

ARTICULO ORIGINAL

SUSTANCIAS CAPACES DE PRODUCIR DEPENDENCIA: CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES Y CLASIFICACION

Antonio Salas Riczker¹, Mónica Esteves Echanique²

1 Médico, Hebeatra y Pediatra. Profesor de Farmacología, Escuela de Medicina, Universidad Central del Ecuador. Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina de la Adolescencia (SEMA) y miembro de la Academia Ecuatoriana de Neurociencias. 2 Médica, Hebeatra. Jefa del Programa de Atención Integral al Adolescente, Ministerio de Salud Pública. Sociedad Ecuatoriana de Medicina de la Adolescencia (SEMA).

Resumen

Se analiza las formas de consumo, la evolución cronológica de la adicción, las motivaciones que llevan a la farmacodependencia, sus consecuencias generales, los criterios diagnósticos de dependencia y abuso, tipos de consumidores y síndromes psiquiátricos. Asimismo, se plantea una vasta clasificación de las diversas sustancias que producen dependencia; abarca 5 grupos: estimulantes, depresoras, inhalantes, drogas de diseño y misceláneas. Finalmente, se reflexiona en la importancia de la labor interdisciplinaria y la participación de la familia, el maestro y el entorno.

Palabras claves: Psicofarmacología, adicción, dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia.

Summary

We analyze the forms of consume, cronological evolution of adiction, motivations, general consequences, criteria for diagnosis of dependence and abuse, types of consumers and psychiatric syndromes. The clasification of the drugs includes 5 groups: stimulants, depresants, inhalants, designed drugs and others. Finally, we reflect upon the importance of interdisciplinarity and participation of the family, teachers and environment.

KEY WORDS: Psychopharmacology, adiction, dependence, abstinence syndrome, tolerance.

INTRODUCCION

La acción de la droga no depende tan solo de sus características como fármaco sino de todo lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministran y de lo que dicta el entorno.¹

Desde la década del cincuenta, en especial desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, la juventud ha buscado formas de identidad a través de lo que Erikson denomina "ritualización espontánea en la juventud". Calderón y Gaustein señalan: "Estas formas de ritualización han revestido diversos estilos, desde la 'Beat Generation' de los cincuenta, pasando por los beatniks, los yippies, los hippies, los hipsters, la revolución psicodélica y la religión del LSD, llegando a los actuales heavy-metal y punks. Todos ellos tuvieron algo en común: la búsqueda a través de la

creación de subculturas y en algunos casos de contracultura. Muchas de estas subculturas estuvieron ligadas al consumo de algunas drogas, pero dentro del contexto de una utopía: la vida comunitaria, el rescate de la dimensión espiritual, el retorno a las cosmovisiones indígenas o hindú, la exploración de espacios interiores. Con el correr del tiempo, sus símbolos se convirtieron en objetos de consumo y, al igual que sus ropas, su música y su lenguaje, fueron incorporados como un valor comercial más por el sistema y la droga echó raíces y fructificó. En aquellos tiempos se trataba de hashish, marihuana y LSD. Pero luego fueron la cocaína, las anfetaminas La búsqueda de nuevas drogas continúa: "crack", "kat" (catina, norpseudofedrina), psicofármacos, inhalantes.

Pero, ¿Qué hay en común entre aquellos jóvenes (que

renunciaban al "confort", al consumo, al "status", a los valores del sistema y se lanzaban a la búsqueda de una vida más espiritual y comunitaria, para quienes la droga era una especie de "pipa de la paz" compartida ritual y comunitariamente para "abrir las mentes") y el compulsivo adicto que en cualquier baño de la ciudad se inyecta su dosis, conseguida a cualquier precio? ¿Acaso el uno se transforma en el otro? y si es así, ¿Cómo devino uno en el otro? ¿Quiénes la promovieron y quiénes se beneficiaron de esa metamorfosis?

FORMAS DE CONSUMO

Se distinguen las siguientes formas de consumo de drogas (Tabla 1):²

Tabla 1.
Formas de consumo de drogas

Forma	Descripción
Experimental	Es un patrón de uso común a todas las drogas. Se prueban una o varias veces pero no se las vuelve a consumir.
Ocasional	Consumo intermitente sin adquirir dependencia psíquica ni fisiológica.
Episódica	Consumo con motivo de alguna circunstancia especial (fiesta, celebraciones).
Sistemática	Caracteriza a la drogadicción, con todas sus consecuencias (dependencia fisiológica, psíquica o ambas; tolerancia; deterioro progresivo o psico-orgánico).

EVOLUCION CRONOLOGICA DE LA ADICCION

La evolución cronológica de la adicción es un proceso semejante en todos los adolescentes que consumen drogas y se enmarca en las siguientes etapas³ (Tabla 2):

Tabla 2.
Etapas evolutivas hacia la farmacodependencia

Etapas	Característica
0	Vulnerable a las sustancias psicoactivas. Siente <i>curiosidad</i> por el uso de drogas.
1	Está <i>aprendiendo</i> a usar drogas.
2	<i>Busca</i> los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros.
3	Está ensimismado y concentrado en los cambios de sus propios estados anímicos y se ha hecho <i>farmacodependiente</i> . (Necesita de las drogas para poder mantener el bienestar).
4	Estado <i>crónico</i> . A menudo sufre de un síndrome cerebral orgánico.

MOTIVACIONES

Es fácil que el adolescente con pocos recursos psíquicos encuentre en la droga un medio para escapar a la inseguridad y al aislamiento producidos por las dificultades de adaptación a su nueva situación. Puede buscar la droga para relajarse y tener la sensación de descubrir nuevas maneras de ser y de sentir sin vivir la angustia del cambio. La droga también puede representar la posibilidad de compartir experiencias vitales con los amigos y de ser comprendidos por ellos; ya no se es un individuo aislado y extraño sino uno más entre iguales.⁴

Podría considerarse la utilización de las drogas, por parte de los adolescentes, como un síntoma a través del cual expresan su conflictividad y, a la vez, un intento por solucionarla.⁴

La motivación por la cual los adolescentes inician el uso de alcohol o de drogas es de origen múltiple:³

- Curiosidad.
- Uso por parte de los padres o contemporáneos.
- Forma de ganar aceptación social.
- Resultado de baja autoestima.
- Búsqueda de cambios afectivos y perceptivos.
- Vencer la timidez y actuar de manera más

- "natural" en situaciones sociales.
- Alivio a una situación estresante.
- Desafío a la autoridad parental.
- Rito de pasaje.
- Forma de combatir el aburrimiento.
- Para facilitar una relación sexual.
- Respuesta a los mensajes publicitarios que asocian el fumar o el beber con la apariencia (el "sex-appeal") y la madurez.
- Comportamientos inducidos por transculturación.

CONSECUENCIAS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA

Se puede destacar algunas² (Tabla 3):

Tabla 3.
Consecuencias generales de la farmacodependencia

1. Reacciones antisociales: Hurtos, falsificación de recetas, prostitución (y subsecuentes infecciones de transmisión sexual), incremento de la agresividad, accidentes de tránsito, suicidios, homicidios, tráfico ilegal, síndrome de desmotivación.
2. Síndrome de déficit en la actividad: Astenia, interrupción de la actividad motora, disminución de la actividad intelectual, pasividad, introversión.
3. Infecciones y disminución del estado inmunitario: Debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable, puede dar lugar a hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, etcétera.
4. Peligro de sobredosificación: Es frecuente con opiáceos al inyectarse la dosis máxima de una etapa anterior después de un período de abstinencia, cuando se requeriría una dosis menor. Esta dosis "normal" en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período de abstinencia y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria. A veces se denomina, de manera impropia, muerte por sobredosificación, a la producida por intoxicación, debida a las mezclas fraudulentas con que se suele mezclar ("cortar") la droga (estricnina, quinina, talco, polvo de ladrillo, etcétera).
5. Aparición de psicosis: Especialmente esquizofrenia en personas predispuestas, con el consumo de anfetaminas, LSD-25 y fenciclidina (PCP). Los consumidores de cocaína pueden desarrollar psicosis paranoides y depresiones graves.
6. Riesgo de escalada: Cuando se empieza el consumo de las indebidamente denominadas "drogas blandas", existe el riesgo comprobado de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia; v.gr., heroína. Es importante señalar que los derivados del cáñamo (marihuana, hashish) y los alucinógenos constituyen, en muchas ocasiones, el primer peldaño de la escalada a una drogadicción, casi siempre irreversible.
7. Efectos tóxicos específicos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPENDENCIA Y ABUSO

La "American Psychiatric Association" propone los siguientes criterios diagnósticos^{3,5} (Tabla 4):

Tabla 4.
Criterios diagnósticos de dependencia y de abuso de psicofármacos

<p>DEPENDENCIA</p> <p>A. Por lo menos 3 de los siguientes criterios diagnósticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Consumo de sustancia en cantidades mayores o por un lapso más prolongado que el que la persona pretendía. 2) Deseo persistente o uno o más esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el uso de la sustancia. 3) Gran cantidad de tiempo dedicado a actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos. 4) Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia frecuentes cuando se espera que cumpla sus obligaciones en el trabajo, escuela u hogar, o cuando el consumo de la sustancia es peligroso desde el punto de vista físico. 5) Disminución o suspensión de actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes, debido al uso de la sustancia. 6) Uso continuado de la sustancia pese a saber que se tiene un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente provocado o exacerbado por el uso de la sustancia. 7) Síntomas de abstinencia característicos. 8) La sustancia se consume para evitar los síntomas de abstinencia. <p>Nota: Los ítems 7 y 8 no se pueden aplicar a la Cannabis, a los alucinógenos y a la fenciclidina.</p> <p>B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante no menos de un mes o han aparecido de manera reiterada por un período más prolongado.</p>
<p>ABUSO</p> <p>A. Patrón maladaptativo de uso de sustancias psicoactivas indicado por no menos de una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Uso continuado pese a saber que se tiene un problema social, ocupacional, psicológico o físico persistente o recurrente provocado o exacerbado por el uso de la sustancia. 2) Uso recurrente en situaciones en las que éste es físicamente peligroso (v.gr., conducir en estado de intoxicación). <p>B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante no menos de un mes o han aparecido de manera reiterada en un período más prolongado.</p> <p>C. Nunca cumplieron los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas para esta sustancia.</p>

TIPOS DE CONSUMIDORES Y SINDROMES PSIQUIATRICOS

Al parecer las personas que emplean psicofármacos con capacidad de producir dependencia pueden vivenciar un amplio espectro de síndromes psiquiátricos. Es práctico considerarlos bajo la clasificación de sociales, neuróticos y psicóticos⁶ (Tabla 5).

Tabla 5.

Clasificación de los síndromes psiquiátricos que vivencian las personas que emplean psicofármacos

SOCIALES	NEUROTICOS	PSICOTICOS
Están motivados por la curiosidad, la búsqueda de emociones o para adaptarse al grupo. Su tratamiento implica reeducación.	Expresión de conflicto emocional profundamente arraigado que requiere psicoterapia.	Puede ser expresión de enfermedad esquizoide, paranoide o maniaco-depresiva. Por lo general requieren fenotiazinas, antidepresivos, litio u otros fármacos.

Consumidores sociales: Por lo general están motivados por la curiosidad o la búsqueda de emociones. Pueden "jalar parejo" con la jorga, expresando según ellos "independencia" o buscando "identidad". Muy pocos toman la droga en forma regular o se habitúan.

Consumidores neuróticos: Son aquellos en quienes el consumo de la droga es la expresión de cualquier síntoma neurótico; es un intento para aliviar la ansiedad y restablecer el equilibrio psíquico al enfrentarse a conflictos de profundo arraigo y remolinos emocionales.

Consumidores psicóticos: No son, necesariamente, psicóticos todo el tiempo. Algunos lo son, y pueden en virtud de este hecho ser conducidos por individuos sin escrúpulos a multitud de problemas de diversas clases (delincuencia, promiscuidad, alcoholismo o ingestión de drogas). Otros aprenden a utilizar el alcohol, la marihuana u otras drogas cuando presienten un ataque de psicosis inminente. El intento, a menudo hecho sobre una base inconsciente es con el objeto de prevenirse del ataque (el cual es depresivo en su mayoría pero maniaco o esquizo-afectivo en ocasiones) y escapar de él.

CLASIFICACION DE LAS SUSTANCIAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA

Vamos a considerar numerosas sustancias clasificadas en diversos grupos: estimulantes, depresoras, inhalantes tóxicos, drogas de diseño y otras^{2,6,7,8,9,10,11} (Tabla 6).

Tabla 6.

Clasificación de las sustancias que producen dependencia

ESTIMULANTES				
Alucinógenas		Metilfenidato y anfetaminas		Otras
Psicodislépticas, Psicotógenas, psicotomiméticas, psicodélicas o alucinógenas propiamente	Cannabis sativa	Coca	ANFETAMINA	CAFEINA
LISERGIDA (LSD) MESCALINA HARMINA PSILOCIBINA BUFOTENINA FENCICLIDINA	MARIHUANA HASHISH DRONABINOL	COCAINA	DEXTROANFETAMINA METANFETAMINA FENMETRACINA	NICOTINA

DEPRESORAS

Opiáceos	Etanol y sedantes		
	Barbitúricos	Benzodiazepinas	Otras
Benzomorfanos PENTAZOCINA Fenantrenos MORFINA HEROINA (diacetilmorfina) HIDROMORFONA DIHIDROMORFINONA OXIMORFONA CODEINA DIHIDROCODEÍNA OXICODONA HIDROCODONA BUPRENORFINA Fenilheptilaminas METADONA Fenilpiperidinas MEPERIDINA FENTANILO Morfinanos LEVORFANOL	Acción corta SECOBARRBITAL PENTOBARBITAL Acción intermedia AMOBARBITAL	Acción ultracorta TRIAZOLAM Acción corta ALPRAZOLAM LORAZEPAM Acción intermedia BROMAZEPAM CLONAZEPAM NITRAZEPAM FLUNITRAZEPAM Acción prolongada DIAZEPAM CLORAZEPATO CLORDIAZEPÓXIDO FLURAZEPAM	Alcoholes CLORAL HIDRATO ETCLOROVINOL Carbamatos ETINAMATO Dicarbamatos MEPROBAMATO Piperidindionas GLUTETIMIDA METIPRILON Quinazolona METACUALONA Misceláneos ZOLPIDEM ZALEPTON

INHALANTES

Anestésicos	Solventes	Nitritos orgánicos	Misceláneas
Acetona Aerosoles Barnices Cloroformo Dietiléter Óxido nitroso	Benceno Cementos de caucho Gasolina Pegamentos Propelentes de aerosoles Rociadores de pintura	Nitrito de amilo Nitrito de butilo Nitrito de isobutilo	Betún Insecticidas Keroseno Lacas Oxido de etileno Tetracloruro de carbono, tricloroetileno y otros líquidos limpiadores Tolueno (metilbenceno)

DROGAS DE DISEÑO

Feniletilaminas	Derivados de opiáceos	Arilexilaminas	Derivados de metacualona
DOB DOM (STP) 2CB/MFT (after-turner) MDA (droga del amor) MDMA (éxtasis, Adán, XTC, M&M) METANFETAMINA (Speed, crack, meth, ice) N-etil MDMA (Eva) PMA TMA-2	Del fentanilo AMAF AMF (China white) PFF 3MF De meperidina MPPP MPTP	Fenciclidina (PCP) (Polvo de ángel) PCC PCE PHP TCP	Meclocualona Nitrometacualona

MISCELANEAS

Anticolinérgicos	Antihistamínicos	Antidepresivos	Esteroides
ESCOPOLAMINA TRIHEXIFENIDILO	DIFENHIDRAMINA CICLIZINA TRIPLEENAMINA	Tricíclicos AMITRIPTILINA IMIPRAMINA CLOMIPRAMINA Tetracíclicos MAPROTILINA MIANSERINA	METANDROSTELONA

CONCLUSION

"En toda locura encontramos la realidad y su distorsión, la seguridad obstinada y el terror recóndito, la fuerza y la impotencia. No podemos mirarla de lejos ni acompañarla con alegría porque encierra un proyecto de muerte anticipada (...). Rehuyendo entonces la omnipotencia de la palabra declamada, nos disponemos a escuchar, a descifrar, a aprender"^{1,12}.

Tanto para la tarea preventiva como para la asistencial y de inserción social, se requiere de un grupo interdisciplinario que maneje técnicas preventivas y educativas de salud, tenga actitud y aptitud para ver el problema desde antes de su inicio, mirando a la población adolescente con enfoque de riesgo y ofreciendo factores protectores. Cuando recién se inicia, la idea es enfrentarlo con capacidad para trabajar en equipo interdisciplinario, enmarcando el trabajo profesional, reconociendo los límites de su pertenencia y de su saber. Dicho grupo debe tener la amplitud de escuchar, de complementarse entre sí y de dar cabida al docente, al vecino, al familiar, a la institución que participan.

Si realmente se quieren lograr resultados y disminuir la farmacodependencia, cabe efectuar un trabajo participativo integral de una comunidad organizada. Dicha participación será efectiva en la tarea de prevención de la farmacodependencia si es realmente transformadora y no solamente una participación que en el mejor de los casos logre dar conciencia y argumentos técnicos a grupos de madres y adolescentes que luego ayudarán en tareas básicas sanitarias, pero que realmente tendrán poca o nula participación en los niveles de decisión de políticas de salud. También es la participación comunitaria efectiva la que se requiere en el campo de la rehabilitación o prevención terciaria que resulta incompleta si no la acompaña la comunidad y la familia a la que pertenece el paciente.

La familia, como núcleo de referencia y de identidad, constituye un espacio básico y primario para el desarrollo del niño y del adolescente que puede tener una participación activa en los modelos de prevención de la farmacodependencia, ya sea incluida en los grupos de prevención primaria o trabajando junto al joven enfermo, en grupos terapéuticos, grupos de orientación o grupos multifamiliares. Por eso difícilmente alguna institución en los países latinoamericanos plantea el tratamiento exitoso de un individuo farmacodependiente si no es con la participación familiar. Una de las principales preguntas que suelen hacer los padres en el primer encuentro con el equipo de profesionales es: ¿cuáles son los signos para que nos demos cuenta si nuestro hijo es farmacodependiente? Obviamente, la respuesta consiste en analizar cuáles son los signos que indican mucho antes la mala o inadecuada relación de ese hijo con sus padres. Una vez que el problema se sitúa en el campo de la salud mental resulta mucho más fácil motivar o involucrar a los padres en la tarea preventiva, ya que de lo contrario, si se tratara de un problema de drogas exclusivamente (como aquellos tienden a creer), sería tan solo cuestión de "vigilar", de estar alertas para "separar", "aislar" al joven de la droga en el momento en que ésta lo "ataca". Esta concepción deja a los padres ajenos al problema, ya que no los compromete ni los involucra en un cambio que debe ser de todos. De igual forma, no compromete a la comunidad en un cambio en el que la participación guíe la toma de decisiones hacia el bienestar por ella señalada como deseable; es negarle su colaboración, alimentando la fantasía fácil pero costosa, de que la eliminación de los "elementos indeseables" es su mejor defensa.

Cabe mencionar, por fin, el papel del maestro quien, junto a los padres, contribuye a consolidar la identidad del niño. Es pertinente que el maestro no solo se involucre en este problema cuando los equipos profesionales van a dar conferencias a sus escuelas,

sino que como el médico, debe tener aptitud y actitud **para** conversar con ellos, para ser realmente su amigo **y el** interlocutor válido frente al transcurrir cotidiano **de un** adolescente. Es desde ese vínculo desde donde **seguramente** estará en condiciones de ayudar cuando **el** problema de drogas surja como tantos otros **conflictos** juveniles.

Las tareas cotidianas de los equipos capacitados que **trabajan** con modelos preventivos tendrá sentido y **sar**án satisfactorias si, además, están integrados con **otras** temáticas; v.gr., adolescencia, sexualidad o todas **aquellas** que le hagan percibir al adolescente como un **ser** único biopsicosocial y espiritual con capacidad de **valorarse** y buscar nortes y proyectos de vida, en los **cuales** la droga no esté incluida.

Actualmente, se ha comprobado que las estrategias de **promoción** de salud, mediante el "empoderamiento" **de los** líderes adolescentes y la transmisión de **mensajes** de "adolescentes para adolescentes" serán **siempre** una arma efectiva para lograr la meta de todo **equipo** de salud: la prevención. Sin embargo, cuando **los dos** pasos anteriores (promoción y prevención) no **han** dado resultados, será imprescindible una buena **educación** en resiliencia tanto al adolescente como a **sus** padres y maestros. Superar la adicción a las **drogas** se convierte a veces en una tarea titánica, pero **no** imposible. Lo que sí hay que tener claro que es una **meta** compartida, proactiva, participativa cuyo éxito **depende** de un "eje transversal" que cruza todo este **camino**: el afecto y el diálogo.

REFERENCIAS

1. Gillone A: Drogadicción: un síntoma. En: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, et al (eds), La Salud del Adolescente y del Joven. Publicación científica No. 552, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EUA, 1.995:217-223.
2. Lorenzo P, Leza JC, Lizaasoain I: Drogodependencias. En: Velasco Martín A, Fernández PL, Serrano Molina JS, et al, Farmacología Velásquez, 16ta. Edición. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, España, 1.993:498-529.
3. Silber TJ, Munist M: Abuso de sustancias. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M (eds), Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 20. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, EUA, 1.992:519-528.
4. El fenómeno de las drogas. En: La Adolescencia, consultor de psicología infantil y juvenil. Grupo Editorial Océano, Barcelona, España, 1.985:239-262.
5. Schonberg SK: Drogadicción. En: McAnarney ER, Kreipe RE, Orr DP, et al, Medicina del Adolescente. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1.994:1.099-1.113.
6. Anderson D, Solomon P: Drogadicción. En: Solomon P y Patch VD, Manual de Psiquiatría. El Manual Moderno S.A., México DF, México, 1.972:186-196.
7. Samaniego Rojas E, Fundamentos de Farmacología Médica, quinta edición. Editorial de la Universidad Central, Quito, Ecuador, 1.999:77-84,307-313,315-326,327-344.
8. Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB: Drugs of abuse. En: Katzung&Trevor's Pharmacology, sixth edition, International Edition. Examination and Board Review. Lange Medical Books/McGraw-Hill, Medical Publishing Division. United States of America, 2.002:287-295.
9. Eliastam M, Sternbach GL, Bresler MJ: Manual de Medicina de Urgencia, quinta edición. Mosby-Year Book Wolfe Publishing. Ediciones Hispanoamericanas Ltda, Santafé de Bogotá, 1.992:435-521.
10. Drug Information for the Health Care Professional, USP DI, 19th edition, volume I. United States Pharmacopeial Convention, Inc. Micromedex Inc, Englewood, CO, U.S.A., 1.999.
11. O'Brien CP: Adicción y abuso de drogas. En: Hardman JG, Limbird LE (eds), Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica Goodman&Gilman, vol I, décima edición. McGraw-Hill-Interamericana, México DF, México, 2.001:629-651.
12. Grimson R: La cura y la locura. Ediciones Búsqueda, Buenos Aires, Argentina, 1.983.