. También reporta que 1.31% consumió drogas en el último año previo al estudio; y casi 570,000 personas lo habían hecho en los 30 días previos a la encuesta.⁴

⁴ SSA, CONADIC (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México.



V. LOS PRINCIPALES EFECTOS DE LAS DROGAS ADICTIVAS

¿Se puede detectar al consumidor de drogas por su conducta en la escuela y fuera de ella? Reconozcamos que sería injusto y contraproducente señalar a un chico como usuario de sustancias nocivas sin tener la certeza de que lo sea, o sin contar con su propia decisión de aceptarlo. Pero es muy importante que el profesor y el padre de familia tengan elementos que les permitan identificar conductas sospechosas. Después de todo, el éxito en la ayuda que podamos darle depende en gran medida de la oportunidad del diagnóstico, antes de que se haya desarrollado la verdadera adicción. En otras palabras, lo ideal sería identificar a los «probadores» o usuarios ocasionales para evitar que continúen con el hábito (prevención secundaria). En los párrafos que siguen, se combinan los datos que nos permiten sospechar que un chico está empezando a consumir drogas, con aquellos otros síntomas que descubren al que ya adquirió un hábito continuado.

Cambios en el aprovechamiento escolar. Señalaremos los dos más visibles: a) el chico falta con regularidad a clases o llega tarde con frecuencia; b) su rendimiento escolar desciende ostensiblemente, de manera particular en la presentación y calidad de sus trabajos.

Cambios en la conducta. Los más frecuentes en nuestro medio son: a) aumento de la agresividad, el enojo y la irritabilidad, con cambios drásticos de los estados de ánimo; b) disminución de la autodisciplina y del cumplimiento de las reglas y los deberes; c) disminución del interés en las actividades deportivas y en las diversiones sanas con amistades

positivas; d) amistad, en cambio, con muchachos de conductas irresponsables (¿consumidores?); e) aumento de los problemas con autoridades y compañeros por conductas provocadoras, por ocultar la verdad o por faltas de respeto.

Otros cambios físicos y psicológicos. a) dificultades con la memoria, la atención y la concentración (estos efectos son los que explican la disminución de la capacidad de aprendizaje); b) conversaciones frecuentes sobre el tema de las drogas, argumentos favorables a sus efectos y su inocuidad, referencia con admiración a conocidos actores, músicos y otros personajes que usan drogas; c) conducta que denota estar bajo los efectos de un consumo reciente: ojos enrojecidos, pupilas dilatadas, actitud displicente y relajada o agresiva, dificultades en la expresión verbal, falta de coordinación en los movimientos; d) apariencia enfermiza, pérdida de peso, acné u otras infecciones de la piel, descuido en el aseo personal, etcétera.

Recordemos que hablamos de pre-adolescentes y adolescentes que tienen las características propias de esas etapas del desarrollo. Algunas se parecen o son iguales a las que describimos como sospechosas. Por ello el profesor y el padre de familia deben ser cautos, pero cuando haya elementos suficientes es hora de sentarse a hablar en actitud comprensiva y tolerante. Si el chico acepta que ha usado sustancias adictivas (las más probables en esta edad son: tabaco, alcohol, inhalables, mariguana, pastillas), entonces hay que proceder como lo estamos aconsejando en otros apartados de esta obra. Se entiende que sólo damos una orientación general, el profesor tiene siempre la última palabra. Únicamente esperamos que actúe con mejor conocimiento de este problema con el que nos ha tocado vivir.

Ahora bien, las drogas que aquí nos interesan, es decir las sustancias que pueden crear dependencia o adicción, son de muy diversa composición química y procedencia, e igualmente producen efectos distintos en el organismo y en el psiquismo. La clasificación más sencilla, pero útil, es la siguiente:

- a) *Drogas depresoras* del sistema nervioso central, que retardan y entorpecen la actividad de las neuronas del cerebro y otros centros nerviosos. Las principales son: el alcohol, los barbitúricos, los inhalables (que se clasifican aparte), los tranquilizantes (benzodiazepinas como el Valium) y otros medicamentos que se usan para calmarse o para dormir.

- b) *Sedantes y narcóticos*, que también son depresores pero que suelen clasificarse aparte: la morfina, la heroína, la codeína (todos estos derivados del opio), el *Demerol*, la *Nalbufina*.
- c) *Estimulantes*, que «excitan» o aumentan la actividad de las neuronas: cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina, medicamentos que quitan el hambre (anorexigénicos, se emplean para adelgazar).
- d) *Canabinos*, que se encuentran en la planta *Cannabis sativa* y que producen efectos parecidos a los de otras sustancias, pero que se clasifican aparte por ciertas características: marihuana y hashish (o hachís).
- e) *Alucinógenos*, llamados así porque pueden generar alucinaciones y otros síntomas psicóticos: LSD (dietilamida del ácido lisérgico o simplemente ácido), mezcalina (contenida en el peyote), psilocibina (contenida en los hongos alucinógenos).
- f) *Drogas sintéticas o de «diseño»*, que se fabrican en laboratorios rudimentarios con sustancias denominadas «precursores», como la pseudoefedrina, metanfetamina PCP (fenilciclidina) y éxtasis (conocida en nuestro país como «tacha»).
- g) *Inhalables*, sustancias industriales gasificables que pueden ser aspiradas: pegamentos, pinturas, thinner, aerosoles diversos.
- h) *Otras drogas* no clasificables en los rubros anteriores, que van apareciendo en el mercado negro y cuyos efectos aún no han sido bien estudiados.

No es necesario conocer a fondo cada una de estas sustancias para realizar una labor preventiva. Con el objeto de facilitar una consulta rápida que nos permita recordar sus efectos, hemos redactado un anexo en el que se hace referencia a las drogas más conocidas en nuestro medio. En incontables fuentes se puede encontrar información más precisa. Al final de esta publicación se incluyen títulos de libros, trípticos y cuadernillos que pueden ser consultados para este fin.⁵ Incluimos también un breve catálogo de mitos sobre el consumo de drogas para apoyo del maestro en sus sesiones interactivas con los alumnos e incluso para sus comentarios con los padres de familia.

Las reacciones que el ser humano experimenta al consumir las drogas capaces de producir adicción son bien conocidas y han sido estudiadas desde hace muchos años. Los avances de las ciencias neurológicas, de

⁵El autor ha publicado dos libros con suficiente información sobre este tema. *Las adicciones. Manual para maestros y padres*, así como *La familia ante las drogas*, ambos de Editorial Trillas.

la medicina en general y de la psicología experimental han permitido un conocimiento aún incompleto, pero suficiente, de la respuesta fisiológica y psicológica que en el ser humano provoca cada droga. Cientos de laboratorios de bioquímica y de psicología, numerosos centros de investigación sobre las reacciones cerebrales a las diferentes sustancias y, en fin, muchos estudios antropológicos, étnicos, etc., contribuyen a conocer cada vez con mayor certeza los cambios fisiológicos, orgánicos, psicológicos y socioculturales que ocurren con el uso de las drogas. No hay duda: es mucho lo que se sabe. Pero hay que decir que el maestro y el público en general deben estar muy alerta al valorar lo que se publica con pretensiones de divulgación científica.

Sobre este punto, lo aconsejable es que el profesor y el padre de familia, el mismo joven interesado en saber acerca de los posibles daños provocados por las drogas, sean éstas ilegales o lícitas (como el alcohol y el tabaco) conozcan las fuentes de donde proviene la información. Abunda la mala literatura sobre estos asuntos. Existe un interés especial de los traficantes por divulgar falsedades con la apariencia de verdades probadas, y para ello cuentan con grandes capitales. Aquellos otros que se pronuncian a favor de la legalización también tienen poderosos apoyos para el logro de su objetivo y materialmente nos inundan con revistas, periódicos, libros, espacios en Internet, películas, etc., que contienen información amañada, pseudocientífica, falsa.

¿Cuáles serían las fuentes serias a las que se puede recurrir? Principalmente las publicaciones de los organismos internacionales que dependen de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Control de Drogas (UNDCP), la Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), etcétera.

Estas instituciones producen revistas, trípticos, folletos, boletines, reportes, cassettes, videos, entre otros, y con frecuencia dan noticias periodísticas de gran valor. Sólo hay que cerciorarse de su origen. Además, son de gran confiabilidad las publicaciones de los gobiernos de los países desarrollados y las de organismos no gubernamentales de reconocido prestigio. El maestro puede recurrir a la Internet y obtener abundante información de las direcciones que se incluyen al final de este libro, en la mayoría de las cuales se divulga información en español.

VI. EL MAESTRO ANTE EL ALUMNO QUE CONSUME DROGAS

Trataremos de proporcionar respuestas útiles y prácticas a las múltiples preguntas que el profesor se hace cuando ha descubierto —con certeza— que uno o más de sus alumnos consumen drogas adictivas ilegales. Decimos «ha descubierto con certeza», aunque lo común es que se llegue sólo a una *sospecha fundada*. Esto es suficiente para empezar a actuar, pues la pérdida de tiempo puede significar la diferencia entre una intervención oportuna, exitosa, y la adquisición de un hábito que lleve a la adicción verdadera.

Algunos autores recomiendan que descubierto el caso se proceda inmediatamente a comunicarlo a los padres. Esta práctica forma parte del procedimiento que generalmente se sigue en los colegios particulares: el maestro habla primero con las autoridades del plantel y éstas citan a los padres para darles la noticia, aconsejarlos y, eventualmente, dar de baja al chico o expulsarlo temporalmente. Como generalmente se cuenta con personal especializado (psicólogo, psicoterapeuta) teóricamente la atención del alumno se facilita. Sin embargo, en la práctica suele ocurrir que los padres o el propio muchacho se resistan a recibir ayuda en la escuela ante la mirada del resto de los alumnos y sus familiares. De hecho, esta situación dificulta a veces la labor del psicólogo. Recuérdese que nos estamos refiriendo a las escuelas particulares que cuentan con esos recursos.

Si en el plantel existe un procedimiento establecido, debe respetarse aun cuando no se considere el más adecuado. De lo contrario, se podría crear confusión al no seguir las reglas en alguna situación particular. En

todo caso, siempre es posible cambiar una disposición que comprobablemente no funciona. En las escuelas que no tienen programas preventivos con estrategias y acciones claramente establecidas, los maestros deben pugnar porque los haya y comprometerse a cumplirlos. Por lo menos deben respetarse algunos principios y líneas de acción acordados entre las autoridades escolares, los profesores y los padres de familia. De este modo se evitarán malos entendidos y, seguramente, habrá mayores posibilidades de prevenir el consumo de drogas entre los alumnos.

Volvamos a nuestro planteamiento inicial. Hemos descubierto que un alumno (o varios) consume drogas: ¿cómo procederemos en el caso de las escuelas públicas? Parece, en primer término, que es conveniente informar a la autoridad escolar y conjuntamente decidir el paso siguiente. Éste puede consistir en llamar al muchacho(a) para comunicarle que se conoce su situación y que maestros y autoridades desean ayudarlo a enfrentar con éxito su problema. Pero debe quedar claramente expresado que esa conducta es intolerable en un alumno de la escuela, aunque el consumo de sustancias se lleve a cabo fuera de ella. También se le dirá que no se procederá a suspenderlo sin darle la oportunidad de cambiar positivamente su conducta, para lo cual se proporcionará apoyo, si éste es aceptado por el chico y por su familia. Ello significa que como paso inmediato se hablará con los padres, lo que se informa al muchacho ofreciéndole discreción y comprensión. La autoridad, el profesor o ambos, se entrevistarán con ellos.

¿Qué conviene decirles? Lo primero es dar seguridad de que no se trata de anunciar castigos sino de manifestar solidaridad con la familia y de pedir a los padres que tomen una actitud positiva y de apoyo hacia su hijo, considerando que el consumo de drogas por un alumno interesa a todos. Diremos sólo unas palabras sobre la respuesta más común en nuestro medio. El padre suele manifestar disgusto y mayor disposición a castigar que a aceptar la situación; la madre generalmente se angustia tanto por el hecho de que su hijo «ande en malos pasos», como por la forma en que el padre pueda actuar. Por ello, y porque es verdad, hay que insistir ante los padres en que el problema se puede enfrentar con éxito. Si se trata de un consumidor realmente inicial, es decir, que sólo ha utilizado drogas algunas veces en forma esporádica, y muestra sincero interés en no volver a hacerlo, formando así parte del grupo que hemos llamado «de pronóstico benigno», no necesitará ser referido al especialista y bastará con obtener de él la promesa de que no volverá a consumir drogas. De los

padres se buscará la seguridad de que actuarán conforme se les pide, y para establecer esta especie de «compromiso» entre las autoridades escolares, el maestro y el alumno, será de utilidad que todos lean el material que se recomienda en este trabajo; también se comprometerán a reunirse en el futuro para analizar la situación y continuar o reconsiderar las acciones emprendidas.

Al maestro, es claro, le queda como responsabilidad moral el cumplimiento de otras varias acciones. Estará más cerca del chico amistosamente, lo motivará en el cumplimiento de sus deberes escolares, lo estimulará para que practique deportes y realice actividades recreativas. Hay que reconocerle su empeño en el cumplimiento del compromiso establecido con sus padres y con la escuela, y reforzarle su capacidad de rechazar nuevos intentos de quienes lo inducen a utilizar sustancias adictivas. Es muy importante que el profesor muestre discreción ante los demás sobre el asunto, lo que favorecerá la confianza de su alumno, condición muy valiosa para la evolución positiva de la situación. El muchacho debe estar convencido de que puede, en cualquier momento, recurrir al maestro y esperar su comprensión, tolerancia razonable y apoyo. Lo ideal es que pueda decirse lo mismo de sus padres.

En ocasiones el descubrimiento de que un joven consume alguna droga (recordemos que nos estamos refiriendo a las sustancias ilegales), no ocurre tan a tiempo, sino cuando el uso se ha convertido en un hábito, aunque no podamos llamarle adicción verdadera. Pueden, en este caso, reunirse las características que lo clasificarían en el grupo «de mal pronóstico», que amerita acciones distintas.

En el reglamento escolar debe estar claramente establecido que en la escuela no puede permanecer inscrito un muchacho que consume drogas y que no se someta a tratamiento. Si bien es cierto que la separación del alumno puede ser negativa para él, la verdad es que esa medida tiene más bien una intención preventiva pensando en los demás alumnos. Por otra parte, la suspensión puede ser temporal, otorgándole una oportunidad para recibir el tratamiento adecuado.

Muchos jóvenes han pasado por una etapa de desorientación en la que consumen drogas, pero afortunadamente no llegan a convertirse en adictos y retoman el camino apropiado para su desarrollo normal hacia una personalidad sana. Existe (lo cual depende de las circunstancias del

caso) otra posibilidad: que el muchacho continúe asistiendo a la escuela con el compromiso, suyo y de sus padres, de recibir ayuda profesional adecuada y someterse a una evaluación periódica practicada por las autoridades escolares y su maestro.

Digamos que estos son meros lineamientos generales que deben adecuarse a la valoración de cada caso por parte del profesor. En opinión del autor, es preferible, siempre, dejar al maestro la decisión sobre el camino a seguir. Él es quien conoce mejor al alumno y su circunstancia, tal vez a la familia misma. Habrá ocasiones en que lo más adecuado sea que empiece por hablar con el muchacho, acaso en el momento mismo de conocer su hábito; otras veces el profesor puede dirigirse a los padres en primera instancia. Si está capacitado, puede dar respuesta a las preguntas elementales sobre las drogas, sus efectos y sus implicaciones legales. Él es el mejor apoyo que el chico puede tener fuera del hogar, sobre todo si existe buena relación entre ambos.

Nos damos cuenta de la responsabilidad que estamos depositando en el maestro... como si fuera poca la que ya tiene ante sus alumnos, sus familias y la comunidad. Pero la educación en su más amplio sentido implica un compromiso del profesor tan sólo comparable con el que tiene el médico. Ambos conducen, éste último hacia la salud, el docente hacia el conocimiento, y los dos hacia una vida física y mentalmente sana. No olvidemos que «educar» proviene del latín *educāre*, que significa *sacar desde dentro*. Así pues, demos al maestro la responsabilidad de decidir los pasos, pero capacitémoslo de manera adecuada para que lo haga con mejor conocimiento del problema que representa el consumo de sustancias tóxicas. Sólo con el ánimo de simplificar, veamos los caminos posibles una vez que se tiene la certeza de que un alumno consume drogas:

1. Se habla con la autoridad escolar y se decide con ella el camino a seguir; o bien,
2. Se habla primero con el alumno y junto con él se decide el rumbo.
3. Se busca a los padres y se les aconseja.
4. Se aplican las medidas establecidas por la autoridad escolar. En todo caso, si se estima conveniente.
5. Se toman otras medidas: hablar con los amigos del alumno, con el grupo entero, con las autoridades.

Recordaremos que la escuela debe tener reglas claras. A nuestro juicio, la primera de ellas sería que en casos particulares se deja al maestro la elección de las opciones conocidas. Siempre que se pueda, sin embargo, se procederá según lo dictan las reglas establecidas. Asunto de mayor importancia es que las normas de la escuela sean conocidas desde un principio por los padres de familia y, si es posible, definidas con ellos mediante acuerdos tomados por consenso. Asimismo, conviene que cada familia las tenga impresas en un comunicado de la dirección.



VII. EL MAESTRO ANTE LOS FAMILIARES DE SUS ALUMNOS

El profesor puede hablar con los padres y las madres de familia en las asambleas, o de manera particular, para hacerles recomendaciones cuyo objetivo principal sea evitar que sus hijos consuman sustancias psicoactivas. Es necesario convencerlos de que la prevención es perfectamente posible, y de que su actitud y comportamiento como padres son cruciales para que los muchachos no desvíen su conducta. Pero, igualmente, una condición indispensable para educar a los hijos acerca de los peligros de las drogas es que, a su vez, los padres tengan sobre éstas información suficiente. Es importante estimularlos a que lean de las fuentes serias que hoy tenemos a la mano. Cuesta muy poco obtener copias de libros o folletos de la SSA (editados por el Consejo Nacional Contra las Adicciones), o de la propia SEP, y vale la pena ese pequeño esfuerzo porque los chicos suelen adquirir información distorsionada proveniente de los consumidores, o a caso de los vendedores de droga. La Secretaría de Educación Pública puede proporcionar a los maestros material reproducible con información veraz y suficiente (ni más de la que puede ser útil y asimilable por el común de las personas, ni menos de la que es realmente indispensable).

Cuando el profesor tiene la oportunidad de hablar con los padres de familia cuyos hijos no consumen drogas, pero que están en riesgo de empezar a usarlas... ¿Qué puede decirles que verdaderamente sirva como mensaje preventivo? Ya hemos empezado a dar una respuesta racional al señalar que hay que saber algo sobre las drogas, aunque puede ser suficiente tener material escrito a la mano para, en su momento, leerlo y

comentarlo con los hijos (*aprendamos juntos un poco* puede ser la consigna familiar al respecto). Pero reconozcamos que un paso previo es el de abrir un camino de comunicación e intercambio con los hijos. Así pues, una primera recomendación del profesor será: *propicien y mantengan un diálogo abierto con sus hijos*.

Diremos algo sobre ese consejo. Hay que aceptar que, tratándose de preadolescentes y adolescentes, el diálogo es a veces difícil. Pero si los padres demuestran con su actitud que estarán abiertos, que nada de lo que pueda decirse los escandalizará y que se disponen a *buscar juntos la verdad* respetando los puntos de vista que se fundan en el conocimiento, ese diálogo será posible... si se tiene paciencia, flexibilidad y tolerancia. No nos estamos refiriendo sólo a los hechos que hay que saber sobre las drogas, sino también a temas como el sexo, las noticias relevantes y los asuntos familiares, en que los muchachos pueden y deben opinar. La verdadera comunicación es la que se establece para hablar de los aspectos afectivos, de lo que nos gusta o nos disgusta, lo que nos hace sufrir o nos hace disfrutar, en fin, lo que nos interesa o no. A eso se refiere la expresión *diálogo abierto con los hijos*.

El maestro aprovechará sus pláticas con los padres para pedirles que, respecto a las sustancias adictivas, tanto las legales como las prohibidas, sus mensajes sean claros y directos. El mero hecho de que la marihuana y la cocaína sean ilegales, por ejemplo, las hace peligrosas. Por lo tanto, lo que hay que decir es que no deben consumirse: usarlas significa incluirse en la cadena de delitos que va desde la producción de la droga hasta su uso, pasando por su transporte y comercialización; es decir, por las eventualidades del narcotráfico. Los jóvenes deben saberlo, quiérase o no, el adquirir una droga prohibida y consumirla es contribuir a que personas ligadas a la delincuencia obtengan beneficios económicos.

Otro mensaje claro y directo expresado por los padres y los maestros sería *las drogas se han prohibido porque causan daño a la salud de quienes las usan, a las familias que sufren moralmente, a la economía general y a la sociedad en su totalidad*. En cambio, hay quienes dicen que «no son tan malas como se cree», pero ante esta afirmación la posición debe ser firme: todos los estudios realizados científicamente prueban los daños que estas sustancias producen; quienes sostienen lo contrario son aquellos que ignoran estos hechos y también los interesados en que existan clientes consumidores. He ahí un buen tema para el diálogo entre padres e hijos.

Los padres de familia suelen ser negligentes respecto al conocimiento de los amigos de sus hijos. El profesor hará bien en pedirles que se interesen más en conocerlos mejor, sin rechazarlos por su apariencia o por la primera impresión que les causen. Hay que recibirlos amistosamente en casa, conversar con ellos, preguntarles por sus gustos y actividades; no hay otra forma de saber algo acerca de los chicos que se reúnen con los hijos, aunque no siempre digan la verdad. Lo anterior se relaciona con otro asunto: los padres deben saber con certeza cuáles son las actividades de sus muchachos y los sitios que frecuentan. Lo ideal es que lo sepan por ellos mismos, pero en todo caso es válido obtener información indirecta, ya que se trata de algo sin duda muy importante.

Una recomendación más: los padres han de apoyar a sus hijos frente a las presiones de otros jóvenes que los conminan a iniciarse en el uso de drogas. Es un hecho comprobado que los muchachos que se sienten apoyados por sus familiares, son quienes con mayor frecuencia rechazan con firmeza las invitaciones a consumir drogas ilegales. Si junto a este soporte moral, los padres instruyen a sus hijos para que respeten las reglas establecidas en la escuela, darán un paso efectivo en la prevención de conductas indeseables, y en particular del consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, el profesor hará bien en señalar a los padres de sus alumnos aquello que deben evitar: la negligencia en la educación de los hijos por simple abandono o comodidad; la adopción de conductas y actitudes que pueden ser interpretadas como hostiles o rechazantes; el abuso físico (castigo corporal) como método educativo y, en general, la violencia intrafamiliar. Todas estas características son contrarias a la buena educación hogareña y por tanto obstaculizan el desarrollo de los niños hacia una personalidad sana, libre de la inclinación a probar sustancias adictivas.

¿Quiénes son los muchachos más expuestos?

El profesor de secundaria, que atiende alumnos de entre 12 y 15 años, puede identificar fácilmente a los chicos que están en mayor riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Sobre todo si sabe algo de su situación familiar, lo cual ocurre con frecuencia en las poblaciones rurales y en las ciudades no muy grandes. En los últimos años los especialistas han trabajado mucho en el campo de los indicadores de peligro, y también sobre las circunstancias que protegen a los niños y a los jóvenes. Es conveniente conocer estas características porque permiten reconocer a los chicos que están más expuestos.

Recientemente un grupo de investigadores del Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos hizo una recopilación cuidadosa de los estudios realizados durante más de 20 años, a fin de definir con certeza cuáles son los indicadores de peligro y los de seguridad relativa. Bajo el nombre de *factores de riesgo* se identificaron los que a continuación se describen (después haremos lo mismo con los *factores protectores*).

Si decidimos ir de lo más general a lo particular, hay que señalar primero estas tres circunstancias que se refieren al hogar:

1. Hogares «caóticos»: no existen reglas de comportamiento, no hay comunicación verdadera, cada uno «hace su vida», ausencia física de uno o ambos padres, etc. Se trata de situaciones negativas, aún peores si los propios familiares adultos consumen drogas, o si padecen alguna enfermedad mental.
2. Educación errónea en el hogar, especialmente cuando los hijos tienen dificultades de temperamento (falta de control y agresividad o, por lo contrario, timidez extrema y aislamiento).
3. Falta de afecto genuino en la familia, desamor y alejamiento emocional entre padres e hijos y entre los padres mismos.

Esos tres primeros factores constituyen situaciones extremas, muy desventajosas para los chicos, no sólo respecto a la posibilidad de empezar a usar drogas, sino para sus expectativas ante la vida en general. Sin embargo, no son circunstancias definitivas. Con mayor frecuencia de lo que se cree, algunos chicos superan tales adversidades y se desarrollan más o menos sanamente, sin caer en conductas antisociales. Hasta pueden ser de los que alcanzan éxitos inesperados, por encima de lo que logran sus compañeros de familias bien integradas. Pero la realidad es que estas son las excepciones que confirman la regla.

Existen factores de riesgo que se relacionan más con la escuela y con la comunidad. Veámoslos:

1. Fracaso escolar o fallas académicas. Por supuesto son muchas las razones que pueden llevar a ello, desde la incapacidad real de aprendizaje hasta la inasistencia frecuente a clases, no siempre imputable al muchacho. Pero en ausencia de esas y otras causas, el mal aprovechamiento en la escuela es un predisponente para empezar a consumir drogas.

2. Pobre adaptación social con malas relaciones interpersonales, lo mismo si se trata de muchachos «conflictivos» por irritables o intolerantes, que de otros con características diferentes: timidez, tendencia a la soledad, incapacidad para las relaciones interpersonales francas y alegres como correspondería a su edad.
3. Percepción, por parte del chico, de que los amigos y la comunidad en general aceptan el consumo de alcohol y otras sustancias como algo «no tan malo en realidad». Esta permisividad social se ha identificado como un factor de suma importancia: es «el foco rojo» de una sociedad que vivirá un aumento notable del consumo de drogas.
4. Asociación con jóvenes de conducta parasocial o francamente antisocial, dentro o fuera de la escuela (generalmente esto último).
5. Acceso fácil a las sustancias adictivas. Muchos jóvenes empiezan a consumirlas si se ponen a su alcance a bajo costo y con pocos riesgos de ser descubiertos; se facilita así el proceso de adquirir el hábito y, eventualmente, de llegar a la adicción.
6. Exceso de tiempo libre. Este es un factor en el que se reflexiona poco, pero que comprobadamente influye en muchos jóvenes, sobre todo en quienes no llenan su tiempo de ocio con actividades positivas y saludables.

Debemos decir que los estudios psicosociales señalan que hay más de 50 circunstancias y hechos que influyen para desviar el desarrollo normal de la personalidad, que ocurren justo en la etapa de la adolescencia inicial y durante los años siguientes. Pero los que hemos citado son los más relacionados directamente con la adquisición del hábito de consumir sustancias adictivas. Ciertos autores los han agrupado para distinguir entre los que, aun siendo indicadores de peligro, implican pronósticos diferentes. Dado que la validez de esta clasificación se ha comprobado en investigaciones realizadas en distintos países, la transcribimos aquí configurando dos conjuntos:

- a) *Grupo de pronóstico benigno*: jóvenes que buscan «pasarla bien», sentir algo nuevo, «excitante». En ellos, los programas educativos y las intervenciones preventivas de padres y maestros suelen ser exitosas.
- b) *Grupo de mal pronóstico*: jóvenes que previamente al uso de drogas sufren problemas emocionales o trastornos mentales. Buscan los efectos de la sustancia para combatir la angustia, la depresión o

los estados de mal humor e irritación. En estos muchachos el riesgo de llegar a la verdadera adicción es muy alto y es preferible buscar ayuda profesional, al tiempo que se les brinda apoyo familiar incondicional. Recuerde el lector que estamos hablando de quienes ya consumen sustancias ilegales.

Vale la pena distinguir entre los factores que inducen al uso de las drogas psicoactivas por primera vez, y los que intervienen como «reforzamiento» de una conducta que ya se estableció, aun cuando no llegue a constituir un hábito. Los que orillan más al primer consumo son:

1. Tener 14 años o más, dentro de la etapa de la adolescencia (pero puede ser antes).
2. Sentirse insatisfecho con la vida escolar, ser mal estudiante (tener bajas calificaciones, faltar a clases, llegar tarde...).
3. Sentirse (o ser) rechazado en el hogar.
4. Considerarse impopular (séalo o no en la realidad).
5. Tener amigos que consumen marihuana.

Estos últimos datos se obtuvieron de un estudio realizado en New Hampshire, EUA. Se citan aquí porque en opinión del autor coinciden en lo general con los que se pueden identificar en México, de acuerdo con su propia experiencia.

¿Cuáles son los muchachos más «protegidos»?

En principio, puede decirse que los *factores protectores* son todos aquellos hechos y circunstancias que configuran situaciones opuestas a los riesgos que hemos descrito. Una familia bien integrada unida por afecto genuino; por ejemplo, es una buena barrera para las conductas desviadas de los hijos. Sin embargo, ello no garantiza la inmunidad contra los malos hábitos, ya que los otros factores negativos, los que provienen del medio social, pueden ser tan fuertes que derriben esa aparente salvaguarda. Entre los principales agentes defensivos, como también puede llamárseles, éstos son los más citados:

1. Fuertes ligas emocionales en la familia.
2. Conducción firme del hogar por los padres, con reglas de conducta claras (no inflexibles), e involucramiento en la vida y en las actividades de los hijos (y viceversa).

3. Éxito escolar o, por lo menos, logros académicos aceptables.
4. Relación sostenida y continuada con instituciones prosociales, como otras familias y amistades, la escuela, organizaciones religiosas, deportivas o humanitarias.
5. Adopción, por convencimiento propio y decisión personal, de las normas en torno a las drogas y al comportamiento social.
6. Asistencia a una escuela que cuente con programas preventivos contra el consumo de drogas.

Se entiende por pro-social toda conducta dirigida a proporcionar beneficios a las personas en general, más que a uno mismo.

Se puede ver que este conocimiento de los peligros y las protecciones, de los riesgos y los amparos obliga a introducir en los programas preventivos acciones que tiendan a evitar los primeros y a desarrollar y fortalecer los segundos. Si el maestro los revisa con cuidado encontrará que, si bien sobre algunos de ellos es poco lo que puede influir, en otros la escuela resulta ser la institución más adecuada para emprender estrategias que debiliten lo indeseable y vigoricen lo positivo de las vidas de sus jóvenes alumnos. Si el profesor acepta plenamente la responsabilidad que en estos asuntos le corresponde, es mucho lo que puede lograr siempre que se lo proponga sinceramente. Descubrirá sin duda que no es empresa tan complicada y que el esfuerzo rinde grandes satisfacciones, como sólo las puede obtener quien educa en el más amplio sentido del término. Pero es condición que sus acciones se funden siempre en el conocimiento de la realidad, no sólo en expectativas emocionales y motivaciones afectivas. Estas últimas, por supuesto, también son un ingrediente necesario.



VIII. CÓMO PREPARAR Y CONDUCIR UNA SESIÓN INTERACTIVA

Llamamos sesiones interactivas a las reuniones que se efectúan con alumnos o con padres de familia (a veces con ambos), en las cuales todos participan con ideas, preguntas, opiniones y propuestas en torno al problema (en este caso en particular) del consumo de drogas. En concreto: el conductor, que es el maestro, motiva a los asistentes a que opinen sobre el problema, de tal manera que se establecen diálogos conducidos en los que existen orden y actitudes respetuosas que llevan a conclusiones expuestas al final de la sesión por el conductor.

Estos intercambios tienen muy poca semejanza con la conferencia o plática, en la que el especialista trata un tema general o bien se refiere a los aspectos más específicos del problema, procedimiento que ha demostrado ser ineficaz cuando se aplica a los muchachos en la edad de la adolescencia. La asistencia pasiva, en la que sólo se escucha para aprender algo sobre las drogas y su consumo, no motiva realmente al joven para negarse a probar las sustancias ilegales pese a la información que obtiene sobre sus efectos dañinos, ni lleva a quien ya las consume a abandonar su hábito. Siendo más precisos y justos sobre este punto diremos que algunos muchachos, sí es posible que se beneficien de las conferencias, cuando son ofrecidas por un experto en los campos de la educación y de las adicciones. Pero a lo largo del tiempo se ha evaluado esta práctica y la conclusión es que debe ser sustituida por un intercambio activo de profesores y alumnos, lo cual exige que el conductor siga una técnica adecuada que, por lo demás, no amerita una preparación especializada.

En cierta forma, la sesión interactiva es una variedad de psicoterapia de grupo, lo cual no debe abrumar al maestro conductor. Con buena disposición de ánimo y apoyado en el material didáctico mínimo, el maestro puede guiar a sus alumnos a un buen «debate». El riesgo principal es que se pierda el orden y la disciplina en la sesión, provocándose así enfrentamientos verbales ausentes de argumentos serios. Por ello es necesario que el conductor, desde el principio, establezca las reglas para la participación del mayor número posible de los asistentes. También puede ocurrir que se traten los temas sin llegar a conclusiones aceptables. Ese es otro riesgo que debe evitarse. Para que se den menos probabilidades de que ocurran estas dificultades, daremos las siguientes indicaciones:

1. El conductor de la sesión deberá haber invitado a sus alumnos previamente, informándoles el tema que se va a tratar y motivándolos a que busquen la información pertinente. El tema puede ser muy general, como el consumo de drogas o las adicciones, etc. Pero puede también, sobre todo cuando ya se discutieron aspectos generales, ser un tema específico como la marihuana, la cocaína, la legislación en materia de drogas, etcétera.
2. Es muy importante que el maestro conductor de la sesión tenga a la mano información sobre los efectos en el organismo de cada una de las drogas de mayor uso en nuestro país: marihuana, sustancias inhalables (thinner, gasolinas, cementos, etc.), cocaína, drogas sintéticas (específicamente el éxtasis conocido como «tacha» en México) y anabólicos esteroides.⁶
3. Al inicio de la reunión, el conductor expondrá las reglas a seguir, haciéndolo en forma sencilla sin muchos formulismos. Deberá quedar muy claro el papel del conductor: a) es quien cede la palabra y hace comentarios; b) dirá siempre la última palabra sobre cada tema tratado, exponiendo las conclusiones y haciendo recomendaciones; c) representa la autoridad y por ello pide desde el principio que haya orden y se respeten estas disposiciones.
4. El maestro establecerá las reglas que estime convenientes, pero sugerimos las siguientes: a) las intervenciones deberán ser libres, sin restricción alguna, sin embargo es conveniente que sean breves y lo más claras posible; b) se seguirán de una respuesta o comentario solicitado a los asistentes y el ponente original podrá hacer un nuevo comentario; c) después, el conductor aclarará el punto y

⁶ Pueden consultarse publicaciones del CONADIC, las realizadas por el autor o las direcciones de Internet que se presentan al final de este documento.

dirá su opinión, o simplemente dará la respuesta correcta con algún comentario, o bien recurrirá a su material para buscarla y comunicarla para proseguir el diálogo; d) sugerirá la búsqueda de mayor información sobre el tema, proporcionando las fuentes a las que se puede recurrir. Así se irá tratando cada punto presentado, de tal manera que siempre haya lugar a una conclusión del conductor, o bien a un compromiso de que se buscará mayor información y se presentará en las siguientes reuniones.

5. En aquellos asuntos en donde hay certeza de los conocimientos, el conductor deberá ser explícito sin dejar lugar a dudas. Por ejemplo, cuando se hable de las consecuencias de consumir drogas. Lo que la ciencia ha demostrado no puede ponerse en duda, y los muchachos deben «poner oídos sordos» a lo que se dice sin autoridad o con mala fe. El maestro insistirá en ese punto, asegurando a los jóvenes que no hay exageración en los datos presentados y que sus fuentes de estudio son seguras.

En estas sesiones interactivas es común que se hagan comentarios superficiales y se expongan argumentos sin base científica. Es necesario escucharlos con atención y ser muy cuidadoso en las respuestas, para evitar que alguien se sienta exhibido en su desconocimiento. No hay que olvidar que estaremos hablando con jóvenes que tal vez no tienen suficiente información y que a menudo han obtenido su conocimiento de fuentes poco confiables. Sin embargo, no siempre es así. Algunos muchachos tienen información completa y «al día» sobre temas relacionados con las drogas, sobre todo aquellos jóvenes que utilizan con frecuencia la Internet y tienen sus sitios seleccionados. Ante la eventualidad de sostener un intercambio de ideas y conocimiento con los mejor informados, bueno es mostrarnos modestos advirtiendo que en una sesión interactiva todos somos estudiantes. Hay puntos que desconocemos, pero afortunadamente hay formas de investigar y llegar a enterarnos de los hechos sobre los que discutimos.

Es muy importante no caer en actitudes moralistas, debemos mostrarnos abiertos, flexibles y comprensivos, lo más lejos posible del «sermón» que tanto rechazan los jóvenes, aunque no lo expresen abiertamente. Esto no quiere decir que ahí donde sea indispensable, se dejen de dar advertencias y recomendaciones fundadas en los valores éticos universales. Eso, y no otra cosa, hacemos cuando apelamos a la petición de que no se cometan actos que preocupan o hacen sufrir a los padres. O cuando decimos

a los jóvenes que hay conductas que dañan a terceros, que lo prohibido por la ley no debe hacerse, en fin, que no somos buenos cuando mentimos con la intención de evitar sanciones o regaños.

Una sesión interactiva debe planearse con cuidado. Lo primero es seleccionar un objetivo: ¿existe algún interés particular del conductor y de las autoridades escolares considerando hechos recientes, o bien con motivo de algunas declaraciones o noticias oficiales? Si es así, al plantear el tema, éste debe relacionarse con esos hechos y decir que precisamente se aprovecha la ocasión, dado que todos, o la mayoría, están enterados de lo ocurrido. Por ejemplo: las autoridades de salud han publicado datos sobre el consumo de drogas... he ahí una buena oportunidad para establecer una discusión sobre el problema; o, quizás, se dio la noticia de que un narcotraficante fue detenido, lo que da pie a hablar de los riesgos que asumen los consumidores y vendedores ante la ley. En ocasiones es muy útil anunciar la sesión con un par de días de anticipación y entregar el tema a un equipo de trabajo de tres a cinco muchachos para que preparen una breve exposición sobre el asunto. El texto producido sería un excelente motivo de discusión. El profesor-conductor, por su parte, podrá consultar y seleccionar algún material para presentarlo en la sesión.

En algunos países se llevan a cabo breves dramatizaciones actuadas por los alumnos, con textos que ellos mismos preparan. La experiencia del autor con este método es que no resulta muy útil; nuestros muchachos no aceptan de buen grado exponerse a la crítica de sus compañeros y a las bromas en torno a su actuación. Sin embargo, puede recurrirse a este método si se tiene el apoyo de personal capacitado que prepare a los jóvenes respecto a sus actuaciones. Si ese es el caso, se escenifican actividades relacionadas con la adquisición de las drogas, su consumo o sus efectos; después se abre un periodo para conocer las reacciones y a continuación se establece la discusión ordenada del asunto principal, bajo la guía del maestro.

Acerca de los temas, hemos hablado ya de varias posibilidades, pero hay que recordar que lo principal es que los muchachos obtengan información objetiva sobre las drogas y sus efectos, que tengan conciencia de los riesgos y que adquieran la voluntad necesaria para rechazarlas. No es recomendable que se abarquen demasiados puntos y tampoco lo es que las sesiones se multipliquen. Es preferible escoger cuatro o cinco asuntos y dedicar una sesión a cada uno. También es bueno recordar que

la efectividad de las sesiones interactivas se ha comprobado sólo en los alumnos de secundaria y bachillerato, no así en los niños de primaria. En este último caso, lo conveniente es comentar los temas conforme a lo que establecen los libros de texto, dentro del programa de estudios elaborado por las autoridades educativas.

A continuación daremos algunos consejos que bien pueden servir al maestro en la conducción de las sesiones interactivas. Son frases, a lo más párrafos, producto de la experiencia del autor, quien ha participado en numerosas sesiones de este tipo y conferencias. Las ideas que contienen provienen de los propios comentarios de los alumnos, de sus preocupaciones e inquietudes. El maestro sabrá cuándo utilizarlas, pero si recurre a ellas comprobará que despiertan interés y motivan para ahondar sobre su significado e importancia.

1. Ningún drogadicto creyó que llegaría a serlo cuando consumió por primera vez una sustancia adictiva. Si hubiera sabido y aceptado que esa era una posibilidad, quizás no la hubiera probado... pero esa posibilidad es un hecho científico.
2. Es cierto, no siempre el consumo ocasional de una droga lleva a la adicción... pero si no la consumimos ¡seguro que nunca seremos adictos!
3. Podemos usar nuestra libertad individual para consumir sustancias adictivas a fin de obtener placer, relajación y bienestar... que serán siempre pasajeros. Pero podemos, mejor, usar nuestra libertad individual para no consumirlas, y evitar así, con toda seguridad, la esclavitud que provoca la adicción.
4. El uso de las drogas tiene serias consecuencias para el futuro del joven consumidor, porque son sustancias que alteran el funcionamiento de las neuronas del cerebro (hecho científicamente probado).
5. Todo alumno debe asumir la responsabilidad moral de ayudar al compañero que ha decidido consumir drogas ilegales, convenciéndolo de que hable con sus familiares sobre el problema.
6. Quien es un adicto merece el mismo respeto que cualquier otro enfermo, así como el tratamiento médico-psicológico que lo reintegre a una vida personal, familiar y social sana, libre de drogas.
7. Es más fuerte el joven que no acepta consumir drogas, que aquel que cede a pesar de saber que hace mal.
8. El consumo de drogas interfiere, por los efectos que éstas provocan, con la capacidad de aprendizaje. Afecta la memoria, la atención, la concentración y la comprensión.

9. No parece razonable esperar que pronto exista un mundo sin drogas. Pero sí es posible lograr a mediano plazo un mundo donde la gran mayoría de los jóvenes decida no consumirlas.
10. La vida ofrece suficientes oportunidades para experimentar felicidad y bienestar, sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias peligrosas.
11. De *El Principito* de Antoine de Saint-Exupéry:
 - ¿Por qué vendes estas píldoras?-dijo el principito.
 - Tomando una a la semana ya no sentirás necesidad de beber. Se ahorran 53 minutos a la semana- respondió el vendedor.
 - Yo -se dijo el principito-, si tuviera 53 minutos para gastar, andaría despacio hacia una fuente.
12. De un poema de Jaime Sabines:
Me habló de la marihuana, de la heroína, de los hongos, de la llaguasa. Por medio de la droga llegaba a Dios, se hacía perfecto, desaparecía. Pero yo prefiero mis viejos alucinantes: la soledad, el amor, la muerte.
13. De un escrito de Jesús Reyes Heróles:
El mar arroja a las playas muchos peces ciegos por exceso de luz... no queremos jóvenes ciegos por deslumbramiento de lo que no existe y escuálidos por falta de alimento espiritual.
14. De un ensayo de Octavio Paz:
Millones de seres humanos, principalmente jóvenes, han sido esclavizados por un hábito que los destruye física y moralmente.

El maestro conductor puede alargar esta lista de pequeños textos, tomando fragmentos de escritos de educadores y pensadores (o de expertos en adicciones), que sirvan para provocar reflexiones y extraer conclusiones y recomendaciones. Cuando se cuenta con un proyector, puede utilizarse para ponerlos en la pantalla (una pared puede servir), y hacer los comentarios pertinentes en cada caso. Esto tiene la ventaja de que se estimula la memoria visual de los asistentes y se da la oportunidad de que, quienes lo deseen, los copien para comentarlos con familiares y amigos y, en el mejor de los casos, con el resto de la familia.

IX. ACERCA DE LAS REUNIONES CON LOS PADRES DE FAMILIA

Estas sesiones interactivas pueden sujetarse, en lo general, a lo que hemos dicho para el caso de las reuniones con los muchachos. Por supuesto, hay diferencias significativas, pero en cuanto al procedimiento en general, bien vale lo que ya dijimos. La intención aquí es que los maestros y las autoridades escolares se enteren de las preocupaciones de los familiares de sus alumnos sobre el tema de las drogas, y de transmitirles conocimientos y recomendaciones que los capaciten mejor para la educación en el hogar respecto al consumo de esas sustancias.

A los padres de familia podemos hacerles esta pregunta: ¿Cuál es el medio más efectivo para que sus hijos no consuman drogas ilegales?... y darles esta respuesta: el medio más efectivo lo constituyen ustedes mismos. A continuación les podemos dar esta información: está plenamente probado que aquellos jóvenes que aprenden de sus padres los riesgos del uso de drogas, tienen 36% menos probabilidades de fumar marihuana que aquellos que no reciben esa información en el hogar. También tienen 50% menos probabilidad de usar inhalables y 56% menos de consumir cocaína.⁷

La idea es que de inicio los padres de familia acepten que son la influencia más importante en la vida diaria de sus hijos, lo cual no quita a la escuela y a los maestros la responsabilidad compartida que les corresponde. Estudios transculturales acumulados en los últimos años

⁷ Estudios de la Oficina de la Política Nacional sobre el Control de Drogas en los Estados Unidos de América, publicación PHD8265.

demuestran claramente que los factores de riesgo están distribuidos en la familia, la escuela y la comunidad; pero los factores protectores están sobre todo en la vida del hogar, la vida familiar. Los datos estadísticos que citamos antes no son de nuestro país, pero dadas las otras semejanzas que ya conocemos entre las naciones sobre ciertos aspectos del consumo de drogas, podemos adelantar que en México las cifras no serían muy distintas. En definitiva, la intervención de los padres de familia puede ser lo que incline la balanza favorablemente; en cambio la negligencia o la educación inadecuada, no digamos la ausencia de afecto genuino, puede llevar a los hijos a iniciar un comportamiento proclive al uso de drogas.

Debemos dejar claro desde el principio de las sesiones que, una vez aceptado lo que hemos dicho líneas arriba, hay que admitir que la preparación de los padres en este terreno no es instintiva, aun tratándose de un buen hogar. La realidad es que necesitan que se les capacite, o por lo menos se les proporcionen los conocimientos mínimos sobre la forma en la que hay que proceder en el seno familiar, a fin de favorecer el mejor desarrollo de los hijos y su voluntad de no experimentar con las drogas. Los padres han de aceptar que es mucho lo que pueden hacer y que la mejor decisión es la de empezar por recibir una información mínima y, tan pronto como sea posible, aplicarla en la vida cotidiana con los hijos.

El maestro-conductor debe hacerles sentir que no sólo se trata de «aprender a ser buenos padres», sino de enfrentar con actitudes y acciones adecuadas este fenómeno de las adicciones, que no era parte de las tareas educativas hace apenas unas generaciones. Tampoco es un fenómeno único, existe también el problema relativamente nuevo del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). No puede evitarse que los cambios ocurridos en el campo de la salud y en otros que alteran las costumbres y los modos de vida, obliguen a ciertas adaptaciones de la tarea educativa, tanto en la escuela como en el hogar.

Un buen consejo para el conductor de estas reuniones con los padres de familia, es empezar por presentarles el tema de los *factores de riesgo* y *de protección*, para continuar con la exposición, utilizando la técnica interactiva, de las recomendaciones que la pedagogía y la psicología modernas nos hacen sobre estos asuntos.

Y ¿cuáles son esas recomendaciones? Las daremos a conocer como simples consejos dirigidos a los padres, ya que eso son en realidad:

1. Busque la manera de «darse tiempo» para estar junto a sus hijos en forma rutinaria por lo menos una vez a la semana. El objetivo es conversar con ellos y divertirse de manera sencilla toda la familia. Un paseo a pie, la visita a un hogar de amigos; en fin, salir a tomar un helado o algo parecido, pueden ser los actos planeados a los que hacemos referencia.
2. Trate de comer con su familia con la mayor frecuencia posible y estar en casa cuando los hijos lleguen de la escuela. Ambas situaciones son muy apropiadas para entablar conversaciones trascendentes y hacerles preguntas pertinentes (¿cómo van las cosas en el salón de clases?, ¿cuál maestro o maestra te cae mejor y por qué?, ¿quiénes son tus amigos?, ¿qué temas te parecen más interesantes?, etcétera).
3. Manténgase informado sobre los lugares que sus hijos visitan, sobre los amigos y sus familias; es bueno comprobar si cumplen sus planes de diversión y cuáles son éstos.
4. Exprese con toda claridad que ambos padres no aceptan, de ninguna manera, que los muchachos consuman drogas. Provoque un diálogo en el cual usted escuche con toda atención lo que su hijo le dice o le pregunta. Si no sabe la respuesta, no la invente, más bien acepte que tendrá que buscarla en algún sitio. Pero debe quedar claro: usted no quiere que use drogas, ni ahora ni cuando ya sea un adulto.
5. No reaccione de una forma que posiblemente obstaculice futuras discusiones. Si su hijo dice cosas que pudieran desafiarlo, conviértalas en una discusión calmada sobre los verdaderos riesgos de consumir drogas y las consecuencias de éstas.
6. Ensaye con su hijo las formas en que él puede negarse a aceptar las drogas que pueden ofrecerle, y admita lo difícil que puede ser la presión de los amigos.
7. Examine usted su propio comportamiento y recuerde que debe ser un «ejemplo viviente», día a día, de la conducta que espera de sus hijos. Si acostumbra ingerir bebidas alcohólicas, hágalo de manera responsable y no llegue nunca en estado de ebriedad, sobre todo en presencia de la familia.
8. Ponga una hora adecuada para el regreso de sus hijos a casa, pero «negocie» con ellos en situaciones especiales. En todo caso, establezca la regla de que se reporten con regularidad, para lo cual hay que darles facilidades (la tarjeta telefónica, por ejemplo).
9. Infórmese del número telefónico de la casa donde estará su hijo y hable, si lo estima conveniente, con los padres del amigo que invita.

10. Estimule a su hijo a tener una buena conducta y recompénselo (no necesariamente con dinero o regalos) por sus logros personales y sus acciones positivas.⁸

El maestro que conduce la reunión puede mencionar uno de estos consejos, esperando opiniones y abriendo el diálogo entre los asistentes. Pero es conveniente hacerles saber que las recomendaciones se basan en estudios serios hechos en miles de familias. Es cierto que su cumplimiento en el hogar no garantiza que los hijos nunca utilizarán drogas, pero los especialistas señalan su gran valor como acciones preventivas. Por lo demás, al propio profesor frente a grupo le pueden servir como elementos para dialogar con sus alumnos.

Post scriptum

Al maestro que trabaja frente a grupo puede ocurrirle que se sienta inseguro de tratar estos temas con sus alumnos y con los padres de familia. Para darle un apoyo en su labor pedagógica es que fue creado este libro. El autor, que ha trabajado en incontables seminarios con profesores de secundaria y bachillerato, sabe bien que no hay mejor apoyo que el maestro para las acciones preventivas del consumo de drogas. Los maestros deben actuar con la certeza de esta realidad, su intervención es básica en la lucha contra este problema social. Estoy seguro de que muchos jóvenes recordarán su esfuerzo y les agradecerán haberlos apartado del camino que lleva a la adicción.

Rafael Velasco Fernández

⁸ Oficina de la Política Nacional sobre control de Drogas (200). *Padres preparados*. PHD8265, Estados Unidos de América. Editado en español.



ANEXOS





GLOSARIO⁹

Abuso o uso indebido de drogas. Estos dos términos se emplean como sinónimos. Se refieren al consumo de una sustancia prohibida por la ley, al uso de un fármaco lícito con fines diferentes de los propiamente médicos, y al consumo excesivo de una droga prescrita legalmente.

Adicción (dependencia, drogadicción, farmacodependencia). Estado psicofísico provocado por la interacción de un organismo vivo con una droga, se caracteriza por cambios en el comportamiento y otras reacciones que incluyen siempre un impulso irreprimible por consumir el fármaco de manera continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar que se presenta si no se consume.

Adicto (drogadicto, farmacodependiente). Individuo que sufre dependencia o adicción a una o más sustancias.

Adictógeno. Que puede provocar adicción o dependencia. En la práctica equivale a «adictivo».

Alcaloide. Sustancia base de origen natural, comúnmente vegetal, orgánica, compuesta de nitrógeno. Generalmente se le encuentra en forma de sales de ácidos orgánicos.

Alcohol etílico, etanol. Nombre químico de la sustancia que contienen todas las bebidas alcohólicas, y a la cual deben su carácter intoxicante y adictivo.

⁹ Glosario empleado en el libro *La drogadicción en México*. Editorial México Desconocido, (2001).

Alcoholismo. Enfermedad crónica que consiste en un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, al grado en que se excede lo que está socialmente aceptado, e interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo. El nombre médico del alcoholismo es Síndrome de dependencia del alcohol.

Alucinación. Percepción sin estímulo externo que puede presentarse en todos los campos sensoriales: visual, olfatorio, auditivo, gustativo y táctil (ver, oler, oír, gustar o tocar cosas que no están presentes).

Alucinógeno. Sustancia que produce alucinaciones.

Analgesia. Disminución o pérdida de la sensibilidad al dolor.

Analgésico. Droga que alivia o suprime el dolor.

Anestesia. Insensibilidad local o general. Se dice «anestesia general» cuando además hay pérdida de la conciencia.

Anfetamina. Droga estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC). Las sales más comunes derivadas de esta sustancia son: el sulfato de amfetamina, el sulfato de dextroamfetamina y el hidrocloreuro de metanfetamina.

Angustia. Sensación de temor, aprensión o inquietud que proviene de anticipar un peligro cuyo origen se desconoce y no se comprende. La angustia se diferencia del miedo porque éste sí tiene una causa conocida: se tiene miedo a ciertos animales, a determinadas personas, etcétera. «Ansiedad» se usa como sinónimo.

Anorexia. Carencia de apetito.

Ansiolítico. Psicofármaco que se utiliza para calmar la angustia.

Antidepresivo. Droga que se prescribe para tratar la depresión.

Arritmia cardíaca. Alteración del ritmo normal del corazón.

Barbitúrico. Término general que se utiliza para designar un derivado del ácido barbitúrico. En el campo de la medicina, los barbitúricos se usan como drogas *hipnóticas* y *sedantes*.

Benzocaína. Etil-aminobenzoato. Compuesto químico que se emplea como anestésico local.

Benzodiazepinas. Grupo de psicofármacos llamados también «tranquilizantes menores», que se prescriben frecuentemente en casos de nerviosismo e insomnio.

Cafeína. Sustancia estimulante que se encuentra en el café, los refrescos de cola y el té. Es probablemente la droga más popular del mundo.

Cannabis sativa. Cáñamo de cuyas hojas se obtiene la marihuana. La resina de esta planta recibe el nombre de «hachís» o «hashish».

Cardiopatía alcohólica. Trastorno que produce debilidad y crecimiento del corazón. Se presenta a veces en alcohólicos desnutridos.

CAS. Siglas de Concentración de Alcohol en la Sangre (alcoholemia). Unidad de medida que se usa para determinar el grado de intoxicación de una persona que ha ingerido alcohol. La CAS puede expresarse en porcentaje o en miligramos de alcohol por cada 100 cc de sangre.

Cefalea, cefalalgia. Dolor de cabeza.

Cocaína. Droga psicoactiva estimulante. Alcaloide que se obtiene de las hojas del arbusto *Eritroxylon coca*.

Codeína. Droga que se obtiene del opio (adormidera, *Papaver somniferum*) y se usa para aliviar el dolor y la tos.

Cognoscitivo. Término utilizado para referirse a los procesos mentales de comprensión, juicio, memoria y raciocinio.

Conducta compulsiva. Comportamiento provocado por un impulso irresistible de ejecutar una acción contra la voluntad consciente del individuo.

Crack. Droga estimulante derivada del clorhidrato de cocaína que generalmente se fuma. Es la «cocaína base».

Delirio. Creencia falsa que persiste a pesar de las explicaciones racionales y de la evidencia contraria. Existen múltiples formas de delirio; la más conocida es el delirio de persecución, que en psiquiatría equivale a los estados paranoides. Pueden observarse desde simples «ideas» delirantes que se manifiestan en creencias esotéricas o «mágicas», hasta los delirios estructurados que son interpretaciones falsas de hechos más complicados.

Delirio tóxico. Estado confusional agudo que se presenta con alucinaciones, delirios, agitación y paranoia, provocado por el consumo de una o más sustancias psicoactivas.

Delirium tremens. Trastorno mental que se caracteriza principalmente por la incapacidad para percibir la realidad. Se presenta con alucinaciones, angustia, confusión, sudoración excesiva, temblor generalizado, deshidratación y, en ocasiones, convulsiones. Ocurre en los alcohólicos crónicos entre uno y tres días después de haber dejado de beber abruptamente.

Demencia. Deterioro mental irreversible que se caracteriza por la disminución de la función intelectual y del juicio, alteraciones de la personalidad y cambios frecuentes del estado de ánimo.

Dependencia física. Estado de adaptación fisiológica del organismo, en el cual éste necesita de una droga y se manifiesta por la aparición de

malestar físico intenso si se suspende su consumo (síndrome de abstinencia o de supresión).

Dependencia psicológica. Estado en el que una droga psicoactiva produce sentimientos de satisfacción y un impulso emocional que requiere su consumo periódico o continuo para producir placer o evitar malestar.

Depresión. En el lenguaje común, el término «depresión» se emplea para referirse a un estado por el que atraviesan los individuos normales, caracterizado por tristeza, pesimismo y disminución de la actividad vital. En el campo de la psiquiatría, el término se aplica a un síndrome en el que los síntomas principales son la tristeza («dolor moral»), el retardo psicomotriz, la falta de concentración, la angustia, acompañada a veces de ideas obsesivas, y una visión negativa del presente y del futuro; suele presentarse con trastornos del sueño y cambios en el peso corporal, e ideas de muerte o de suicidio. Por lo general, este estado no guarda una relación directa con sucesos de la vida de la persona deprimida, aunque en ocasiones ocurren episodios emocionales que precipitan la depresión.

Depresor. Sustancia psicoactiva que inhibe las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC). El grupo de drogas depresoras incluye, entre otros, fármacos tales como el alcohol etílico, los barbitúricos y una enorme variedad de sedantes sintéticos y somníferos.

Droga. Cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuyo consumo modifica las funciones biológicas, y posiblemente también la estructura del organismo. En forma resumida, se le define también como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. Sinónimo de fármaco.

Droga adictiva. Sustancia que puede interactuar con un organismo vivo de tal manera que produce un estado de dependencia psíquica, física, o ambas.

Droga ilegal o ilícita. Todo fármaco, adictivo o no, que puede provocar daño al organismo y al psiquismo, que ha sido incluido en las listas de sustancias prohibidas que la legislación de cada nación ha establecido para proteger al individuo y a la sociedad.

Droga lícita. Cualquier fármaco o medicamento no incluido en la lista de sustancias declaradas ilegales por la legislación de cada país. Respecto a la adicción, las más importantes son los psicofármacos medicinales sujetos a reglamentación, la nicotina contenida en el tabaco, y el alcohol etílico o etanol de las bebidas alcohólicas.

Droga psicoactiva, psicodroga, psicofármaco, psicotrópico.

Sustancia que modifica el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, etc.) y el estado de ánimo.

Droga sintética. Droga que no tiene un origen vegetal, que ha sido sintetizada en un laboratorio.

Drogas psicodislépticas, psicoticomiméticas, psicotomiméticas, psicodélicas o alucinógenas. Sustancias que provocan alucinaciones y trastornos mentales, emocionales y conductuales semejantes a los que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad.

Educación para la salud. Procedimiento para impartir conocimientos sobre la salud, de tal forma que quien los reciba cuente con medios para proteger o mejorar la salud propia, la de su familia y la de su comunidad.

Efecto sumativo o aditivo. Resultado del efecto de dos o más drogas consumidas al mismo tiempo. El total del efecto es como una simple suma: $2 + 2 = 4$.

Efecto antagónico. Producto de la acción de dos o más drogas consumidas simultáneamente, que resulta menor que la suma de sus efectos independientes si se las hubiera consumido por separado ($2 + 2 = 3$).

Efecto sinérgico. Producto de la acción de dos o más drogas consumidas simultáneamente, que resulta mayor que la suma de sus efectos individuales si se les hubiera administrado por separado ($2 + 2 = 5$).

Esquizofrenia. Grupo de trastornos psicóticos que se caracteriza por desórdenes del pensamiento, del estado de ánimo y de la conducta. Los trastornos del pensamiento pueden provocar una mala interpretación de la realidad, delirios y alucinaciones. La esquizofrenia es la más típica de las psicosis.

Estado delirante. Situación que viven los individuos afectados de delirio o de ideas delirantes.

Estado paranoide. Trastorno psicótico en el que un delirio, generalmente de grandeza o persecutorio, constituye la anormalidad esencial y explica los trastornos del estado de ánimo, la conducta y el pensamiento, incluyendo las alucinaciones que puedan presentarse.

Estimulante. Droga que provoca sentimientos de euforia, incremento en el estado de alerta y disminución del apetito y de la sensación de cansancio o fatiga.

Estupefaciente. Droga psicoactiva narcótica y analgésica que produce adicción. Por lo general el término se usa para designar a las drogas contenidas en ciertas plantas (opio, *cannabis*, coca, etcétera).

Estupor. Condición en la que el individuo está parcialmente consciente o sensible. Estado de desorientación con capacidad para reaccionar adecuadamente a los estímulos del medio.

Etiología. Estudio de la causa de las cosas. En el campo de la medicina, es el estudio de las causas de las enfermedades (del griego *aitia*, causa).

Euforia. Sensación de bienestar.

Éxtasis (tacha). Droga sintética de efecto estimulante, de estructura química (MDMA) parecida a la anfetamina (de las llamadas drogas «de diseño»).

Fármaco. En el sentido más estricto, droga medicinal o medicamento. Sin embargo, el término se acepta como sinónimo de droga en general. Cuando se habla de psicofármacos se hace referencia a las drogas psicoactivas.

Farmacología. Rama de la medicina que estudia las drogas o los fármacos (su procedencia, apariencia, composición química, acciones y usos).

Fisiología. Estudio de las funciones de los órganos de los seres vivos.

Flashback. Estado de duración breve en el que se «revive» el efecto de una droga (generalmente alucinógena) tiempo después de haberla consumido y eliminado.

Hachís, hashish. Resina de la planta de donde se obtiene la marihuana (*Cannabis sativa*).

Heroína. Droga opiácea semisintética que se obtiene de la morfina. Se trata de un potente analgésico narcótico que también provoca euforia y que posee el potencial más adictivo de entre todos los analgésicos.

Hiperquinesia. Actividad física exagerada. En los niños, con este término se denomina un cuadro reconocible que se caracteriza por falta de atención, impulsividad, trastornos de aprendizaje y de la conducta. En psiquiatría infantil es el déficit de atención con hiperquinesia.

Hipnótico. Droga que provoca sueño.

Hipoglucemia. Reducción de la glucosa en la sangre por debajo de lo normal.

ICE. Droga sintética estimulante de estructura química similar a la anfetamina. (De las denominadas drogas «de diseño»).

Idea delirante. Idea fija que no responde a la explicación racional, que se mantiene en contra de los argumentos lógicos y a pesar de la evidencia objetiva contraria.

Inhalable. Droga psicoactiva que se inhala (pegamentos, lacas, thinner, gasolina, cementos, acetona, etcétera).

Interacción farmacológica. Fenómeno que se presenta cuando dos o más drogas combinan sus efectos sobre un organismo, alterando sus funciones de una manera particular.

Intoxicación. Estado patológico de un organismo provocado por los efectos de una droga. La intoxicación depende de varios factores: la dosis consumida, el tipo de sustancia, las características individuales, etcétera.

Letargia o letargo. Somnolencia patológica, sopor, torpeza mental.

LSD (dietilamida del ácido lisérgico). Droga sintética alucinógena o psicodisléptica de producción y distribución ilegales.

Manía, estado maniaco. Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por aumento de la actividad física, agitación y pensamiento y lenguaje acelerados.

Mariguana. Droga que se obtiene de las hojas del cáñamo *Cannabis sativa*. Generalmente se fuma, pero también puede masticarse, hervirse en infusiones o cocinarse con la masa de pasteles.

Metadona. Droga sintética adictiva que se emplea en el tratamiento de la adicción a la heroína, como sustituto de ésta.

Mezcalina. Droga psicodisléptica o alucinógena que se encuentra en el peyote, de efectos parecidos a los de la LSD.

Morfina. Prototipo de las drogas opiáceas de efecto analgésico que provoca, además, euforia con somnolencia placentera. Posee un elevado potencial adictivo.

Narcóticos o drogas narcóticas. Sustancias psicoactivas que en dosis terapéuticas disminuyen la sensibilidad, alivian el dolor y provocan sueño. En grandes dosis producen estupor, estado de coma o convulsiones.

Neuroadaptación. Proceso bioquímico de las neuronas del sistema nervioso central que se produce ante la presencia frecuente de una droga psicoactiva de tal modo que se altera su propia fisiología y su reactividad ante esa sustancia. La tolerancia es una manifestación de esta «adaptación» al fármaco; si el consumo continúa, de manera frecuente y en dosis elevadas, se produce el otro fenómeno central de la adicción: el síndrome de supresión o de abstinencia. La tolerancia y el síndrome de supresión constituyen la manifestación clínica de la neuroadaptación, y son las características principales de la adicción.

Neurolépticos. antipsicóticos. Psicofármacos empleados en psiquiatría, principalmente en el tratamiento de las psicosis.

Nicotina. Alcaloide de las hojas del tabaco. Es una sustancia adictiva.

Opiáceos. Drogas obtenidas del opio que suprimen el dolor. Son sustancias de alto potencial adictivo.

Opio. Resina líquida de la cápsula de la amapola o *Papaver somniferum*. El opio, cuyo principal ingrediente activo es la morfina, contiene otras

sustancias psicoactivas que pueden extraerse en forma pura, como la codeína. A partir de la morfina se sintetiza la heroína.

Papaver somniferum. Planta del opio.

Patológico. Anormal o que implica enfermedad.

PCP (Polvo de ángel). Fenciclidina. Droga sintética alucinógena originalmente usada como anestésico en veterinaria.

Polineuritis. Inflamación simultánea de varios nervios periféricos que se presenta en el alcohólico principalmente en los miembros inferiores. El paciente padece parálisis parciales, dolores y otros trastornos.

Prevención. Conjunto de acciones que permiten evitar y detener la historia natural de una enfermedad.

Psicopatología. En el campo de la psiquiatría, estudio de las causas y procesos en el desarrollo de los trastornos mentales.

Psicosis. Trastorno mental en el que la capacidad para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada se encuentra deteriorada. Suele presentarse con delirios y alucinaciones.

Psicosis alcohólica. También llamada psicosis de Korsakoff, consiste en un estado de demencia con alteraciones de la memoria y confabulación (el sujeto relata como hechos reales situaciones imaginadas, a veces estructuradas complicadamente).

Psilocibina. Ingrediente activo del hongo *Psilocibe mexicana*. Droga psicodisléptica o alucinógena de efectos parecidos a los de la LSD.

Psiquismo. Término que se utiliza para referirse a las funciones mentales como pensamiento, juicio, razonamiento, inteligencia, memoria.

Sedación. Estado de disminución de las actividades funcionales y del dolor, provocado por una sustancia sedante.

Sedante, sedativo. Sustancia que calma o sosiega los dolores o la excitación nerviosa.

Sensorial. Relativo a la percepción a través de los sentidos.

Sistema Nervioso Central (snc). Cerebro y médula espinal, incluyendo los ganglios de las raíces dorsales.

Somático. Relativo al cuerpo (*soma*, cuerpo).

Taquicardia. Aceleración del ritmo cardíaco.

THC (delta-9-tetrahidrocanabinol). Principal ingrediente activo de la *Cannabis sativa*, causante de la mayor parte de las acciones psicoactivas de la planta.

Terapéutico. Curativo, que sirve para el tratamiento de una enfermedad.

Tóxico. Dañino para el organismo.

Tranquilizante (ansiolítico). Droga calmante, que disminuye la angustia y el nerviosismo.

Volátil. Sustancia que se evapora.

Se han incluido algunos términos que no se utilizaron en esta obra, pero que sin duda ayudarán al maestro y al padre de familia a comprender ciertos conceptos que por lo común se interpretan equivocadamente.



LAS DROGAS

¿Qué son?

Las drogas son sustancias químicas, naturales o sintéticas que alteran el funcionamiento del cuerpo.

- Las llamadas drogas psicoactivas cambian la manera de pensar, sentir y actuar. Pueden causar adicción.
- Algunas son medicamentos útiles si las prescribe el médico.
- El alcohol, la nicotina y la cafeína son también sustancias de este grupo, son drogas.
- Muchas drogas son ilegales, su producción, venta y consumo están prohibidos por ser nocivas.

¿Cómo pueden dañar?

- Pueden provocar daños en el organismo y el cerebro, en ocasiones llegan a producir la muerte.
- Afectan la memoria y la capacidad de aprendizaje (la atención y la concentración).
- Se altera la resistencia a las infecciones.
- Muchas drogas a la larga provocan depresión e infelicidad. Más de la mitad de los suicidios de adolescentes están ligados al consumo de drogas.
- Las sustancias psicoactivas afectan la coordinación de movimientos y la capacidad de reaccionar rápidamente. Más de la mitad de los jóvenes muertos en accidentes automovilísticos había consumido drogas ilegales, alcohol o ambos.

¿Por qué algunas personas consumen drogas?

- Algunos empiezan a consumirlas por curiosidad, para ver qué se siente.
- Otros creen que así olvidarán sus problemas.
- Hay quienes lo hacen para imitar a sus amigos y ser aceptados por ellos.
- Muchos ignoran por qué lo hacen.

¿Qué es la adicción?

Adicción, dependencia, drogadicción o farmacodependencia son palabras que quieren decir lo mismo. Es un estado físico y psicológico en el cual la persona tiene un impulso irreprimible y sin control de consumir una sustancia, para sentir sus efectos o para evitar los síntomas que se presentan cuando deja de usarla.

La persona adicta, es decir que sufre la adicción, experimenta dos fenómenos:

- a) Tolerancia, que quiere decir que cada vez necesita dosis mayores para sentir los mismos efectos.
- b) Síndrome de abstinencia, que es el conjunto de molestias desagradables (a veces graves) que se presentan cuando no se tiene la droga para consumirla. La suspensión del uso de la droga puede llevar a la muerte, lo mismo que el consumo de una dosis demasiado alta (sobredosis).

EFFECTOS DE ALGUNAS DROGAS PSICOACTIVAS ADICTIVAS

Alcohol etílico

¿Qué es? Es una sustancia química llamada etanol obtenida de frutos y granos por fermentación y, en algunos casos, por destilación posterior.

Al principio. Provoca intoxicación alcohólica o *borrachera*, mareo, falta de coordinación de los movimientos, desinhibición, confusión, incapacidad de concentración, cambios del humor y conducta errática.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Daños a hígado, corazón y cerebro; hipertensión arterial, gastritis, pancreatitis y alcoholismo (síndrome de dependencia del alcohol).

Tabaco (nicotina)

¿Qué es? Se obtiene de las hojas secas de una planta solanácea y se prepara para fumarse.

Al principio. Acelera los latidos del corazón (taquicardia), estimula ligeramente; genera anorexia (inapetencia), mal aliento y daño a la dentadura.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Cáncer pulmonar broncogénico, hipertensión arterial, infarto cardiaco, dependencia

de la nicotina, reducción de los sentidos del gusto y del olfato, y enfisema pulmonar.

Cocaína y otros estimulantes

¿Qué son? La cocaína es una sustancia química obtenida de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca*. La mayoría de los otros estimulantes son sustancias sintéticas.

Al principio. Provoca taquicardia e hipertensión, fuerte estimulación del sistema nervioso (agitación, insomnio), sequedad de la boca, aumento de la temperatura corporal (hipertermia) y dilatación de las pupilas (midriasis).

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Daño permanente a los pulmones, úlcera o perforación del tabique nasal, cambios permanentes de la personalidad, conducta violenta, paranoia (miedos irracionales, delirios), alucinaciones, dependencia a la cocaína.

Mariguana y hachís

¿Qué son? La mariguana la planta llamada *Cannabis sativa* o cáñamo de la India, cuyas hojas secas se fuman como el tabaco. El hachís es la pasta que se obtiene con el aceite de ciertas partes de la planta.

Al principio. Provoca relajación, calma, somnolencia, disminución de los reflejos, sequedad de labios, boca y garganta, enrojecimiento de los ojos, trastorno del sentido del tiempo y taquicardia.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Daños a las vías respiratorias, dificultades con la memoria, disminución de la cantidad de espermatozoides, trastornos menstruales, cambios permanentes de la personalidad, dependencia de la mariguana y síndrome amotivacional.

Inhalables

¿Qué son? Son sustancias químicas que pueden ser inhaladas, utilizadas en la industria (thinner, pegamentos, aerosoles, gasolinas, pinturas...).

Al principio. Producen *borrachera* parecida a la del alcohol, enrojecimiento de la mucosa nasal, tos, náusea, vómito, cefalea (dolor de cabeza), mareo, a veces también pérdida del control de los esfínteres.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Daño permanente a cerebro, hígado y pulmones; astenia, cansancio, debilidad; cianosis (piel azulada); muerte, si se combina con el alcohol o con otros depresores; dependencia de la droga.

LSD, peyote, hongos y otros alucinógenos

¿Qué son? Son sustancias naturales unas, y sintéticas otras que producen reacciones iguales a las de ciertas enfermedades mentales.

Al principio. Provocan alucinaciones (de ahí su nombre), hipertermia, confusión, pánico y delirios.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Problemas mentales permanentes, alucinaciones crónicas y delirios; depresión severa, suicidio; *Flashbacks* (alucinaciones aún sin consumir la droga).

Metanfetaminas, éxtasis «tacha», drogas de «diseño»

¿Qué son? Son sustancias obtenidas en laboratorios rudimentarios y generalmente consumidas en forma de tabletas.

Al principio. No se percibe la fatiga, generan sensación de estímulo y bienestar; anorexia, sudación, hipertermia; posible muerte súbita por paro cardíaco.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Cambios del humor, depresión, otros trastornos aún no bien estudiados; muerte súbita.

Heroína

¿Qué es? Es una sustancia química sintética semejante a la morfina que se extrae del opio. Perteneció al grupo de drogas llamadas narcóticos, que se usan contra el dolor.

Al principio. Produce bradicardia (pulso lento), lasitud, relajación, sensación de bienestar; lagrimeo, miosis (contracción de las pupilas); enrojecimiento de la piel y muerte por sobredosis.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. Adicción severa y rápida, disminución del deseo y la capacidad sexuales, constipación severa (puede llegar a la parálisis intestinal), daño pulmonar crónico, cambios en el carácter.

Anabólicos esteroides

¿Qué son? Son sustancias derivadas de la testosterona, la hormona masculina que producen los testículos.

Al principio. Provoca cambios poco importantes a corto plazo.

Efectos sobre el organismo si se continúa consumiendo. En el hombre: crecimiento de la masa muscular, atrofia testicular, crecimiento de las mamas y acné. En la mujer: atrofia de mamas, vello en la cara y crecimiento del clítoris. En ambos: conducta violenta y depresión.

ALGUNOS MITOS Y REALIDADES SOBRE LAS DROGAS

Mito: Quien consume drogas puede dejar de hacerlo cuando quiera.

Realidad: Quien ya es adicto sólo puede abandonar la droga con la ayuda de un programa de recuperación y la asistencia de un experto.

Mito: Se necesita consumir drogas por mucho tiempo para que empiecen a hacer daño.

Realidad: Existen riesgos, a veces graves, desde la primera vez que se consume una droga adictiva (ataque cardíaco, convulsiones, pánico, etcétera).

Mito: Si se compra droga a los vendedores conocidos se asegura su pureza.

Realidad: Como las drogas adictivas no médicas son ilegales, nadie puede asegurar su pureza.

Mito: Los adolescentes son demasiado jóvenes para convertirse en adictos.

Realidad: La adicción o farmacodependencia puede desarrollarse a cualquier edad. Incluso un recién nacido puede serlo si su madre es adicta y consumió drogas durante el embarazo.

Mito: Una mujer embarazada protege a su hijo de las drogas con su propio cuerpo.

Realidad: Las sustancias adictivas afectan al feto tanto o más que a la madre. El niño puede nacer antes de tiempo, morir o sufrir daños físicos y mentales.

Mito: Los efectos de la marihuana desaparecen en unas cuantashoras.

Realidad: Los trastornos de la memoria, la concentración, la incoordinación y los reflejos pueden durar hasta tres días después de una sesión de consumo de marihuana fumada.

Mito: Cuando pasa el efecto y se recupera la normalidad toda la droga ya ha sido eliminada del cuerpo.

Realidad: Las drogas se eliminan lentamente. La cocaína puede encontrarse en el cuerpo una semana después de consumir una sola dosis, y la marihuana hasta 30 días después.

Mito: Con café «cargado» se baja la borrachera.

Realidad: Una vez que el alcohol ya está circulando en la sangre, sólo el tiempo podrá eliminarlo. Tampoco sirve el baño con agua fría.

Mito: La cocaína es adictiva sólo si se inyecta.

Realidad: La cocaína produce adicción muy rápidamente, no importa la vía de consumo: aspirada, fumada como «crack» o inyectada.

Mito: El tabaco masticado o aspirado («rapé») no hace daño.

Realidad: En ambas formas de consumo existen riesgos importantes como cáncer en la boca y los bronquios, hipertensión arterial, problemas dentales, pérdida del gusto y del olfato, etcétera.

Mito: La inhalación de thinner o de cemento produce efectos tan rápidamente que no da tiempo de que dañe al organismo.

Realidad: Los inhalables se introducen en la sangre en segundos y circulan por todo el cuerpo, pudiendo provocar ataques del corazón o muerte por sofocación, pues reemplazan al oxígeno de los pulmones.

Mito: La marihuana hace menos daño que el tabaco.

Realidad: La marihuana tiene más sustancias que provocan cáncer que el tabaco, y produce también bronquitis crónica. Además, hay otros efectos negativos a largo plazo. Unos son iguales a los del tabaco, otros son propios de la marihuana.

Mito: Se puede saber y «sentir» si la mariguana ha sido adulterada con otras sustancias.

Realidad: Es posible agregar sustancias químicas a la mariguana, que pueden ser peligrosas, sin que el consumidor se dé cuenta.

Mito: Las drogas alivian el estrés y ayudan a soportar los problemas.

Realidad: Ciertas sustancias pueden hacer que los problemas se olviden durante su efecto. Pero cuando éste desaparece, los problemas continúan ahí, probablemente aumentados.

Mito: Los esteroides que usan algunos atletas no son dañinos. Los médicos los recetan para las alergias y otras enfermedades.

Realidad: Hay diferentes tipos de esteroides. Los que se usan para el salpullido y las alergias no son los mismos esteroides que se utilizan para hacer crecer los músculos.



in



REFERENCIAS

Los libros publicados por el autor relacionados directamente con los temas aquí tratados son:

- Rafael Velasco Fernández. (1997). *Las adicciones. Manual para maestros y padres*. Trillas, México.
- . (2000). *La familia ante las drogas*. Trillas, México.
- . (1981). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. Trillas, México.
- . (1988). *Alcoholismo. Visión integral*. Trillas, México.
- . (1991). *Las bebidas alcohólicas y la salud*. Trillas, México.
- . (1980). *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo*. Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, México.

Otras obras, también del autor, que contienen capítulos que se refieren a las adicciones en general o al alcoholismo en particular, son:

- . (1995). *Temas teórico-prácticos de la psiquiatría actual*. Seminario de Cultura Mexicana, México.
- . *Educación y salud*. Secretaría de Educación y Cultura del Estado de Veracruz y Universidad Veracruzana.

Es recomendable la lectura de los textos, folletos y trípticos publicados por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), mismos que pueden ser solicitados en la dirección: Reforma No. 450, Col. Juárez, A.P. 06600, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

Sitios de Internet recomendados

Algunos sitios de Internet que proporcionan información útil y actualizada son los que enlistaremos a continuación. Los de la SAMHSA y del NIDA proporcionan la mayoría de sus datos también en español. Algunos más pueden ofrecer el servicio informativo en nuestro idioma, a petición especial.

www.drugabuse.gov (NIDA)

www.samhsa.gov

www.dea.gov

www.who.int/home-page/index.es.shtml (OMS en español)

www.ssa.gob.unidades/conadic

www.paho.org/default_spa.htm (OPS en español)

www.un.org.mx/pnufid/



Este texto se terminó de imprimir en el mes de septiembre de 2005 en los talleres del Fondo de Empresas de la Universidad Veracruzana, A.C., siendo Gobernador del Estado de Veracruz el licenciado Fidel Herrera Beltrán y Secretario de Educación y Cultura el doctor Víctor A. Arredondo Álvarez. La edición consta de 3,000 ejemplares.