

EL SUICIDIO Y LA FARMACODEPENDENCIA: ¿UN GRITO DE AYUDA?

Angelina Abarca Molina

“El problema de la droga es uno de los tres más graves de nuestro tiempo; y entiendo esta expresión en un sentido muy preciso, desde 1960 y no más allá. Simplemente ese hecho, la fecha aproximada en que los tres problemas han alcanzado incomparable gravedad e importancia, podría poner sobre algunas pistas interesantes; pero vivimos en una época en que lo único que se escatima es el *pensamiento*, y ésta es la causa principal de que tantas cosas no encuentren solución”.

Julián Marías, (La Nación, 12/9/85, p. 15 A)

INTRODUCCION

El párrafo del filósofo español que encabeza este artículo, es corroborado por gran cantidad de información que diariamente se lee en los periódicos acerca del aumento acelerado en las tasas de farmacodependencia, no sólo en las sociedades altamente desarrolladas, sino en aquéllas que luchan por alcanzar un nivel de desarrollo que permita a sus habitantes mejorar su calidad de vida (El Miami Herald, 8/7/86 y 14/7/86; Guerra Arteaga, 1986; La Nación, 24/9/85; 22/11/85; 8/3/86 y 19/9/86). A este respecto, Guerra Arteaga (1986) proporciona las siguientes cifras:

...He aquí el problema sanitario del gran país del norte (Estados Unidos) —que los consumidores regulares de marihuana en ese país sean más de 20 millones; los cocainómanos otros 20 millones y los adictos a la heroína unos 500 mil.

Claro está que la amenaza para la salud no sólo es un hecho en Estados Unidos; también los países productores de drogas tienen problemas. Según una dependencia del Departamento de Estado, a cargo del Control Estratégico Internacional de Narcóticos, los adictos a la cocaína y sus derivados son unos 50 mil bolivianos, más de 150 mil peruanos y más de 600 mil colombianos. También sostiene que por lo menos 300 mil estudiantes mexicanos tienen “serios” problemas de adicción” (p. 6C).

A partir de abril de 1986, las autoridades y la prensa soviéticas, han reconocido que tienen un serio problema de farmacodependencia entre la

población joven (15-35 años) sin incluir la adicción al alcohol, droga socialmente aceptada (El Miami Herald, 14/7/86; La Nación, 19/9/86).

Aunque en menor proporción que la farmacodependencia, las tasas de suicidio han aumentado sensiblemente en los últimos años, sin distinción de sexo, edad, grupo étnico y región geográfica de residencia.

Hasta hace pocos años, el suicidio lo realizaban casi exclusivamente adultos. De nuevo los periódicos y las revistas profesionales en Orientación, informan que en la actualidad, el suicidio es, al menos intentado por adolescentes y hasta por niños (Bernhardt y Praeger, 1985; La Nación, 20/10/84; 27/10/84; 6/6/86; 20/6/86 y 16/9/86; Lee (1978); Ray y Johnson (1983). Así lo corrobora la Dra. Rosenthal (1984), en cuya clínica psiquiátrica de Massachusetts, alrededor del 5% de los niños admitidos; tenían tendencias suicidas.

En agosto de 1984 (La Nación, 27/10/84) los padres y profesores de dos escuelas secundarias de Huston, Texas, se reunieron para analizar las causas que pueden haber inducido a 9 jóvenes a suicidarse en un lapso de dos meses y medio.

En Europa, Hungría (La Nación, 29/9/85) tiene el récord de suicidios en esta región. En 1984, 60.000 personas intentaron suicidarse y 5.000 lo lograron.

Este problema, igual que el de la farmacodependencia, ha dejado de pertenecer a otras latitu-

des y lo tenemos "aquí" y "ahora", en nuestra sociedad costarricense de finales del siglo XX.

En Costa Rica, Heredia ocupó el primer lugar de suicidios durante 1984 (La Nación, 14/6/85), según un estudio elaborado por funcionarios del Departamento de Salud Mental del Ministerio del ramo.

Por cada 100.000 habitantes, se suicidan al año 5,62 personas en esa ciudad; en Cartago, la tasa es de 5,18; Limón 4,81; San José 4,25; Alajuela 4,17; Puntarenas 4,07 y Guanacaste 3,10 personas. En total, en 1983 se suicidaron 105 personas en el país, de las cuales 90 eran hombres y 15 mujeres.

A este aumento en las tasas de suicidio, se une el hecho de que es un acto que están cometiendo, cada vez más, personas menores de 20 años y hasta niños menores de 12 años, como ya se indicó.

Según un estudio publicado en el último número del boletín estadístico que edita la Compañía "Metropolitan Life Insurance" (La Nación, 20/6/86), actualmente la mayoría de los suicidios los cometen personas entre 15 y 35 años, en tanto que en 1950, las dos terceras partes de suicidas eran mayores de 45 años. En los últimos 40 años el suicidio entre menores de 15 años se ha cuadruplicado.

Si bien es cierto que las estadísticas sobre suicidios deben analizarse sobre la base de su relatividad, sobre todo si se dan en números absolutos y no porcentuales, o bien proporcionales a la población total de una determinada región geográfica, existen razones para creer que muchos suicidios no se clasifican como tales, principalmente porque los familiares tratan de ocultarlos por el matiz estigmatizante que tiene este acto. Las cifras por lo tanto, se infiere que serán siempre mayores a las publicadas.

En este artículo se analizarán los fenómenos de la farmacodependencia y el suicidio conjuntamente, no tanto para establecer una relación de causa y efecto entre ambos, a pesar de que la primera puede ser una de las causas del suicidio, como lo señala el Dr. Andras Weer (La Nación 29/9/85) director general adjunto del Instituto Nacional para las Enfermedades Mentales y Nerviosas de Budapest:

"El problema del suicidio está estrechamente ligado al de la droga y al alcoholismo (sic) ... 500.000 personas (entre una población global de 10 millones) son consideradas como alcohólicas en Hungría (y) 50.000 se drogan. Pues bien, del 60 al 70 por ciento de las personas que intentan suicidarse lo hacen en estado de embriaguez... (p. 19B)".

Se hace este análisis en conjunto porque ambos fenómenos van en aumento acelerado en nuestro país y destruyen, no sólo al farmacodependiente y al suicida, sino a quienes los rodean, particularmente sus familias. Y como el ser humano es el centro del quehacer de los orientadores, éstos deben estar preparados con respecto a las características cuantitativas y cualitativas de la farmacodependencia y el suicidio, para que puedan prevenir su aumento, prestar el apoyo necesario a quienes sufren esos problemas, o remitirlos a otros profesionales para su tratamiento, cuando así se requiera.

Con el fin de que este artículo sirva para estos propósitos, se hará primero una revisión teórica de los dos fenómenos y se concluirá con sugerencias para que el orientador se desenvuelva eficazmente cuando se enfrente a estos problemas.

En última instancia, se pretende "no escatimar el pensamiento" ante estos problemas que afectan a la sociedad costarricense y colaborar en su solución, como reclama don Julián Marías en el párrafo con que se inicia este artículo.

LA FARMACODEPENDENCIA

Es usual que la gente separe el abuso del alcohol, del de otras drogas tales como marihuana, morfina, heroína y cocaína. La razón puede estar en que el alcohol es una droga socialmente aceptada y las otras no. Como todas son igualmente nocivas, tanto para quien abusa de ellas como para la sociedad en general, en este artículo el alcohol se considerará una droga más, sin distinción alguna que favorezca su uso, lo mismo que la marihuana, cuyo uso tiende a ser aceptado como un "intoxicante similar al licor", según señalan Archer y Lopata (1979).

CONCEPTOS:

Es conveniente partir en este artículo de las siguientes preguntas:

- ¿Qué constituye el uso de drogas?
- ¿Qué constituye el abuso?
- ¿Dónde está la línea que divide el uso del abuso?

Según Gurdish (1982), en términos legales, cualquier uso de una sustancia ilegal constituye abuso, pero es probable que el abuso, desde el punto de vista clínico, sea definido menos rigurosamente.

mente. Tanto este autor como Kaufman y Kaufman, citados por Haber (1983), coinciden en definir el abuso de drogas como el uso de una sustancia que perjudica el funcionamiento de un individuo en todas las esferas de su vida: social, laboral, financiera, familiar y, por supuesto, su salud física.

El enfoque legal en el abuso de drogas es útil para comprender el desarrollo histórico de los esfuerzos por conocer este fenómeno.

A finales del siglo XIX, se consideraba la adicción a sustancias como un problema moral, y el adicto era visto como malo, moralmente débil o poseído por un espíritu maligno. En consecuencia, en el primer cuarto del siglo veinte, se produjeron movimientos en contra del uso de drogas, especialmente el alcohol, como la "ley seca" en los Estados Unidos de Norteamérica, cuya puesta en práctica no desestimuló el uso del alcohol, sino que el adicto pagaba lo que fuese para conseguirlo, y surgió el contrabando con su secuela de crimen y violencia. Algo semejante ocurre en la época actual con la legislación que castiga el tráfico de drogas, y éste no parece disminuir, por lo que este enfoque en el tratamiento del problema, por sí solo, no parece ser la respuesta adecuada para prevenir el aumento de la farmacodependencia.

El enfoque médico de este problema, lo mismo que el enfoque tradicional, al que se hará referencia más adelante, conceptúan el abuso de sustancias como una enfermedad, quizá por extensión del concepto que se tiene del alcoholismo, desde que en 1785 el Doctor Benjamín Rush lo calificó como tal, hasta 1975 en que la Asociación Médica Norteamericana respaldó ese concepto.

Este enfoque busca la cura del enfermo por medio de fármacos—antabuse para el alcohólico, methadone para el heroinómano, por ejemplo—, y por medio de la desintoxicación bajo supervisión médica, y a menudo con ayuda de tranquilizantes menores (Guydish, 1982).

La bondad del enfoque médico es que ha liberado a los farmacodependientes del ridículo y el castigo, pero su desventaja radica en que ha permitido a éstos eludir la responsabilidad por su propia conducta y su rehabilitación. A un enfermo de otro tipo no se le responsabiliza por su enfermedad, pero un farmacodependiente debe hacer un esfuerzo personal supremo por rehabilitarse.

El enfoque tradicional del problema de farmacodependencia surge en 1935 con la fundación de alcohólicos anónimos (A.A.), cuya meta es la abstinencia del alcohol adhiriéndose a una filosofía de vida contenida en los 12 pasos de los alcohólicos

anónimos. El proceso consiste en una actividad grupal, en la que los alcohólicos que se están rehabilitando se ayudan unos a otros. Su éxito lo atestiguan los millones de alcohólicos rehabilitados, y la aparición de los grupos en diferentes partes del mundo.

Con el mismo modelo de A.A., surgió en los Estados Unidos de Norteamérica, la organización Narcóticos Anónimos (N.A.). Estos dos grupos dependen de la idea de autoayuda, y aducen que nadie puede ayudar a un alcohólico excepto otro alcohólico.

Según Guydish, el enfoque tradicional "contiene un defecto básico: la abstinencia total... (por lo que) no puede sobrevivir si el criterio de la abstinencia para el tratamiento exitoso se flexibiliza. El hecho de que muchos alcohólicos regresan a algún patrón de bebida sin abusar, está bien documentado" (1982, p. 400).

El enfoque de emergencia (Guydish, 1982) ve los problemas de farmacodependencia como una serie de conductas aprendidas por medio de algún grupo de contingencias reforzantes; luego los patrones de farmacodependencia se mantienen por medio del mismo grupo de contingencia o de otro. La clave del tratamiento está en descubrir y modificar los grupos de contingencias, los que tienen algunos elementos en común, tales como las propiedades de refuerzo de la droga misma que pueden variar bastante en cada persona.

Este enfoque sostiene que la abstinencia del alcohol no necesita ser la única meta de tratamiento aceptable, y que el beber controlado puede ser una meta apropiada en muchos casos. Debe evaluarse el patrón de farmacodependencia de cada persona para saber si el beber controlado puede ser un tratamiento que tenga una posibilidad razonable de éxito. Si no es así, puede emplearse la meta de abstinencia. Guydish afirma que "En este momento hay poca razón para creer que el beber controlado no pueda extenderse al tratamiento del abuso de otras sustancias. Sin embargo, hacerlo llevaría a una serie de consideraciones éticas y legales..." (1982, p. 400).

Es importante que los profesionales de ayuda comprendan que el uso impropio o improvisado de este enfoque puede ocasionar que el orientado, en vez de sufrir una enfermedad sin esperanza, se sienta autorizado a continuar bebiendo excesivamente, con el pretexto de que está intentando controlar un patrón de conducta que puede llegar a ser incontrolable.

Ya que la mayoría de los orientadores se enfrentará alguna vez con el problema del abuso de sustancias, es útil que conozcan los enfoques de tratamiento, pero no deben olvidar que cada uno tiene ventajas y desventajas, aplicaciones y limitaciones. Dependerá de su habilidad profesional, usar el más adecuado a las necesidades de cada persona que busca su ayuda.

Como ya se indicó, la farmacodependencia y el suicidio son fenómenos que afectan no sólo al individuo involucrado, sino a su familia. Por esto es importante estudiar el papel de ésta como causa o como víctima de aquéllos.

PAPEL DE LA FAMILIA:

El concepto de "familia" se puede explicar por medio de la teoría general de sistemas; ésta es un subsistema del gran sistema que es la sociedad. Como todo sistema, los elementos que la componen, —sus miembros—, interactúan entre sí por lo que todos afectan y son afectados por cada uno de los miembros (Haber, 1983).

Las familias necesitan un sentido de estabilidad, denominado homeostasis, que establecen desarrollando una gama de conductas aceptables.

Si algún suceso amenaza la homeostasis, por ejemplo una pelea de los padres, uno de los hijos podría tratar de eludir el conflicto enfermándose abusando de drogas, etc., para desviar la atención de los padres, de su pelea, hacia él, y mantener la homeostasis familiar. En muchas familias, uno de sus miembros denominado "chivo expiatorio", desempeña una función protectora de la familia, al soportar la carga de mantener la homeostasis familiar.

LAS FAMILIAS DE LOS FARMACODEPENDIENTES:

1. La familia de un farmacodependiente se denomina "cerrada" por la rigidez de sus roles, rigidez que parece necesaria para mantener la homeostasis. Numerosos estudios aclaran el tipo de relaciones interpersonales que se presentan en las familias que tienen un miembro farmacodependiente (Bokos, Lipscomb and Schwartzman, 1984; Capuzzi y Le Coq, 1983; Haber, 1983).
2. Entre el farmacodependiente y su familia hay una necesidad de dependencia mutua y

una incapacidad de asumir autonomía y responsabilidad de sus actos, por parte de aquél.

3. Los farmacodependientes mantienen vínculos estrechos con uno o ambos padres hasta los 30 años de edad y aún más allá.
4. Los padres de hombres farmacodependientes son no comprometidos, indiferentes, desinteresados, abusadores o están ausentes. Por el contrario, las mujeres farmacodependientes parecen estar en competencia abierta con sus madres y son consentidas por sus padres. Además, hay mayor probabilidad de incesto en estas relaciones padre-hija que en las de padres e hijos normales.
5. La tríada: madre, padre e hijo (a) farmacodependiente se adapta a la noción de Haley (citado por Bokos y otros, 1984 y Haber, 1983) del "triángulo perverso" en el que dos personas se unen a costas de una tercera. A menudo los padres se culpan mutuamente por los problemas del hijo (a) farmacodependiente y se obstaculizan uno a otro en sus intentos de imponerle límites a éste. Escapar del triángulo perverso por medio de las drogas parece ser una forma comprensible de manejar la situación. Las drogas proporcionan formas viables de escapar de la familia sin dejarla realmente.
6. Al farmacodependiente se le da un poderoso papel en la familia: desviar los conflictos y divisiones que hay entre sus padres. Esta desviación es bien recibida en la familia ya que de otra manera los padres podrían separarse y el núcleo familiar se desintegraría. A cambio, el farmacodependiente no obtiene consistencia, controles ni límites a su conducta y por tanto, no desarrolla un super ego que le permita reprimir sus impulsos.
7. Bajo la influencia de la heroína en especial, el farmacodependiente llega a ser particularmente agresivo con sus padres. Esto puede explicarse como una excusa para tratar de escapar de los estrechos lazos paternos.
8. Los farmacodependientes se casan menos y se divorcian más que los no farmacodependientes. Para la mayoría, el matrimonio es

una repetición de los papeles y patrones de interacción que tuvo en su familia.

tró un alto uso de marihuana en los hijos criados según el principio "dejar hacer, dejar pasar"; mediano uso en los hijos criados en un hogar autocrático y bajo uso en los hijos de hogares democráticos o casi democráticos.

9. Para Haley (citado por Haber, 1983) la farmacodependencia es una forma de obstaculizar un proceso de desarrollo familiar normal. Este desarrollo es muy amenazante para una familia que necesita a todos sus miembros para sobrevivir. Una solución a este problema puede darla el hijo farmacodependiente, pues cuando es adulto no deja el hogar porque se siente fracasado y necesitado de sus padres.
10. Específicamente con respecto al alcoholismo, Capuzzi y Le Coq (1983) afirman que la mayoría de los adolescentes toman licor por primera vez con los padres o parientes en la casa. Como en muchas otras conductas, el ejemplo paterno tiene un impacto significativo en las actitudes del adolescente hacia el alcohol y su consumo.
11. En un hogar donde no se ha definido un uso responsable de las drogas, los hijos aprenden a abusar de sustancias y aún el uso responsable del alcohol puede ser percibido por los hijos como un modelo para experimentar con otras sustancias.
12. Cuanto menos unido a los miembros de su familia se sienta un adolescente, más probable es que se involucre con sus amigos en el uso de drogas y el uso de diversidad de éstas aumenta, a medida que disminuye la afinidad familiar. Este resultado del estudio de Babst y otros (citado por Capuzzi y Le Coq, 1983), podría parecer contradictorio con lo anotado en el punto 3. Sin embargo, puede explicarse con el hallazgo de Gantman (citado por Capuzzi y Le Coq, 1983), quien encontró que los padres de los adolescentes que abusan de las drogas, se ocuparon de aumentar en éstos el sentimiento de "chivo expiatorio" y utilizaron estilos de comunicación poco claros y negativos. Si no obtiene la atención y el cuidado de sus padres por sus conductas positivas, el hijo escapa del triángulo perverso por medio de las drogas.
13. De acuerdo con el tipo de hogar según el control social ejercido por los padres, Hunt (citado por Capuzzi y Le Coq, 1983) encontró un alto uso de marihuana en los hijos criados según el principio "dejar hacer, dejar pasar"; mediano uso en los hijos criados en un hogar autocrático y bajo uso en los hijos de hogares democráticos o casi democráticos.
14. De los tres tipos de hogares, los dos primeros pueden estimular a los hijos a buscar otros medios que les proporcione una atmósfera comprensiva y cálida, tipo familiar. Unirse a un grupo que use drogas puede llenar esa necesidad del adolescente.
15. Mercer y otros (citados por Capuzzi y Le Coq, 1983), encontraron mayor correlación entre el ambiente familiar y el uso de drogas en las mujeres adolescentes que en los varones adolescentes.
16. Brook y otros (citados por Capuzzi y Le Coq, 1983), determinaron que el adolescente que se inicia en la marihuana es más probable que tenga una madre con bajas expectativas e involucramiento con él.
17. La comunicación deficiente o inexistente y la carencia de cálidas relaciones padres-hijos, crea una situación de alto riesgo para que el adolescente use y abuse de múltiples drogas.

Hasta aquí se ha presentado el papel de la familia en la farmacodependencia de sus hijos. ¿Qué consecuencias tiene en éstos cuando sus padres son farmacodependientes?

Numerosos estudios (Kameen y Thompson, 1983) establecen que estos padres abusan de sus hijos pequeños en diferentes formas, aún antes de nacer.

"...Uno de cada cinco bebés actualmente en la unidad de neonatología del Centro Médico General de Broward (Miami) tiene problemas relacionados con la cocaína... Los investigadores creen que este placer (producido por el consumo de la cocaína) momentáneo para las mujeres embarazadas provoca que los bebés nazcan prematuramente y sufran daños neurológicos y pulmonares, y una mayor incidencia del síndrome de muerte súbita de niños..."

(En Miami Herald, 14/7/86, p. 4)

1. Young (citado por Kameen y Thompson, 1983), estudió 300 familias y descubrió que

en el 62% el abuso del alcohol era el principal problema familiar. Walonick (citado por Kameen y Thompson 1983), encontró que el 41% de los padres y el 10% de las madres que abusaban de sus niños empleaban el licor disfuncionalmente. Scott (citado por Kameen y Thompson, 1983) encontró que el 40% de las madres que abusaban de sus hijos tenían un problema de alcoholismo. Weisberg, Lamar y Marx (citados por Kameen y Thompson 1983), encontraron que el 50% de los padres y el 31% de las madres que abusaban de sus niños, eran fármacodependientes.

2. Con respecto al abuso sexual e incesto y el abuso de drogas, también hay relación positiva.

De 655 casos comprobados de incesto padre-hija entre 1975 y 1978 (Kameen y Thompson, 1983), se encontró que en el 27% de los casos había dependencia del alcohol y en un 4% adicional, dependencia de otras drogas. Recuérdese el punto 4 del listado anterior.

Wilson, Trommel y Green (citados por Kameen y Thompson, 1983) encontraron que el 100% de los padrastros implicados en casos de abuso sexual, estaban bajo la influencia del licor.

Estos mismos investigadores, con base en el análisis de 521 casos, proporcionan un perfil del perpetrador típico del maltrato o descuido del niño, cuyo conocimiento puede ser de gran utilidad cuando el orientador se enfrente a problemas como el que se analiza:

El perpetrador típico es la madre que:

- a) tiene bajos ingresos,
- b) si emplea drogas, usa el alcohol,
- c) descuida física y emocionalmente al hijo.

3. Los resultados de la investigación de Kameen y Thompson (1983) pueden ayudar a aclarar aún más, las características de las personas que abusan de los niños. Ellos denominaron tipo A a los perpetradores primarios de abuso y tipo B a los perpetradores secundarios:

- a) Las personas que abusan son a menudo los padres naturales y en primer lugar la madre.
- b) Sin importar el tamaño de la familia, tiende a haber únicamente una víctima (54.4% de los casos).

- c) Un alto porcentaje de las personas que maltrataban al niño tenían un bajo nivel educativo.
- d) Se encontraron diferencias significativas entre los que abusaban del niño, que eran fármacodependientes y los que no lo eran, con respecto al sexo, edad y estado civil.

—Entre los del tipo A, más hombres que mujeres eran fármacodependientes (40%). No hubo diferencias significativas en el tipo B.

—Los perpetradores primarios de abuso del niño (tipo A), fármacodependientes, diferían significativamente de los no fármacodependientes, con respecto a la edad. El mayor porcentaje de fármacodependientes en el tipo A, tenía 40 años y más. El 42,5% de quienes tenían entre 40 y 49 años también lo eran, lo mismo que aproximadamente el 40% de quienes abusaban del niño y tenían 50 años y más.

—Los perpetradores secundarios de abuso del niño (tipo B) tanto los fármacodependientes como los que no lo eran, diferían significativamente con base en la edad: el 41,9% de quienes tenían entre 30 y 39 años eran fármacodependientes y el 58,1% no lo eran. Entre 40 y 49 años, el 62% también lo era y el 37,9% no lo era. En la muestra completa, el porcentaje más grande de fármacodependientes se encontró entre 40 y 49 años (18,4%).

—Con respecto al estado civil de los perpetradores de abuso tipo A, los divorciados (35,9%) mostraron más tendencia a la fármacodependencia. No se encontró diferencias significativas en el tipo B.

—A pesar de que no fueron significativos, los resultados indicaron que los padres y padrinos tendían a ser fármacodependientes.

Como ya se indicó en el punto 14 acerca del papel de la familia en la fármacodependencia, los grupos de amigos pueden ser un factor importante tanto en el origen como en el mantenimiento de aquélla, en el adolescente.

Por esta razón, es importante destacar este aspecto.

PAPEL DEL GRUPO DE PARES:

La influencia del grupo de pares es muy importante en cualquier etapa de la vida, pero fundamentalmente en la adolescencia, por las necesidades que satisface.

En el campo de la fármacodependencia, tal influencia está suficientemente documentada, como

factor que induce al abuso de sustancias, pero no tanto como factor que puede ser capital en la prevención primaria de este fenómeno (Capuzzi y Le Coq, 1983, González, 1986, Monge, 1985, Pedigo, 1983, Spoth y Rosenthal, 1980).

El grupo de pares es un grupo informal cuyos miembros tienen una edad semejante. En los adolescentes tiene tal importancia en la dirección de su conducta que incluso les ordena su modo de hablar, su vestuario, sus diversiones, etc., con un grado de inflexibilidad que quien quebranta las normas establecidas por el grupo se expone al rechazo y hasta a la expulsión del grupo; sanciones que el joven no puede soportar pues éste le ofrece seguridad emocional, ya que satisface sus necesidades de aceptación, pertenencia y aprobación social. Tiene tal poder la presión del grupo de pares en la conducta del adolescente, que hay evidencia de que el apoyo y la instrucción de sus miembros es responsable de un alto porcentaje de la iniciación de aquél en el uso de la marihuana. De un 42,6% de jóvenes que informó estar usando la marihuana, el 52% lo hizo a sugerencia de un amigo y el 86% de un grupo que usaba múltiples drogas fue iniciado por amigos (Capuzzi y Le Coq, 1983).

Jessor y otros (citados Capuzzi y Le Coq, 1983) encontraron que la influencia de los pares en relación con la de los padres, era más predictiva del uso de drogas en los hombres y que el apoyo social obtenido por el consumo de drogas lo fue para las mujeres.

Una vez iniciados en el consumo de drogas, el apoyo de los pares influye en la decisión de los adolescentes de continuar su uso. Johnson (citado por Capuzzi y Le Coq, 1983) sostiene que los jóvenes que usan marihuana buscan a otros que también la usen y se separan de quienes no la consumen; de aquí la importancia de preparar a un grupo de jóvenes que no usan drogas, en técnicas de prevención primaria para que influyan en la no iniciación de sus pares en riesgo de farmacodependencia. A este tipo de prevención se hará referencia más adelante.

Además de la influencia de los pares es importante destacar, entre las múltiples causas de la farmacodependencia:

1. La curiosidad estimulada por los amigos o por la difusión indiscriminada de información acerca de las drogas.
2. La búsqueda de distracción
3. Como forma de manejar las presiones sociales y personales.

4. La creencia de que el uso de drogas proporciona placer.
5. El dolor psicológico y la incapacidad de enfrentarlo por otros medios.
6. La baja autoestima.
7. Bajo grado de control de impulsos y, en consecuencia, alto valor a la gratificación inmediata.
8. Falta general de éxito en el logro de metas importantes (aunque no todos los farmacodependientes son académicamente deficientes, por ejemplo).
9. Uso y abuso del alcohol y otras drogas por parte de los padres.
10. Como forma de manejar la ansiedad o la depresión.
11. El deseo de un estado alterado de conciencia.

Puede ser de ayuda para el orientador interesado en este tema, conocer los rasgos de personalidad y otras características que permiten identificar a las personas con alto riesgo de farmacodependencia. (Spoth y Rosenthal, 1980).

Estas personas muestran deficiencia en una, varias o en todas las siguientes áreas:

1. Identificación con modelos del "rol" (grupo de referencia y autoconcepto).
2. Identificación con los procesos familiares y responsabilidad por ellos.
3. Destrezas y actitudes necesarias para resolver problemas.
4. Destrezas intrapersonales (comunicación consigo mismo; autodisciplina, autocontrol, autoevaluación, etc.).
5. Destrezas interpersonales (comunicación con otros: cooperar, negociar, "empatizar", escuchar, compartir, etc.).
6. Habilidad para modificar la conducta de acuerdo con la situación y satisfacer sus necesidades constructivamente.
7. Destrezas de juicio (reconocer, comprender y aplicar relaciones).

Estas características se pueden usar para identificar poblaciones en alto riesgo y realizar con éstas programas preventivos, como los que se analizarán más adelante.

Capuzzi y Le Coq (1983), enuncian los rasgos de personalidad que pueden conformar un perfil de un farmacodependiente y cuyo conocimiento puede ser útil a los profesionales de ayuda, que,

tarde o temprano, se enfrentarán a esta situación:

1. El que abusa de sustancias tiene numerosas necesidades que él cree que satisface en algún grado con el consumo de drogas.
2. Es fuertemente agresivo, impulsivo, ansioso y depresivo.
3. Es muy independiente de sus padres pero no tanto de sus pares.
4. Menosprecia las reglas y la autoridad, hace lo que a él le parece y piensa primero en sí mismo.
5. Es un solitario pero teme a la soledad.
6. El fármacodependiente tiene un deseo anormal de ser favorablemente considerado.
7. Es sensible a la crítica, sobrevalora la masculinidad y es incapaz de mantener relaciones interpersonales adecuadas.

Es evidente que los rasgos anteriores se refieren específicamente a los hombres que abusan de sustancias. ¿Qué ocurre entonces con las mujeres en la misma situación?

LA FARMACODEPENDENCIA FEMENINA:

Kandel (citado por Capuzzi y Le Coq, 1983) encontró que los adolescentes varones, con mayor probabilidad que las mujeres, usan y abusan de todas las categorías de drogas lícitas e ilícitas. Casi el doble de adolescentes varones son bebedores problema y el doble usan diariamente marihuana, en comparación con las mujeres adolescentes que son bebedoras problemas o usan la marihuana cada día.

Este hecho puede ser resultado de la socialización del papel sexual y las expectativas culturales. Tradicionalmente, las niñas son protegidas por la familia, socializadas para internalizar las normas establecidas de la conducta femenina: pasividad, sumisión, conformismo y no son recompensadas por mostrar conductas características masculinas como afirmación y rebeldía.

Otra diferencia entre ambos sexos es que más mujeres que hombres tienen su primera experiencia con el alcohol en su familia. En los hogares donde los modelos familiares usan el alcohol responsablemente, es probable que las adolescentes aprendan la conducta de beber en la misma forma responsable. Asimismo, en los hogares donde hay un padre alcohólico, es probable que las adolescentes reaccionen al alcoholismo, especialmente del padre, tomando poco o absteniéndose.

Ciertos rasgos de personalidad diferencian a las bebedoras problema de las abstemias. Se ha encontrado que las bebedoras potencialmente problemáticas comparten algunas características de personalidad con su contraparte masculina: sensibles a la crítica, hostiles, impredecibles e impulsivas; con tendencias a la depresión y desconfianza. Beber en exceso puede ser una forma en que la mujer mitiga sus sentimientos de desaliento e inadecuación. Las mujeres que llegan a ser bebedoras problema, a menudo sufren una profunda pena y pueden estar sujetas a aislamiento social. A diferencia de los hombres, cuyo machismo aumenta por el uso y abuso del alcohol, el beber excesivo de las mujeres, está sujeto a la crítica social y la censura personal, por lo que es más probable que ellas escondan sus patrones de beber.

En los últimos 15 años (Lemay, 1980), han aparecido numerosos estudios que establecen las diferencias entre los alcohólicos de ambos sexos, quizá por el aumento progresivo en el número de mujeres que sufren esta enfermedad: de 900.000 alcohólicas en los Estados Unidos en 1975, se pasó a un millón dos años más tarde, aunque no está claro si este aumento es realmente tal o si es producto de que más mujeres estén identificándose como alcohólicas y buscando tratamiento.

El estudio de Lemay (1980) estableció las siguientes diferencias entre las mujeres y los hombres alcohólicos:

1. Las crisis del rol fueron el precipitante del alcoholismo femenino.
2. El divorcio, el aborto, la muerte de un hijo o cónyuge o una operación mayor (histerectomía o mastectomía) parecieron preceder el comienzo del alcoholismo en muchas mujeres.
3. Las mujeres tendían a permanecer con sus esposos alcohólicos, en tanto que los hombres tendían a abandonar o divorciarse de sus esposas alcohólicas.
4. Los hombres a menudo golpean a sus esposas alcohólicas en tanto que éstas casi nunca lo hacen con aquéllos.
5. La familia niega el alcoholismo de las mujeres y las protege más que lo que hace con los hombres alcohólicos. Esto impide que se les brinde tratamiento a aquéllas.
6. Se estigmatiza más a las alcohólicas que a los alcohólicos.
7. Las alcohólicas tienen baja autoestima y sentimientos de culpa y vergüenza, particular-

mente en relación con su rol y conducta sexuales cuando están bebiendo o después de que se les ha pasado la embriaguez.

8. Las mujeres son más propensas a tomar otras drogas, tales como valium o librium, junto con el alcohol.

MAGNITUD DEL FENOMENO DE LA FARMACODEPENDENCIA:

Las estadísticas del incremento acelerado de la farmacodependencia, son el indicador más fuerte de la necesidad urgente de crear programas de prevención primaria y de tratamiento más eficaces, para enfrentar este problema.

Ya se presentaron algunas estadísticas en la introducción de este artículo, y ahora se ampliarán para destacar más la magnitud del problema.

Archer y Lapata (1979), informan que según estadísticas de 1976, 34 millones de norteamericanos han fumado marihuana al menos una vez y 12 millones son dependientes de ella. El uso de ésta parece aumentar en todas las edades pero todavía se centra primordialmente en el grupo de 18 a 25 años de edad. El 53% de la población de este grupo declara su experiencia con la droga. Sorosiak, Thomas y Balet (citados por Archer y Lopata, 1979), encontraron que el 8% de los estudiantes de octavo año usaban la marihuana; este porcentaje aumentó al 42% en los estudiantes de duodécimo año en tanto que los adultos de más de 35 años no estaban incrementando significativamente el uso así como no había en ese año (1976) una diferencia significativa en la cantidad promedio fumada por persona. Aunque el uso de la marihuana estaba aumentando, el uso del alcohol y el tabaco lo sobrepasaban. Las personas de más edad prefieren el alcohol aunque en el estudio antes citado, el 29% de los estudiantes de octavo año y el 73% de los de duodécimo año informaron que bebían alcohol.

Spoth y Rosenthal (1980), al examinar el uso del alcohol entre 1950 y 1960 encontraron que entre el 2% y el 6% de los estudiantes de secundaria, consumían una bebida o más al mes, en promedio, y un 10% experimentó embriaguez a lo largo de sus años de secundaria. En 1974 este problema se ha agudizado: el 10% de los adolescentes intoxicados al menos una vez al mes antes de 1966, pasó al 19% entre 1966 y 1975. Un 13.7% de los adolescentes fueron clasificados como "bebedores moderados fuertes" y un 10.6% como "bebedores fuer-

tes". En 1977, más del 31% de los adolescentes entre 12 y 17 años eran "bebedores habituales".

En una forma más gráfica, Guydisch (1982), presenta los siguientes datos reportados en 1979: uno de cada once adultos norteamericanos sufre de un severo problema de farmacodependencia y entre los adolescentes, la proporción es de uno de cada seis; uno de cada doce choferes de carretera está demasiado embriagado para conducir; y uno de cada siete norteamericanos toma regularmente drogas psicotrópicas. Por otra parte, el 40% de todos los arrestos en los Estados Unidos de Norteamérica en 1965, fueron por embriaguez pública o por manejar bajo los efectos de drogas; más del 40% de todos los homicidios en Ohio en 1954 implicaron a un asesino que había estado bebiendo; cerca del 70% de las víctimas de homicidio en Baltimore en 1959, habían estado bebiendo cuando se suscitó el hecho. También existen relaciones entre el alcoholismo y el maltrato a menores, como ya se indicó; el alcoholismo y las muertes por accidentes de tránsito; y el alcoholismo y el suicidio. Este último aspecto será tratado en la segunda parte de este artículo.

Igual que el suicidio, la farmacodependencia afecta a cualquier grupo humano, sin distinción de sexo, edad, grupo étnico y región geográfica de residencia. Así lo corrobora Pedigo (1983) al informar que en los primeros cuatro meses de 1974, el número de casos de abuso de drogas por parte de la juventud indígena norteamericana aumentó casi en un 50% con respecto a los 6 meses anteriores. Informó también que los niños indígenas norteamericanos comenzaban a beber a los 9 años y que en Minnesota, 8,750 indígenas entre 11 y 18 años emplean drogas. El 84% de los varones y el 76% de las muchachas estudiantes de secundaria y pertenecientes a una tribu de las llanuras, afirman que bebían regularmente. Niños indígenas norteamericanos hasta de 6 años, emplean inhalantes tóxicos. Pedigo afirma que los adultos indígenas norteamericanos proporcionan, a niños y jóvenes, los modelos para el uso de drogas, tal y como se anotó al destacar las características de las familias de los farmacodependientes.

El "Miami Herald" (8/7/86), informa que en 1986 los estudiantes universitarios norteamericanos consumen menos drogas ilegales que antes de 1980, excepto la cocaína y el 30% la ha probado antes de graduarse. Este estudio reveló que 3 de cada 4 estudiantes universitarios no aprueban el consumo de cocaína pero aún así, el consumo es

mayor que el que pueda darse "en cualquier otra nación industrializada".

En Costa Rica, Monge (1985) informa que el 9% de los estudiantes de secundaria es afectado por la farmacodependencia. Aunque esta cifra no se obtuvo de una investigación sino de visitas que ha hecho la Asociación de Profesores de Segunda Enseñanza (APSE) a colegios de diferentes partes del país, es probable que la farmacodependencia se haya incrementado si, como indica el INSA (La Nación, 22/11/85), un 46% de los jóvenes costarricenses, a la edad de 15 años, ha ingerido bebidas alcohólicas; un 3,5% bebe en exceso, porcentaje que se incrementa al 8,6% a la edad de 20 años. Las investigaciones de este Instituto revelan que 8 de cada 100 adolescentes costarricenses, tienen problemas de este tipo.

Un estudio del INSA (La Nación, 22/11/85), realizado con alumnos de secundaria en un determinado cantón del país, evaluó la propensión al uso de drogas en una muestra de 811 jóvenes. Este estudio concluyó que el 6% de la población encuestada probó alguna droga y de ese porcentaje, el 60% lo hizo experimentalmente; el 25% ocasionalmente y el 15% habitual o intensivamente. El mayor porcentaje consume marihuana y el 25% utiliza "thinner" u otras sustancias.

En un estudio anterior a éste, el INSA concluyó que en Costa Rica había 100.000 personas que experimentaban el uso de drogas (marihuana, inhalantes y combinaciones con alcohol) y 65.000 asiduos a éstas.

Finalmente, en marzo de 1986 (La Nación, 8/3/86), se informó que el alcoholismo se duplicó en un período de 12 años, entre la población costarricense. En 1970 el INSA determinó que el 7% de la población era alcohólica y en 1982 el porcentaje se incrementó al 15% .

Estas cifras indican que la farmacodependencia no decrecerá, a pesar de los ingentes esfuerzos que realizan los países pues el dinero que pueden invertir para atacarlo, no aumentará en la cantidad requerida. En 1984, los Estados Unidos de Norteamérica dedicaron \$20,6 millones para ayudar a Bolivia, Colombia, Jamaica, México y Perú a controlar el problema. La suma resultó ínfima pues esos países siguen siendo los mayores productores de drogas (La Nación, 6/7/86).

Ante este panorama, una solución factible para frenar el aumento de la farmacodependencia, se encuentra en los programas de prevención primaria cuyo objetivo fundamental es evitar que los jóvenes que no consumen drogas lleguen a hacerlo. Es-

tos programas preventivos usualmente se ofrecen en escuelas y colegios pero también pueden ejecutarse en las comunidades con ayuda de profesionales interesados, las iglesias y los grupos de jóvenes existentes en aquéllas.

Los programas de prevención primaria capacitan a niños y jóvenes para que ellos mismos no se conviertan en farmacodependientes y para que utilicen la influencia que tienen sobre sus pares, ayudándolos para que tampoco abusen de sustancias.

Al preparar un programa de este tipo, debe evitarse caer en el error de saturarlo de información sobre drogas pues se ha comprobado que su suministro exagerado y sin posibilidad de discutirla con los niños y jóvenes, estimula su curiosidad y los impulsa a probar dichas drogas (Capuzzi y Le Coq, 1983; Kearney, 1979; Pedigo, 1983, Spoth y Rosenthal, 1980), antes que disuadirlos.

Debe evitarse que este programa se enmarque dentro de lo que algunos autores han denominado "tácticas intimidatorias o del pánico" (Capuzzi y Le Coq, 1983; Kearney, 1979). Un marco así utiliza el miedo para disuadir a niños y jóvenes del uso y abuso de drogas sin lograrlo; el resultado podría ser desconfianza, cinismo y mayor deseo por experimentar con drogas. Las películas que muestran la vida de los farmacodependientes y las consecuencias de su dependencia, con pocos elementos que ayuden a la prevención, o la utilización de exfarmacodependientes para que narren sus experiencias a grupos de niños y jóvenes, sin haber sido seleccionados por un profesional de ayuda, pueden causar sensación en la escuela, pero más perjuicios que beneficios.

Se presentarán a continuación varios programas preventivos que podrían llevarse a la práctica en escuelas y colegios o con grupos extraescolares, sin grandes inversiones en recursos humanos y materiales.

Un programa preventivo que siguió las recomendaciones anteriores, fue el diseñado y ejecutado por Abarca y Villalobos en 1985.

Este programa fue la respuesta a la preocupación del cura párroco de la Iglesia de San Juan de Tibás, presbítero Jorge Fuentes, respecto al incremento de la farmacodependencia entre niños y jóvenes de este cantón.

El programa, denominado "Formación de líderes para orientación entre iguales", se fundamentó en la importancia que tiene el grupo de pares para dirigir la conducta de niños y adolescentes. El objetivo general era preparar a un grupo de jóvenes no adictos, en técnicas de prevención primaria, pa-

ra que influyan en la no iniciación de sus iguales, en el uso de drogas.

El grupo, que al inicio fue de 25 jóvenes, con edades entre los 17 y 30 años, se reunía una vez por semana, los jueves de 6.30 p.m. a 9 p.m. en el Salón Parroquial, llevó a cabo el programa estructurado en 11 sesiones y concluyó con un total de 15 personas a quienes se les entregó un Certificado de asistencia y participación.

Congruente con la idea de que el exceso de información acerca de drogas, puede estimular más que prevenir su uso, este programa tuvo una sola sesión informativa, con la proyección de una película sobre los diferentes tipos de drogas y sus consecuencias físicas y psicológicas. La discusión de la película estuvo a cargo de un psicólogo, con amplia experiencia en el tratamiento de adictos.

Como el objetivo general del programa era la formación de líderes juveniles, los objetivos específicos de cada sesión, enfatizaron en ese aspecto, con excepción de la cuarta, que se dedicó a información, como se apreciará al leer dichos objetivos:

Primera sesión:

– Lograr el conocimiento y la integración de los miembros del grupo.

Segunda sesión:

– Analizar el concepto de grupo, tipos de grupos, tipos de liderazgo y los roles que desempeñan los diferentes miembros de un grupo.

Tercera sesión:

– Identificar el papel que cada miembro desempeña en el grupo (Administración del "Adivina Quién" y sociograma).

Cuarta sesión:

– Reconocer los diferentes tipos de drogas, sus consecuencias físicas y psicológicas, el papel de la información sobre drogas y de la familia y el grupo de iguales en el uso y abuso de éstas.

Quinta sesión:

– Conocer los fundamentos teóricos de la orientación entre iguales.

Sexta sesión:

– Conocer las técnicas de la entrevista de orientación.

Sétima, octava y novena sesiones:

– Aplicar las técnicas de la entrevista a la orienta-

ción entre iguales, con representación de situaciones familiares y sociales. (Reflejo de sentimientos y contenido, afirmación, etc.).

Décima sesión:

– Comentar artículos de periódicos acerca de la farmacodependencia.

Undécima sesión:

– Evaluar el programa.

Esta experiencia arrojó los siguientes resultados:

1. Como toda actividad novedosa, ésta atrajo gran cantidad de jóvenes al principio. La asistencia fue muy irregular a lo largo de las sesiones y se finalizó con 15 personas que tuvieron un máximo de tres ausencias durante todo el programa.
2. Los jóvenes con asistencia muy irregular, se comportan así, unos porque el programa no fue lo que ellos esperaban (deseaban capacitarse para dar tratamiento y no prevención, expectativa imposible de cumplir en un programa como éste); otros porque pertenecen a diferentes grupos comunales y parroquiales, además de ser estudiantes y estar empleados, y el tiempo no les alcanzaba para cumplir con todos sus compromisos.
3. Los jóvenes que asistieron regularmente fueron los más receptivos, con singulares cualidades para orientar a sus iguales y con grandes deseos de aprender. La formación adquirida les servirá para prevenir la farmacodependencia de sus pares.

El programa concluyó el 30 de enero de 1986, con una actividad social y con el firme propósito de que el grupo se reúna al menos una vez al año para darle seguimiento al programa. Para el mes de diciembre de 1986 se planea el primer reencuentro que incluirá actividades formativas y recreativas con un día de duración: entrenamiento en afirmación y relajación, estudio de este artículo y práctica de actividades recreativas: natación, fútbol, ping-pong y baile.

Kearney (1979), informa de un programa preventivo para niños desarrollados en Wisconsin, con la premisa de que el abuso de drogas es un problema de la gente, y quien tiene problemas de drogadicción es gente con problemas personales cuyo síntoma es el abuso de las drogas.

El programa es único porque se concentra en las razones por las que los niños abusan de las drogas más que en éstas. Se espera que si los estudiantes se sienten mejor con ellos mismos, conocen sus valores y se les enseña el proceso de toma de decisiones para solucionar problemas, disminuirán las probabilidades de abusar de drogas.

Aunque este programa es para niños de II a VI grados, muchas de las actividades se pueden adaptar para usarlas con niños de kindergarten y I grado.

Los objetivos del programa son:

1. Ayudar a los estudiantes a sentirse mejor con ellos mismos (aumentar su autoestima).
2. Proporcionar a los estudiantes las destrezas necesarias para solucionar problemas.
3. Estimular actitudes saludables hacia el uso correcto e incorrecto de las drogas.

Por lo que ya se anotó acerca de la información, este programa sólo brinda a los niños lo que es relevante para su edad. Por ejemplo, aprenden a discriminar lo que es peligroso comer y lo que no; aprenden a reconocer los rótulos de venenos y se les plantean situaciones hipotéticas como las siguientes, para que ellos mismos decidan lo que es adecuado:

1. Estás solo en tu casa. Ves un frasco de aspirinas para niños. Te comes algunas porque tienen buen sabor.
2. Te duele la cabeza. Tu mamá te da una aspirina para niños.

Con niños de IV grado se discute el uso y abuso de diversas drogas, ya sea que tengan o no prescripción médica. Se les lleva a comprender las posibles consecuencias del uso de drogas en forma diferente a la prescrita por el médico así como las consecuencias de experimentar con drogas ilícitas y se enfatiza que la decisión final de abusar de las drogas, la toma cada persona.

Un programa como éste puede ser desarrollado por el maestro para lo que se le proporcionan sugerencias, destacando la importancia de la comunicación abierta entre él y los estudiantes. Los maestros que desarrollarán el programa reciben la preparación necesaria antes de iniciarlo, y ayuda durante su ejecución.

Entre 1974 y 1975 se evaluó el programa con 1434 estudiantes de I a VI grados y se encontró que:

- mejoró los sentimientos de autoestima de los estudiantes;
- aumentó significativamente sus destrezas de toma de decisiones;
- aumentó significativamente su conocimiento real sobre drogas y
- mejoró sus actitudes hacia el uso correcto e incorrecto de drogas.

Hasta ese año —1979—, este era considerado como el único programa ejemplar de educación para la prevención en el uso de drogas, en todos los Estados Unidos de Norteamérica.

Spoth y Rosenthal (1980), antes de informar sobre un programa para la prevención del alcoholismo, hacen referencia a las características que debe poseer uno de buena calidad:

- Énfasis en la clarificación de valores y en la toma de responsables decisiones.
- Los programas cortos son menos eficaces que los que tienen una duración razonablemente amplia de intervención.
- No sobre enfatizar la información al punto de estimular la curiosidad de los jóvenes para experimentar con drogas.
- Desarrollar destrezas de liderazgo grupal para facilitadores.
- Incluir el esfuerzo coordinado de la escuela, la familia y la comunidad.
- Estar integrado a otros programas escolares, familiares, comunales, y no aislados.
- Incluir adiestramiento en relajación.
- Incluir tareas educativas, afectivas y cognoscitivas.
- Desarrollar habilidades para interactuar eficazmente con los padres.
- Incluir a las familias de los niños y jóvenes involucrados en el programa.

Este programa va dirigido especialmente a estudiantes en riesgo, pero puede beneficiar a otros que estén interesados, si el tiempo y los recursos lo permiten. Sus objetivos son:

1. Aumentar el conocimiento acerca del alcohol.
2. Influir en las actitudes hacia el consumo de alcohol.
3. Aumentar la habilidad para clarificar valores.
4. Mejorar la toma de decisiones y las destrezas de planeamiento.

5. Mejorar la habilidad para reducir la ansiedad y tensión.
6. Mejorar las habilidades para las relaciones interpersonales (comunicación y afirmación) y las relaciones tanto con los padres como con los iguales.
7. Mejorar las calificaciones y aumentar la asistencia a la escuela.
8. Promover un desarrollo del ego y un autoconcepto positivos.

Este programa consiste en una sesión semanal de tres horas durante 13 semanas.

El contenido de las sesiones es el siguiente:

1. Todo lo que usted siempre quiso saber sobre el alcohol, pero lo obtuvo de la fuente equivocada.
2. Clarificación de valores.
3. Destrezas para la toma de decisiones.
4. Planeamiento vital y vocacional.
5. Destrezas de comunicación.
6. Entrenamiento en afirmación ("asertividad").
7. Entrenamiento en relajación.
8. Respuesta a las presiones de los iguales (2 sesiones).
9. La relación con los padres (2 sesiones).
10. Conclusión (evaluación del programa).

Las actividades y los objetivos específicos debe planearlos el profesional que desea ejecutar un programa de este tipo, con base en su formación teórico-práctica y en su conocimiento de la metodología apropiada para trabajar con pequeños grupos en la situación de orientación.

Como ya se sabe, el abuso de drogas se ha extendido a las zonas rurales. Richmond y Peeples (1984) informan de un programa preventivo para escuelas secundarias rurales, iniciado en 1978, en 11 condados de un distrito norteamericano.

Antes de su inicio, el equipo del programa realizó las siguientes tareas para fundamentarlo:

1. Evaluación de necesidades.
2. Entrevistas con líderes religiosos y cívicos, educadores, miembros de asociaciones de padres, enfermeras en salud pública, personal de policía y editores de periódicos de la comunidad, para conocer cómo percibían el uso de drogas en ésta, identificar líderes, familiarizar a la población con los miembros del equipo y hacer conciencia sobre la filosofía y los objetivos del programa.

Esto se estructuró para desarrollarlo en 8 semanas, dirigido a niños de 11 a 13 años, con los siguientes objetivos:

1. Desarrollar un programa rural preventivo, de bajo costo, fácil de mantener y de emular.
2. Promover actividades con jóvenes en riesgo de uso de drogas.
3. Brindar una experiencia positiva y recreativa a los participantes.

Algunas de las actividades del programa fueron: campamentos, excursiones, ejercicios de clarificación de valores, toma de decisiones, y a solicitud de los participantes se incluyeron: trabajos en madera, mantenimiento de motocicletas y seguridad con armas de fuego.

Como se recordará, un programa eficaz debe incluir no sólo actividades cognoscitivas y educativas, sino también afectivas y actitudinales. Al incluir actividades recreativas y ocupacionales, este programa está contribuyendo a eliminar una posible causa de la farmacodependencia: el uso del tiempo libre, del que cada día disponen más los jóvenes y que no saben utilizar constructivamente, ya que la mayoría de las comunidades no tienen la infraestructura adecuada para que ellos aprovechen su tiempo libre.

Erickson y Newman (1984) informan del esfuerzo de un orientador preocupado por el creciente abuso de drogas entre los jóvenes de una pequeña comunidad de 6000 habitantes.

El orientador comenzó por recopilar información sobre los problemas escolares relacionados con el abuso de drogas y a relacionarse con el juez del condado y un periodista de un diario de la comunidad. El diario comenzó a publicar artículos sobre el abuso de drogas entre los adolescentes. Los periodistas entrevistaron a estudiantes, administradores escolares y orientadores y publicaron estas entrevistas, manteniendo el anonimato de los primeros y evitando el sensacionalismo. Los padres y la comunidad se alertaron ante la seriedad de un problema que antes negaban. Así se permitió al orientador desarrollar un programa de educación sobre drogas y alcohol en la escuela, para estudiantes de IX año. Después se desarrolló un currículum para estudiantes de kindergarten a VI año, enfocando en el desarrollo de un autoconcepto positivo.

Un año más tarde, se invitó a un orientador de un centro de tratamiento, de una ciudad vecina, con los objetivos de lograr que la comunidad en su totalidad aceptara la responsabilidad del problema

del abuso de drogas y de iniciar grupos de apoyo con los padres, como organización separada de la escuela.

Este programa es un ejemplo de lo que pueden hacer profesionales comprometidos con el problema de la farmacodependencia, para movilizar a una comunidad y establecer programas preventivos para jóvenes en riesgo y de tratamiento para los farmacodependientes.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO:

Ya se hizo referencia al tratamiento farmacológico más usual para la desintoxicación de alcohólicos y dependientes de otras drogas.

Se destacarán ahora los programas de tratamiento de farmacodependientes que involucran a sus familias pues como se recordará, éstas tienen un papel fundamental en este problema.

Haber (1983) aboga por la terapia familiar para el tratamiento del farmacodependiente. Esta terapia debe eliminar el "triángulo perverso": los padres deben renunciar al control del hijo y éste debe establecer su autonomía. Para lograrlo, se debe promover una clara comunicación, relaciones paterno-filiales consistentes y desarrollar actitudes y destrezas que conduzcan a la vida independiente. La meta de esta terapia es lograr que la familia sea una aliada en el proceso de tratamiento. La familia necesita aprender cómo sobrevivir sin que uno de sus miembros sea farmacodependiente; si no aprende esto, puede sabotear el proceso de tratamiento.

La importancia de la familia es destacada también por Spoth y Rosenthal (1980) quienes indican que el tratamiento y prevención del alcoholismo se deben realizar en el contexto familiar.

Se deben diseñar programas de orientación familiar o de educación de padres ya que los patrones de ingestión de alcohol, de éstos, influyen en el uso y abuso que sus hijos hacen de esta sustancia, como lo anotan Capuzzi y Le Coq (1983).

Una posición similar a la de Haber sustentan Bokus y Lipscomb (1984) al señalar que el éxito en el tratamiento está en función del éxito en romper con la dinámica de la familia. Recomiendan al personal de las clínicas que tratan a los farmacodependientes, no dejarse sorprender por los intentos de éstos, de transferir los papeles del triángulo perverso, de su familia, a los miembros de la clínica que le dan el tratamiento para perpetuar la dependencia que pretenden eliminar.

Específicamente referidas al tratamiento del alcohólico en sus diferentes etapas, en ésta, Peer, Lindsey y Newman (1982) señalan las siguientes recomendaciones:

—La primera etapa del alcoholismo no es esencialmente problemática. Se ingiere el licor para obtener efectos moderados: una ligera elevación del ánimo o relajación y rara vez o nunca hay intoxicación. La primera señal de advertencia de problemas potenciales aparece cuando el bebedor empieza a buscar y a experimentar consistentemente, la recompensa eufórica.

Este patrón de bebida es problemático únicamente si choca con los valores del individuo y debe examinarse sólo sobre esa base.

Los bebedores que se encuentran en la segunda etapa, se intoxican más frecuentemente y desarrollan una confianza inconsciente en el licor para sentirse bien. La persona bebe diariamente y niega el papel que el alcohol está jugando en su vida.

Para los bebedores en esta etapa, se recomienda la intervención racional: confrontación suave y exploración racional del proceso de bebida en relación con necesidades insatisfechas. El enfoque más adecuado para el orientador que ayuda a personas que se encuentran en esta etapa, es el racional emotivo de Ellis o el de Glasser, que enfatiza en eliminar la conducta irresponsable. Con este tipo de ayuda, estos bebedores son potencialmente capaces de regresar a patrones de bebida de la etapa 1 o a la abstinencia.

En la tercera etapa la dependencia del alcohol es aguda, con componentes psicológicos y fisiológicos a la vez. La persona experimenta inconformidad cuando está sobria y confía en el licor para escapar de ella; éste, ya no le proporciona la recompensa eufórica de la primera y segunda etapas. Los bebedores que se encuentran en la tercera etapa, se beneficiarán más con una confrontación concreta pero que les dé apoyo. Las intervenciones psicológicas más exitosas en esta etapa, las proporcionan grupos como alcohólicos anónimos.

La cuarta etapa representa el final del desarrollo progresivo del alcoholismo. La persona bebe incesantemente, pierde la conciencia, literalmente depende del alcohol para sobrevivir; el licor es su vida. Estas personas virtualmente están fuera de la realidad, con excepción de su conciencia de la necesidad urgente del licor para experimentar, aunque sea una módica estabilidad psicológica y física. En esta etapa no se puede esperar que la persona busque ayuda voluntariamente; la coerción física para institucionalizarla es todo lo que queda, a pe-

sar de lo desagradable que esto es para los profesionales de ayuda.

El alcohólico, como el que abusa de otras drogas, puede ser visto como un suicida en potencia. Su autoestima es tan baja, que no le importa dañar progresivamente su cuerpo, a sabiendas que eso lo conduce a acelerar su muerte. Con su conducta, igual que el suicida potencial, el fármacodependiente está lanzando un grito de ayuda. No es un vicioso, es un enfermo que clama para que se le ayude a vencer su enfermedad. Debe tratarse; pero es igual de urgente impedir que las personas en riesgo lleguen a grados de intoxicación en que se hace muy difícil recuperar la sobriedad y con ella, la salud física y psicológica.

Se analizará seguidamente el fenómeno del suicidio, sin pretender establecer una relación de causa y efecto, entre éste y la farmacodependencia, como ya se indicó, a pesar de que varios autores afirman que ésta puede inducir al suicidio: Fujimura, Weis y Cochran (1985), Weer (1985), Ray y Johnson (1983), Rosenthal y Reynolds (1978), Motto (1978) y Lee (1978).

CONCEPTOS:

La Organización Mundial de la Salud (Fujimura y otros, 1985) define un acto suicida como la autoimposición de lesión con diversos grados de daño y conciencia del motivo; el suicidio es un acto suicida con resultado fatal y el intento de suicidio es el acto sin resultado fatal.

Así como diversas religiones condenan el homicidio, disponer de la propia vida se considera interferir con el plan divino. La excepción más notoria a esta violación religiosa, la constituyeron los antiguos egipcios para quienes el suicidio era un medio más para pasar de un estado de existencia a otro.

En la actualidad, muchas familias se esfuerzan por ocultar el suicidio de uno de sus miembros ya que éste, como se señaló, es estigmatizante y acarrea sentimientos de vergüenza, culpa y gran confusión. Esta es la razón por la cual las estadísticas sobre suicidios, aunque son útiles, son engañosas. Lee, (1979) y Ray y Johnson (1983) consideran que los números reales son de tres a cinco veces más altos que los que se publican.

A pesar de esto, más adelante se presentarán algunos datos que pueden servir de guía para conocer la magnitud de este fenómeno.

¿QUIEN ES UN SUICIDA POTENCIAL?:

Como se destacó en la introducción, el suicidio no es típico de un determinado sexo, grupo de edad, grupo étnico o clase social. Así como señala Motto (1978), cualquier persona que haya sido golpeada lo suficientemente duro, puede ser un suicida potencial.

Sin embargo, hay ciertas claves que permiten identificar a una persona en riesgo de suicidio. El conocimiento de dichas claves, ayudará al orientador interesado en prevenir el suicidio.

—La depresión:

Aunque ésta es una de las experiencias humanas más extendidas, diversos autores coinciden en considerar la depresión como el síndrome predominante en los suicidas potenciales (Fujimura y otros, 1985; Ray y Johnson, 1983; Morgan, 1981; Motto, 1978 y Lee, 1978).

La ansiedad, agitación, recelo y un fuerte sentimiento de falta de valor, son los componentes de un estado depresivo que podría conducir al suicidio.

Aunque la información sobre la depresión en la niñez y la adolescencia no es tan abundante como la que trata la depresión del adulto, French y Stewart (citados por Lee, 1978) encontraron que la depresión en los niños es una manifestación de relaciones interpersonales perturbadas que los lleva a la desesperanza y al aislamiento.

Con respecto al adolescente, es importante destacar que éste oculta la depresión, y cuando aflora, los adultos muchas veces la malinterpretan como una fase de la adolescencia.

Por su parte, Rosenblatt (citado por Ray y Johnson, 1983) considera que la depresión de los jóvenes tiene los mismos síntomas que en los adultos: desesperanza, aflicción, baja autoestima, cambios abruptos de conducta, trastornos en el sueño, fatiga, pérdida de energía y del apetito o aumento de éste. En los adolescentes, la depresión incluye conducta delictiva, promiscuidad sexual y abuso de drogas.

Motto (1978) incluye entre los síntomas de la depresión: accesos de llanto, auto crítica, indiferencia, apatía, sentimientos de culpa, de impotencia, de fracaso y de ser una carga para los demás, aislamiento e indecisión.

La depresión puede originarse en múltiples situaciones: fracaso escolar o en el trabajo; diversos tipos de pérdida: del empleo, de la persona amada,

de animales o cosas significativas, de "status", de órganos del cuerpo, etc., (Abarca, 1981), o bien puede originarse en problemas orgánicos como desequilibrio bioquímicos en el cerebro. Debe destacarse que esta disfunción orgánica como precipitante del suicidio no está clara todavía. (Motto, 1978).

—Claves verbales:

Es falso que las personas que piensan suicidarse no lo manifiestan: Lo pueden hacer claramente con expresiones como: "Quisiera morirme!", "Ya no te molestaré más", "Nadie tendrá que preocuparse más por mí", "¡A nadie le importa si vivo o si muero!"; o indirectamente con una expresión como ésta: "¿Por qué hay tanta infelicidad en esta vida?".

—Claves conductuales:

Morgan (1981) y Ray y Johnson (1983) coinciden en que la principal clave conductual es un intento real de suicidio. Todo intento de suicidio debe ser tomado en serio pues aunque algunas personas hacen intentos no letales para llamar la atención, estos intentos deben considerarse "gritos de ayuda" de un ser humano agobiado que, si se ignoran, el siguiente acto puede ser letal.

Otras claves conductuales que deben atenderse son: hacer o revisar el testamento; poner en orden los asuntos personales; donar el cuerpo o partes de éste a la ciencia; desprenderse de posesiones sentimentalmente valiosas.

También son indicios conductuales importantes: accesos de mal humor o aislamiento, en los casos en que éstos no eran patrones de conducta; incapacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones, sentimientos excesivos de culpa. (Lee, 1978; Ray y Johnson, 1983).

—Claves situacionales:

Una pelea familiar, una quiebra financiera y cualquier tipo de pérdida a las que ya se hizo referencia, son indicadores de riesgo de suicidio en un ser humano cuyos rasgos de personalidad no le permiten enfrentar esas situaciones de la vida con respuestas constructivas.

—Claves de síndrome:

El síndrome más común del riesgo de suicidio es la depresión, con todos los componentes a que ya se hizo referencia.

Los padres y los educadores deben prepararse para estar alerta y percibir estos signos que, aunque no exclusivos de las personas en riesgo de suicidio, son fundamentales para prevenirlos, prestando la ayuda requerida en el momento oportuno.

Así como algunas personas pueden considerar que un joven que muestre pocas o muchas de las conductas descritas, lo hace para "llamar la atención", la gente sustenta ideas erróneas y mitos acerca del suicidio y el suicida potencial, que es necesario que conozca el profesional de ayuda interesado en este tema, para que colabore en deterrarlos.

MITOS SOBRE EL SUICIDIO:

1. "Las personas que hablan de suicidarse nunca lo hacen".

Según Motto (1978), alrededor del 80% de los suicidas da aviso de su intento, incluso verbalmente. Esta cifra baja a 60% según Hyde y Forsyth (citados por Ray y Johnson, 1983). Como se ve, la creencia es errónea; el alto porcentaje de suicidas que informaron de su intención lo comprueba.

Según Giovacchini (citado por Ray y Johnson, 1983), la razón por la cual los jóvenes perturbados hablan sobre el suicidio es porque están esperando ansiosamente que alguien maduro, preocupado, intervenga antes de que sea demasiado tarde.

2. "El suicida en potencia está completamente decidido a morir".

La mayoría de los suicidas potenciales son intensamente ambivalentes acerca de la búsqueda de la muerte o la vida y "juegan con la idea de la muerte", dejando que otros los salven. Casi nadie se suicida sin permitir que otros sepan cómo se siente y le ayude a detener su intento.

3. "El suicida en potencia lo será para siempre".

Esta idea es errónea. Se ha comprobado que la mayoría de los estados suicidas están definitivamente limitados a un período de tiempo.

4. La mejoría después de una crisis de suicidio significa que el riesgo termina”.

Se ha comprobado que la mayoría de los suicidios ocurre en los tres meses siguientes al comienzo de la mejoría en el cuadro clínico pues es cuando la gente tiene la energía suficiente para poner en práctica sus pensamientos y sentimientos suicidas.

5. “Todas las personas suicidas están mentalmente enfermas; el suicidio es siempre el acto de una persona psicótica”.

Estudios de cientos de suicidios reales indican que a pesar de que el suicida potencial es extremadamente infeliz, no es necesariamente enfermo mental.

6. “El suicidio es hereditario”.

El suicidio no tiene determinantes genéticos específicos. Sin embargo, un suicidio en la familia o la conducta suicida de uno de sus miembros, pueden aumentar la probabilidad de que los hijos lleguen a ser suicidas.

Por otra parte, como los jóvenes ven a los padres como modelo, puede ser que escojan ser como ellos, con respecto a terminar con sus vidas, si sus padres lo hicieron. La conducta autodestructiva llega a ser un modelo de aprendizaje para el adolescente que busca formas para manejar los problemas. Según Clark y Glaser (citados por Ray y Johnson, 1983), el suicidio de un padre puede también evocar sentimientos de culpa en el joven que más tarde se siente condenado o predestinado a acabar con su vida como lo hizo su padre.

7. “El suicidio es más común entre los ricos (o entre los pobres)”.

Como ya se indicó, el suicidio se presenta en la misma proporción en todos los grupos socioeconómicos, étnicos, de edad y en ambos sexos.

MAGNITUD DEL FENOMENO DEL SUICIDIO:

Como se señaló en la introducción, cada vez más personas atentan contra su vida y cada vez a edades más tempranas. Los datos ya presentados se ampliarán con el fin de destacar más la magnitud de este problema y justificar así, la necesidad ur-

gente de que el orientador ejecute programas preventivos.

Motto (1978) afirma que en la década de los 60 hubo un marcado incremento en los índices de suicidio de jóvenes, mujeres y personas de las minorías. Considera que la vulnerabilidad de los jóvenes es un fenómeno mundial aunque todavía una gran cantidad de suicidios ocurren en la edad mediana. Sólo los ancianos tienen un índice descendente de suicidios, debido quizás a la existencia de mayores servicios de salud y seguridad para ellos.

Una opinión semejante sustenta Lee (1978), quien indica que muere más gente joven por suicidio que por enfermedades del corazón y cáncer combinadas. Afirma que más de 35.000 adolescentes norteamericanos se suicidaron en 1977 y en Texas ocurrió un suicidio cada 43 horas, nueve minutos y nueve segundos. De las 203 personas que atentaron contra sus vidas, más del 20% tenían entre 10 y 24 años; tres tenían entre 10 y 14 años; nueve entre 15 y 19 años y treinta y dos entre 20 y 24 años. Informa que ocurrieron 755 en Nueva York en 1976, 76 más que en el año anterior. De los 755, 290 eran jóvenes entre los 15 y 24 años, 40 más que en 1975 y de los 290, 4 tenían menos de 15 años.

Dizman y otros (citados por Lee, 1978), coinciden con Motto respecto al aumento de la tasa de suicidios en los grupos minoritarios. En un estudio hecho entre los indios shoshonee en un período de siete años (1961-68) encontraron que la proporción fue de 98 por cada 100.000 habitantes y más de la mitad tenían menos de 25 años. Por su parte Klagsbrun (citada por Lee, 1978), indica la tasa de 63 por cada 100.000 para los blancos y 80 por cada 100.000 para jóvenes no blancos con edades entre los 15 y 24 años durante el mismo período de 7 años.

Por su parte, Allen (citado por Lee, 1978), informa que en California, la tasa más alta de suicidios la tenían los negros de ambos sexos, con edades entre 20 y 24 años en 1974. En cambio, en 1970, la tasa de suicidios de hombres negros del mismo grupo de edad fue de 33,9 por cada 100.000, prácticamente la misma que para los hombres blancos que fue de 34,1 por cada 100.000. La situación para las mujeres en 1970 fue diferente: 30,2 mujeres negras entre 20 y 24 años se suicidaron en comparación con 13,6 mujeres blancas por cada 100.000.

Fujimura y otros (1985) afirman que aunque más mujeres que hombres intentan suicidarse, más hombres lo logran. Esto se debe, según Smith (ci-

tado por Lee, 1978), a la actitud menos tolerante de la sociedad hacia la expresión emocional y el fracaso entre los hombres y a la tensión a la que éstos se enfrentan por competir académica y profesionalmente.

Aunque la tasa de suicidios de las mujeres entre 15 y 30 años siempre es menor que la de los hombres, ha aumentado más del 600 por ciento desde 1963. Lee (1978) anota las siguientes cifras: en 1960 se suicidaron 21,9 hombres y 10 mujeres por cada 100.000 habitantes en California; a partir de 1963 el índice para las mujeres aumentó un 45%. En 1970 la proporción fue de 23,4 hombres y 14,2 mujeres por cada 100.000. Una posible explicación de este aumento en la tasa de suicidios para el grupo femenino la da Allen (citada por Lee, 1978), quien considera que el acceso de la mujer a posiciones ocupacionales antes limitadas a los hombres, la exponen a las mismas tensiones y frustraciones que éstos siempre enfrentaron.

Ray y Johnson (1983) coinciden con Fujimura y otros (1985), con respecto al dramático aumento del suicidio entre los jóvenes norteamericanos: en 1957 el índice fue de 4 por cada 100.000; de 10,9 por cada 100.000 en 1974 y de 12,2 por cada 100.000 en 1975, lo que representa un aumento del 300%.

Se presentan a continuación varios cuadros con las cifras de suicidio en Costa Rica, de 1981 a 1984, elaborados con la información proporcionada por la Sección de Estadísticas del Organismo de Investigación Judicial.

CUADRO No. 1
Suicidios por provincia entre 1981 y 1984

Año Prov.	1981	1982	1983	1984	Totales
San José	26	33	43	33	135
Alajuela	4	13	20	15	52
Cartago	6	5	11	7	29
Heredia	4	8	5	12	29
Guanacaste	11	6	7	6	30
Puntarenas	7	4	9	6	26
Limón	5	6	2	7	20
Ignorado	—	3	2	5	10
TOTALES	63	78	99	91	331

Del cuadro No.2 es importante destacar que entre 1981 y 1982 hubo un incremento de 15 casos lo que equivale a 23,81%; entre 1982 y 1983, el incremento fue de 21 casos o sea 26,9% y entre 1983 y 1984 hubo un descenso de 8 casos o sea que hubo un incremento negativo de 8,08%.

Los resultados del cuadro No.3 son congruentes con los encontrados en la literatura norteamericana consultada, a saber: que más hombres que mujeres se suicidan; que la gente se suicida más joven cada vez, y que el suicidio entre las personas de más de 60 años es poco frecuente.

La dificultad para conocer si estos resultados son congruentes con lo que informa la literatura norteamericana consultada, a saber, que los solteros tienden a suicidarse más que los casados en una proporción de dos a uno (Fujimura y otros, 1985), radica en el alto número de suicidas cuyo estado civil se ignora. En Costa Rica, en cifras absolutas, los suicidas solteros superan a los casados en 1983 y 1984, aunque no en la proporción mencionada.

Del cuadro No. 5 es importante destacar que el O.I.J. anota en sexto lugar la "depresión" como posible causa de suicidio, en tanto que la literatura profesional indica que aquélla es el rasgo predominante en la personalidad suicida. Esto puede explicarse por una incapacidad de la familia, al ser interrogada por las autoridades, para definir el cuadro que presentaba la persona antes de suicidarse.

Por otra parte, al aparecer el alcoholismo y otras drogas como tercera causa en importancia, del suicidio, se corrobora lo que muchos autores señalan con respecto al abuso de diversas sustancias, como precipitante del suicidio.

Toda esta información da el suficiente fundamento para plantear la importancia de programas preventivos del suicidio y de tratamiento de aquéllos que lo han intentado sin lograrlo.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

Bernhardt y Praeger (1985), informan de un programa preventivo del suicidio para niños de escuela primaria, utilizando funciones de títeres.

Estos autores justifican la importancia de este programa, ya que el suicidio ocupa el octavo lugar como causa de defunción entre niños de 5 a 14 años, en los Estados Unidos de Norteamérica.

El programa es de educación sobre la muerte ya que se cree que un factor que contribuye al suicidio infantil, es un concepto erróneo de la muerte,

CUADRO No. 2

Suicidios según sexo y edad
en todo el país entre 1981-1984

Tot.	1981			1982			1983			1984		
	Tot.	Masc.	Fem.									
Totales	63	50	13	78	63	15	99	83	16	91	77	14
Menos de 15 años	1	—	1	—	—	—	2	1	1	2	2	—
15-20 años	9	4	5	6	3	3	8	4	4	5	5	—
21-25 años	8	6	2	11	9	2	13	11	2	16	13	3
26-30 años	9	6	3	11	10	1	12	11	1	19	15	4
31-35 años	9	8	1	6	3	3	17	15	2	7	6	1
36-40 años	4	4	—	10	9	1	8	6	2	6	5	1
41-45 años	5	5	—	9	8	1	4	4	—	2	1	1
46-50 años	3	2	1	4	3	1	6	6	—	7	5	2
51-55 años	3	3	—	6	6	—	1	1	—	6	5	1
56-60 años	5	5	—	3	3	—	5	3	2	5	5	—
61-65 años	1	1	—	1	1	—	3	3	—	3	3	—
66-70 años	2	2	—	3	2	1	2	2	—	2	2	—
Más de 70 años	1	1	—	4	3	1	7	6	1	5	4	1
Ignorada	3	3	—	4	3	1	11	10	1	6	6	—

CUADRO No. 3

Suicidio según Estado Civil en todo
el país entre 1981-1984

Estado Civil	1981	1982	1983	1984
Soltero	21	25	44	34
Casado	32	27	38	30
Divorciado	1	3	—	—
Viudo	2	—	1	3
Unión Libre	4	—	2	7
Ignorado	3	23	14	17
Total	63	78	99	91

quizás influido por las fábulas que ven en la televisión. En muchas de ellas, los personajes mueren en un programa y se presentan sanos y salvos en el siguiente; en otras, los personajes son maltratados lo suficiente como para morir pero siguen en pie dando la idea de que son indestructibles. De esta manera, los niños pueden llegar a creer que ellos no morirán nunca o que la muerte es un estado temporal del que pueden regresar.

Con estos conceptos, puede ocurrir que en una pelea familiar, los niños amenacen con matarse. Esta es un arma muy poderosa, pues ellos saben que son importantes para sus padres y familiares y la usan para detener la disputa o para mantener sin ejecución la promesa de algún tipo de castigo. Sin embargo, algunos niños se suicidan.

Lógicamente, el desarrollo cognoscitivo del niño, limita su comprensión de la muerte. Sin embar-

CUADRO No. 4
Método empleado por el suicida por año

Método	1981	1982	1983	1984	Totales
Arma de Fuego	32	25	30	23	110
Suspensión (ahorcamiento)	14	27	21	28	90
Envenenamiento	14	16	26	30	86
Precipitación	2	5	10	3	20
Arma Blanca	1	1	3	4	9
Asfixia por sumersión	—	1	2	3	6
Lanzamiento (a carro o tren)	—	2	1	—	3
Asfixia por sofocación	—	1	1	—	2
Quemadura	—	—	1	—	1
Ignorado	—	—	4	—	4
TOTALES	63	78	99	91	331

CUADRO No. 5
Posibles causas del suicidio por año

Posibles causas	1981	1982	1983	1984	Totales
Problemas mentales	5	20	20	25	70
Problemas pasionales	17	8	11	13	49
Alcoholismo y otras drogas	14	11	9	14	48
Problemas de salud	7	8	5	8	28
Problemas familiares	5	2	11	7	25
Depresión	4	6	2	2	14
Problemas con la justicia	2	6	3	2	13
Problemas Económicos	2	1	3	3	9
Nervios	—	—	4	—	4
Mál de patria	—	2	—	1	3
Problemas emocionales	—	2	—	—	2
Problemas sexuales	—	1	1	—	2
Soledad	—	—	1	—	—
Embarazo	1	—	—	—	1
Ignoradas	6	11	29	15	61
TOTALES	63	78	99	91	331

go, la muerte de padres y otros familiares, puede proporcionar esa comprensión a una edad más temprana.

Existe resistencia en los educadores y orientadores para ofrecer educación sobre la muerte, (Abarca, 1981) y pocos programas adecuados para brindarla. El que se describe a continuación puede ser de gran utilidad.

Como se sabe, entre los 5 y 12 años, los niños aprenden mejor utilizando todo tipo de material concreto. Este programa utiliza títeres que son muy útiles para comunicar ideas y sentimientos a los niños, además de que logran mantener su atención. El programa incluye:

- información sobre la muerte;
- manejo de conversaciones con los niños sobre este tema;
- ejercicios para realizar en el aula;
- respuestas a las preguntas que los niños hacen más frecuentemente;
- lista de materiales audiovisuales y libros para niños y adultos sobre la muerte.

El equipo de títeres contiene una descripción de la naturaleza del programa, proporciona 10 guiones para las funciones de títeres; describe cómo hacer títeres, cómo montar un escenario y dirigir una función y cómo lograr que los títeres interactúen con los niños. Cada función tarda entre 2 y 3 minutos, seguida de 5 a 10 minutos para preguntas y reacciones de los niños.

Los guiones presentan temas generales alrededor de los conceptos de vida y muerte y los sentimientos de los niños en relación con estos conceptos; por ejemplo, la muerte de una mascota; la pérdida de amigos por traslado de residencia o muerte.

No hay información concreta de que los niños expuestos al programa tengan un concepto más claro de la muerte que los niños no expuestos. Sin embargo, se sabe de niños que explican la muerte a sus hermanos, que no han sido expuestos al programa. Los niños hablan sin inhibiciones sobre el tema de la muerte y parecen disfrutar de la presentación, a pesar de la seriedad del tema y hasta la fecha, no se ha recibido queja alguna sobre las presentaciones.

Los maestros encuentran el programa práctico y efectivo para trabajar con niños y jóvenes en un área que muchos adultos consideran difícil de enfrentar, discutir y comprender.

PAPEL DEL ORIENTADOR EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:

Antes de presentar las acciones que el orientador u otro profesional de ayuda puede programar y ejecutar para prevenir el suicidio, es conveniente hacer referencia al dilema ético que se le puede presentar a este respecto. Un principio fundamental en la formación del orientador es el respeto a la dignidad de la persona. Esto por supuesto incluye el respeto a la libertad del individuo a tomar sus propias decisiones, aunque sean erradas, a juicio del orientador. El papel de éste, es, en esta situación específica, enseñarle a tomar acertadas decisiones, en cualquier aspecto de la vida. ¿Tiene entonces derecho el orientador a realizar acciones que interfieran con la decisión de las personas de quitarse la vida?

Así como los médicos no pueden, ni legal ni éticamente, ayudar a sus pacientes desahuciados, a "morir con dignidad", los principios éticos del orientador lo obligan a constituirse en "defensor de la vida". Aunque personalmente crea que un ser humano tiene derecho a quitarse la vida y que debe respetar su decisión, no debe comunicarlo jamás a un suicida potencial. Hacerlo, no solo viola la ética profesional sino que muestra su desconocimiento de la enorme ambivalencia entre la vida y la muerte, característica de los suicidas potenciales. Esta ambivalencia debe ser aprovechada para mostrarles que hay alguien que se preocupa por ellos y les ayudará a aprender cómo enfrentar constructivamente los problemas de la vida.

Con base en estas consideraciones éticas, se ofrecen las siguientes sugerencias para el orientador y los profesores interesados en la prevención del suicidio:

1. Como los profesores tienen más contacto con los estudiantes que el orientador, éste puede prepararlos para apreciar cambios de conducta en niños y jóvenes que, como la depresión, son síntomas de otros problemas. Esta preparación puede incluir el cultivo de actitudes de tolerancia y apertura que alienen a los estudiantes a discutir sus problemas y sentimientos.
2. El orientador puede realizar talleres con los profesores y los padres para prepararlos en la importancia de crear y mantener un saludable clima psicológico en el aula y el hogar, así como estudiar la relación entre la salud

mental y física y su influencia en el aprendizaje.

3. Motto (1978) coincide con Lee (1978) en que la medida preventiva fundamental es escuchar. Saber escuchar es una destreza clave en la formación del orientador ya que, particularmente el adolescente, lo que busca es una persona en quien pueda confiar, con quien establecer una relación personal significativa, sincera, realmente interesada, preocupada, cálida, natural, honesta, que no lo critique, que esté disponible y que sea empática. Estas características, más una comprensión de los problemas evolutivos del adolescente, son más importantes para la labor preventiva que un gran conocimiento en suicidio.

Hasta aquí, estas sugerencias son útiles para realizar prevención primaria: evitar que se presenten problemas. Las siguientes son útiles cuando el orientador tiende estudiantes que han hecho algún intento de suicidio y su esfuerzo va dirigido a eliminar la probabilidad de un nuevo intento, esto es, prevención secundaria.

1. A pesar de que se reconoce que en su ejercicio profesional el orientador tiene derecho de escoger el enfoque teórico que mejor se adapte al problema particular que atiende en un determinado momento, a las circunstancias del orientado y a sus propios rasgos de personalidad, Motto (1978) y Morgan (1981) están de acuerdo en que los enfoques directivos son más adecuados que los no directivos en el tratamiento de personas que han atentado contra sus vidas. El enfoque racional emotivo de Albert Ellis es recomendable, ya que ayuda al orientado a cambiar sus ideas irracionales por otras racionales.
2. Una vez definido el enfoque teórico, el orientador debe estar dispuesto a comprometerse con el orientado. Este compromiso implica que el orientador asume inicialmente un rol autoritario, casi como un padre firme pero afectuoso. Esto debe hacerse así ya que muchas personas con tendencia al suicidio son muy dependientes y cuando inician una crisis, necesitan que el orientador los dirija y maneje la situación hasta que ellos puedan reasumir la responsabilidad por sí mismos. El orientador necesita tener entonces una alta tolerancia para los conflictos dependencia-independencia de su orientado, que pueden

incluir actitudes negativas hacia las figuras paternas. El orientado puede volcar esas actitudes en el orientador al punto de hacerle la vida imposible. Por eso Meeks (citado por Motto, 1978) recomienda que los terapeutas emocionalmente vulnerables, no atiendan este tipo de casos.

3. El orientador debe hacerle saber al orientado que estará tan disponible para él como le sea posible, con el fin de que reciba el apoyo en el momento en que surja la crisis. Para esto le suministrará los números telefónicos donde puede localizarlo.

Rosenblatt (citado por Rey y Johnson, 1983) informa que en los Estados Unidos de Norteamérica hay cerca de 200 centros para la prevención del suicidio que tienen personal establecido durante todo el día, los 7 días de la semana, para atender la crisis por teléfono. Si se trata de un suicidio inminente, se localiza a la persona y se le da apoyo por teléfono mientras llega la ayuda. Si esto no es posible, se ayuda a la persona a pasar la crisis hasta que pueda conseguir la atención personal requerida.

La ventaja de estos centros es que se mantiene el anonimato, tanto del que pide la ayuda como del orientador. Esto puede ayudarle a aquél a sentirse más libre para comunicar sus ideas y sentimientos a un extraño y elimina un período de espera por el orientador particular, que puede ser muy largo y, en consecuencia, decisivo en la vida de la persona en riesgo de suicidio.

El orientado y su familia deben saber que pueden llamar al orientador particular, en el momento en que aquél se sienta incapaz de manejar la situación. Mayer (citado por Motto, 1978) enfatiza que es necesario decirle al orientado cuándo es más probable que el orientador esté disponible; cuándo va a estar lejos más de un día e inclusive cómo localizarlo en vacaciones. Esto puede acarrear abusos por parte del orientado pero hasta que no se establezca una firme relación, es mejor permitir la manipulación (Motto, 1978).

4. Debido a que las personas en riesgo de suicidio tienen una baja autoestima, el orientador debe ayudarlos a mejorar su autoconcepto. En esta tarea pueden colaborar diferentes grupos con los que el suicida potencial tiene contacto: familia, amigos, sacerdotes, etc.,

- pueden convertirse en grupos de apoyo.
5. Ya que las relaciones familiares están directamente relacionadas con las causas del suicidio de adolescentes, es importante que el orientador organice algún tipo de programa para los padres y otros familiares del suicida potencial. Un aspecto en el que la familia puede ayudar es tomar las previsiones necesarias para asegurar que aquél no esté solo durante y después de las crisis.
 6. Como el suicidio es una reacción a las tensiones de la vida, que las personas en riesgo de suicidio no pueden manejar constructivamente, cualquier medio para reducir la tensión es útil. El orientador puede enseñarles algunos como la relajación y la meditación o sugerirles la práctica de alguna forma de ejercicio físico como caminar o nadar.
 7. Superada una crisis, el orientador debe mantener la relación con el orientado pues no debe olvidarse que los intentos de suicidio ocurren en el período de los tres meses siguientes a la mejoría. Esto es así porque es durante este período que la persona tiene la fuerza suficiente para suicidarse, en tanto que antes no tenía energía para nada.
 8. Finalmente, el orientador debe saber cómo, cuándo y dónde referir a aquéllos orientados cuya situación requiere la intervención de otro especialista.

CONCLUSION

En este artículo se analizaron los fenómenos de la farmacodependencia y el suicidio conjuntamente, no con el fin de establecer una relación de causa y efecto entre ambos, a pesar de que muchos autores consultados indican que una cantidad considerable de suicidios se cometen bajo el efecto del alcohol y otras drogas. Se analizaron conjuntamente porque, como quedó demostrado, ambos fenómenos van en aumento acelerado en el mundo; y nuestro país no es una excepción, destruyendo no solo a los protagonistas de esos problemas sino a sus familias, seres humanos que son el ser y el quehacer de la Orientación.

Se destacó el papel de la familia, tanto por ser un factor causal de ambos problemas, como por sus posibilidades terapéuticas y preventivas de la farmacodependencia y el suicidio de uno o varios de sus miembros.

Se presentó un análisis cuantitativo del avance de la farmacodependencia y el suicidio en el mun-

do y en Costa Rica, para fundamentar la importancia de que el orientador planee y ejecute programas de prevención primaria y secundaria para ayudar tanto a niños y jóvenes con bajo y alto riesgo de suicidio y farmacodependencia.

La tesis que sustenta este artículo es que el orientador y otros profesionales deben esforzarse al máximo por evitar que éstos y otros problemas afecten a las poblaciones jóvenes (prevención primaria) y ofrecer posibilidades de tratamiento a quienes sin ser adictos o suicidas crónicos, necesitan otro tipo de ayuda (prevención secundaria). Esta puede ser la contribución de los orientadores en la lucha contra estos problemas que amenazan con destruir a las generaciones jóvenes, las más proclives a esos tipos de conductas.

BIBLIOGRAFIA

- Abarca, Angelina. "La experiencia de pérdida en niños y adolescentes: una oportunidad para el aprendizaje y el crecimiento". *Educación* 5(1): 73-88, 1981.
- Abarca, Angelina y Villalobos, Teresa. "Formación de líderes para orientación entre iguales". Programa de prevención primaria en el uso de drogas. San José, Costa Rica, 1985.
- Archder, James Jr. and Lopata Ann. "Marijuana Revisited". *The Personnel and Guidance Journal*. 57(5):244-250, 1979.
- Bernhardt, G.R. and Praeger, Susan G. "Preventing Child Suicide: The Elementary School Death Education Puppet Show". *Journal of Counseling and Development*. 63(5):311-312, 1985.
- Bokos, Peter J.; Lipscomb, Sally T. and Schwartzman, John. "Macrosystemic Approaches to Drug Treatment". *The Personnel and Guidance Journal*. 62(10):583-584, 1984.
- Capuzzi, Dave and Le Coq, Linda L. "Social and Personal Determinants of Adolescent Use and Abuse of Alcohol and Marijuana". *The Personnel and Guidance Journal*. 62(4):199-205, 1983.
- El Miami Herald, Miami, U.S.A. "Popular la cocaína entre universitarios". 8/7/86, p. 6.

- _____ . "Bebés de la cocaína". 14/7/86, p. 4.
- _____ . "Unión Soviética afronta creciente problema de consumo de drogas". 14/7/86, p. 1.
- _____ . "No a las drogas". 16/7/86, p. 4.
- Erickson, Laurel and Newman, Ian M. "Developing Support for Alcohol and Drug Education: A case Study of a Counselor's Role". *The Personnel and Guidance Journal*. 62(5):289-291, 1984.
- Estadísticas del Organismo de Investigación Judicial. Sección de Estadísticas del O.I.J. San José, Costa Rica, 1981, 1982, 1983, 1984.
- Fujimura, Laura E.; Weis, David M. and Cochran, John R. "Suicide: Dynamics and Implications for Counseling". *Journal of Counseling and Development*. 63(10):612-615, 1985.
- González, V. Carlos E. "Nuestra juventud en peligro". *La Nación*, San José, Costa Rica, 23/7/86, p. 16 A.
- Guerra Arteaga, Hugo. "Importe de los narcodólares". *La Nación*, San José, Costa Rica, 6/7/86, p. 6C.
- Guydish, J. "Substance Abuse and Alphabet Soup". *The Personnel and Guidance Journal*. 60(7):397-401, 1982.
- Haber, Russell A. "The Family Dance Around Drug Abuse". *The Personnel and Guidance Journal*. 61(7):428-430, 1983.
- Kameen, Marilyn C. and Thompson, Diane L. "Substance Abuse and Child Abuse -Neglect: Implications for Direct- Service Providers". *The Personnel and Guidance Journal*. 61(5): 269-273, 1983.
- Kearney, Artie L. "Drug Abuse and your Child: What can the School do? *School Counselor*. 26(30):187-190, 1979.
- La Nación, San José, Costa Rica. "Niños pueden suicidarse en situaciones difíciles". 20/10/84. S.P.
- _____ . "Suicidios de adolescentes preocupan en Estados Unidos". 27/10/84, S.P.
- _____ . "Heredia ocupó primer lugar de suicidios durante 1984". 14/6/85, S.P.
- _____ . "E.E.U.U. Aumenta uso de cocaína después de la secundaria". 14/9/85, p. 12 B.
- _____ . "Hungria tiene el mayor número de suicidios". 29/9/85, p. 19 B.
- _____ . "Abuso de drogas en la adolescencia. 3/11/85, p. 17 B.
- _____ . "Revela informe del INSA: Alcohólisto ataca a la juventud". 22/11/85, p. 12 A.
- _____ . "Alcoholismo se duplicó en 12 años". 8/3/86, p. 4 A.
- _____ . "Esposas golpeadas se suicidan más". 18/4/86, p. 18 B.
- _____ . "Suicidio/mal de nuestro tiempo". 6/6/86, p. 1 B.
- _____ . "Aumentan suicidios de jóvenes en E.E.U.U. 20/6/86, p. 14 B.
- _____ . "Los niños románticos son más propensos al suicidio". 28/6/86 p. 16 B.
- _____ . "Inducen al suicidio". 16/9/86 p. 14 B.
- _____ . "Consumo de drogas en la Unión Soviética". 19/9/86 p. 9 B.
- Lee, Essie E. "Suicide and Youth". *The Personnel and Guidance Journal* 57(4):200-204, 1978.
- Lemay, Diane. "The Need for Awareness for Specialized Issues in Counseling Alcoholic Women". *The Personnel and Guidance Journal*. 59(2):103-105, 1980.
- Marías, Julián. "Alerta sobre la droga". *La Nación*, San José, Costa Rica, 12/9/85, p. 15 A.
- Monge Zeledón, Rose Mary. "Entidades tratan de atacar drogadicción en colegios". *La Nación*, San José, Costa Rica. 8/7/85, p. 8 A.

- Morgan, Lewis B. "The Counselor's Role in Suicide Prevention". *The Personnel and Guidance Journal*. 59(5):284-286, 1981.
- Motto, Jerome A. "Recognition, Evaluation and Management of Persons at Risk for Suicide". *The Personnel and Guidance Journal*. 56(9): 537-543, 1978.
- Pedigo, Jill. "Finding the "Meaning of Native American Substance Abuse: Implications for Community Prevention". *The Personnel and Guidance Journal*. 61(5):273-277, 1983.
- Peer, Gary G., Lindsey, Ann K, and Newman, Patrick A. "Alcoholism as Stage Phenomena: A Frame of Reference for Counselors". *The Personnel and Guidance Journal*. 60(8):465-469, 1982.
- Ray, Linda and Johnson, Norbert. "Adolescent Suicide". *The Personnel and Guidance Journal*. 62(3):131-135, 1983.
- Richmond, Jayne and Peebles, Deborah. "Rural Drug Abuse Prevention. A Structured Program for Middle Schools". *Journal of Counseling and Development* 63(2): 113-114, 1984.
- Rosenblatt, Howard S. and Reynolds, Paul H. Jr. "The Person in Paul". *The Personnel and Guidance Journal*. 56(9):526-529, 1978.
- Spoth, Richard and Rosenthal, David. "Wanted: A Developmentally Oriented Prevention Program". *The Personnel and Guidance Journal* 59(4):212-216, 1980.