

PREVENCION CON EQUILIBRIO DE ESTRATEGIAS*

EL AMBIENTE EN SU TOTALIDAD

No es raro que las actividades preventivas pasen por alto el contexto en que se desarrollan. Por ejemplo, cuando se dan charlas para niños en un salón de clase, tal vez se les trate como si estuviesen separados de sus familias, las calles en que viven, el grupo de amigos que influye considerablemente sobre sus creencias y actitudes, su más amplia herencia cultural y la sociedad que les ofrece oportunidades o les presenta dificultades para su vida. La acción preventiva que incurre en esos errores soslaya tanto las fuerzas que podrían apoyarla como la serie de influencias que pueden oponerse a sus fines. De todo ello pueden resultar frustraciones y esfuerzos inútiles.

El contexto total que ha de tenerse en cuenta debe comprender aspectos culturales y sociales, en particular el conocimiento de la influencia que ejercen la organización profesional y los factores determinantes económicos y políticos. Los estudios monográficos del Capítulo 6 ilustran este argumento de diversas maneras. Por ejemplo, es imposible comprender el aumento mundial de recetas de psicotrópicos sin examinar la parte que desempeñan los fabricantes de medicamentos, el tipo de asistencia médica que están dispuestos a sostener los gobiernos y la enseñanza de la profesión médica. En la zona montañosa de Tailandia se advierte la falta de atención primaria de salud para las tribus como factor coadyuvante del extenso consumo de opio. Es imposible comprender el uso de la heroína en Chicago sin considerar los tipos de colectividades desfavorecidas que han surgido como resultado de procesos sociales fundamentales que, durante decenios, han provocado el empobrecimiento de sectores de la sociedad: toda estrategia que intervenga sin tener en cuenta ese contexto, a la larga no será probablemente mucho más que un paliativo. Cuando se estudia el movimiento hacia una campaña con-

* Por G. Edwards.

tra el opio en Inglaterra en el siglo XIX se advierte cuán complejos y sutiles pueden ser las funciones y los conflictivos intereses de algunos grupos, conforme se van profesionalizando. Al tratar sobre la educación en materia de drogas en los Estados Unidos, se examinan ejemplos muy evidentes de la influencia que ejercen los factores del ambiente cultural. Destaca en particular la importancia de los factores económicos determinantes cuando se analizan las estrategias para hacer frente a las drogas que se consumen socialmente (tabaco y alcohol); tanto los fabricantes como los gobiernos se niegan a prescindir de sus utilidades.

Lo que indican todas esas manifestaciones es que no basta con examinar aisladamente las actitudes del usuario de drogas cuando se elaboran estrategias preventivas, sino que también es de suma importancia considerar muchas otras influencias que ejerce la sociedad sobre el consumo de drogas y que muy apropiadamente deberían ser objetivos de la acción preventiva. Dirigir la acción preventiva contra el alcoholismo a las actitudes del bebedor, mientras cómodamente se acepta pasar por alto la estructura de la industria de las bebidas alcohólicas y los métodos que emplean los gobiernos para captar ingresos, equivale a dejar de percibir algunos factores preventivos esenciales. En definitiva, el consumo de drogas es una actividad personal, pero determinada o influida por todo género de acontecimientos que sólo pueden comprenderse en el contexto social y a los que sólo es posible hacer frente mediante una acción preventiva que tenga en cuenta el ambiente social. Siempre es mucho más fácil y más cómodo dar conferencias a escolares que examinar la naturaleza de nuestra cultura y los mecanismos de nuestras instituciones, pero el contenido real de los problemas exige mucha más osadía.

Como es lógico, todo este libro se ha destinado a explorar las dimensiones socioculturales de los problemas de las drogas. En el Capítulo 3 hemos visto cómo esa dimensión nos permite comprender las modalidades del consumo de drogas. El Capítulo 5 trata especialmente sobre la aplicación del conocimiento sociocultural al tratamiento de los problemas que plantean las drogas. En el presente capítulo examinamos el material de los estudios monográficos expuestos en el Capítulo 6.

¿QUE HAY QUE PREVENIR?

Un programa preventivo debe determinar sus objetivos. Por ejemplo, ¿se refiere a la prevención del comportamiento mismo de consumir drogas? En caso afirmativo, ¿es el objetivo la supresión del

consumo de drogas o su reducción hasta un nivel aceptable? Los que tratan el alcoholismo y sus problemas están familiarizados con estas preguntas, pero las mismas deben formularse acerca de otras sustancias. Por otra parte, ¿qué le interesa más a la prevención: la salud o las consecuencias sociales? Distintas sociedades y programas pueden tener diferentes prioridades, pero a menos que los objetivos estén claramente definidos, en la práctica pueden perseguirse objetivos contradictorios. Por ejemplo, al parecer es probable que en muchas poblaciones que tradicionalmente consumen opio, el uso mismo de la droga produzca pocos daños a la salud o escasa incapacidad social. Una política encaminada a reducir el consumo de opio puede en la práctica exacerbar otros tipos de daño induciendo al consumidor a pasar del opio a otra droga más capaz de lesionar su salud, o estigmatizándolo, con nocivas consecuencias sociales. Por tanto, al elaborar políticas y programas de prevención siempre deben definirse los objetivos claramente y cada uno por separado, además de explorarse la posibilidad de que sean contradictorios, y los progresos deben medirse en función de los distintos objetivos conforme a esas dimensiones.

PRECISAR LA NATURALEZA DE LA DEMANDA

Los diversos estudios presentados en el Capítulo 6 indican que puede señalarse una gran variedad de razones en una serie de culturas para que exista demanda de drogas en una población. Nos referimos aquí a algunos de los problemas que se plantearon en el Capítulo 3. Lo que parece cierto es que, incluso en una cultura (o en una aldea), nunca existe solamente una razón para que se consuma una droga determinada. Ahora bien, en muchos de esos estudios circula el tema común de que puede identificarse un motivo para usar drogas, llamado con diversos nombres: recreativo, «por gusto», experimental o, en Inglaterra en el siglo XIX, estimulante. Pero pensar que incluso aquí tenemos un sólo factor probablemente sería erróneo: oculto dentro del amplio membrete de uso recreativo o no médico debe haber una gran diversidad de motivaciones personales sugeridas y modeladas por la cultura. La zona que se halla entre el uso no médico y el médico es el uso de una droga para atenuar la sensación de no ser nadie, la aridez del gueto urbano o la injusticia de la economía rural marginal. También en el uso médico hay muy diversas motivaciones y no un sólo factor, con el alivio de tensiones mentales y de síntomas físicos a menudo entrelazados.

Los estudios monográficos indican que cuando se considera la acción preventiva en algún ambiente en particular debemos tener muy en cuenta las amplias razones que explican por qué se utilizan las drogas y la diversidad de esas razones; en ocasiones, una o dos razones parecen ser claramente identificables y destacan entre las demás. Nuestro concepto de lo que significa «motivación», bien sea una propiedad del individuo o una respuesta a incitaciones del ambiente, tanto fija como variable, es tan limitada que debemos cuidarnos de afirmar que comprendemos por qué la mayoría de los que consumen drogas proceden de ese modo. Las políticas tendientes a reducir la demanda deben fundarse hasta donde sea posible en un conocimiento racional de la génesis de esa demanda, de lo contrario, tendemos a actuar empíricamente, ensayando esto y aquello.

LA REDUCCION DE LA DEMANDA, LAS ESTRATEGIAS DISPONIBLES Y SUS RELACIONES CON LA LUCHA CONTRA LA DROGA

La serie de estudios monográficos examinados en el capítulo anterior ilustra una amplia variedad de estrategias que pueden aplicarse a la reducción de la demanda, pero incluso esa serie de estudios no agota todo el margen de posibilidades. Existen muchas y diferentes maneras de clasificar las estrategias, una de ellas la siguiente:

a) *Amenazas y castigos para alejar al individuo de la droga.* Esta es una política de reducción de la demanda y, como es obvio, de amplia aplicación. La medida en que es aceptable respecto a diferentes sustancias es un reflejo de la cultura. Nos dicen que en China, en la Provincia de Taiwán, se condenaba a muerte a los consumidores de opiáceos, y que en otros países se aplicaba la misma pena en siglos pasados contra los que fumaban tabaco. Pero también se nos dice que sería impensable la idea de poner fuera de la ley el consumo de tabaco en una sociedad occidental contemporánea, a pesar de los daños que produce contra la salud. La mayor o menor severidad con que puede castigarse al individuo refleja los valores de una sociedad y el grado en que ésta considera que tiene derecho a imponer controles y exigir obediencia, así como sus actitudes hacia una droga, en particular, en un momento determinado. No obstante puede sospecharse que las medidas muy enérgicas rara vez logran los fines que se proponen.

b) *Persuadir y no amenazar al individuo.* Este criterio está estrechamente vinculado a ideas sobre cambio de actitudes y educa-

ción en materia de drogas. A menudo existe también un elemento de amenaza, pero en ésta predominan los temibles resultados del consumo de drogas para el consumidor más que los de un castigo legal. Este procedimiento se ha revisado muy apropiadamente en uno de los estudios monográficos precedentes.

c) *Modificar la aceptación cultural.* Esto puede intentarse, ya sea en el microambiente (como lo puntualiza el trabajo sobre Asia sudoriental) o en el macroambiente. Un ejemplo de ello es la campaña nacional contra el tabaco y el intento de conseguir un cambio cultural fundamental de actitudes respecto al hábito de fumar.

d) *Actuar mediante cambios generales de valores sociales.* Aquí el ataque no es contra las actitudes de la sociedad hacia el consumo de drogas, sino contra valores sociales más fundamentales. Por ejemplo, el estudio sobre psicotrópicos examina la importancia del «punto de vista biomédico del hombre» para un sistema de exceso de prescripciones, y sugiere que se necesita atacar el concepto en que éste se funda para que cambie lo que esperan los pacientes de su médico y lo que dan los médicos a sus pacientes. También puede sospecharse que la historia del cambio en cuanto al uso del opio en la China postrevolucionaria no debe entenderse únicamente en términos de cambio de actitudes hacia el opio, sino, más profundamente, en función del cambio de conceptos sobre el lugar que ocupa el individuo en la sociedad.

e) *Actuar mediante cambios fundamentales en la estructura y la organización sociales.* Aquí puede volverse al ejemplo de China: tal vez pueda concluirse que los cambios postrevolucionarios trajeron consigo no sólo importantes modificaciones psicológicas en la definición del individuo, sino también alteraciones de la estructura social que dieron por resultado un mayor control sobre el individuo. Volviendo al estudio acerca del uso de la cocaína en las regiones andinas (Capítulo 2), allí se deduce que tal vez disminuya espontáneamente el consumo de cocaína cuando se atenúen las injusticias de la vida rural. Parece ser que en Inglaterra, en el siglo XIX, el consumo de opio fue desapareciendo en gran medida bajo la influencia de cambios en la estructura fundamental de la sociedad.

Basta lo anterior para enumerar algunos de los temas principales relacionados con la reducción de la demanda que como opciones sugiere el material de los estudios. No obstante, es un tanto artificial el tratar de afrontar los aspectos preventivos de reducción de la demanda sin considerar las medidas represivas. En el presente capítulo no existe el propósito de revisar en detalle la participación de la policía y las aduanas en la prevención, teniendo en cuenta que los aspectos técnicos de esos campos de trabajo no tienen cabida en un

libro que se interesa primordialmente en cuestiones de salud. Es necesario advertir esto, aunque podría uno preguntarse si no es excesiva la renuncia sistemática a plantear conjuntamente esos aspectos diferentes del problema y simultáneamente someter las políticas de demanda y control a un escrutinio minucioso, desplegando la totalidad de las opciones. El material de estudio sugiere que fiscalización o «control», cuando significa prohibición y restricción de la oferta por cualesquiera medios asequibles, crea métodos que rebasan el alcance de los órganos de represión. La reseña de estrategias para reducir la demanda de alcohol examina en particular la relación que existe entre los elementos de la demanda y los del control. La fijación de precios del alcohol o el tabaco, las autorizaciones para abrir establecimientos de bebidas alcohólicas, la modificación de los hábitos de prescripción de los médicos, la restricción de anuncios de los fabricantes de medicamentos y la sustitución de cultivos agrícolas son todos elementos que podrían colocarse bajo el amplio encabezamiento del control, pero que reaccionan vivamente con la demanda. La dicotomía convencional tiene sus usos, pero también sus limitaciones. La sutileza de esa acción recíproca se pone de manifiesto en la mencionada reseña, que indica «la naturaleza socialmente contagiosa del hábito de beber»: si la reglamentación de precios y licencias puede reducir el alcoholismo (si es que puede controlarse de esa manera la bebida), tal vez se organicen diferentes tipos de reuniones y festejos, acaso la gente no se sirva tantas copas, y quizá se reduzca la demanda de alcohol. Podría sospecharse que estaban en marcha procesos interactivos similares cuando el grupo experimental se enfrentó contra la naturaleza socialmente contagiosa del uso de la heroína en la microepidemia de Chicago.

GANANCIAS Y PERDIDAS

Tradicionalmente, el médico en ejercicio tiene que aceptar la realidad de que incluso sus mejores tratamientos probablemente implican el riesgo de producir efectos secundarios. Exactamente lo mismo puede decirse acerca de las medidas preventivas, y los estudios monográficos del Capítulo 6 ofrecen múltiples advertencias a este respecto: el estudio sobre el Asia sudoriental se dedica ampliamente a este problema. Algunos de los temas principales son los siguientes:

a) *Sustitución de drogas.* Las medidas preventivas que restringen el consumo de una droga pueden provocar la aparición de una

nueva modalidad, quizá más nociva, de consumo de drogas. La experiencia de la postguerra en muchos países del Asia sudoriental ha consistido en sustituir el uso tradicional del opio, fumado o ingerido por vía oral, por heroína inyectada o fumada. Al suprimirse el consumo de opio en China parece haberse presentado un grave problema de consumo de cigarrillos. En algunos países existe la impresión de que se establecen políticas para tratar de resolver un problema de constante cambio de drogas, con nuevas modalidades de consumo que se hallan siempre un paso adelante de las actividades preventivas. A la heroína siguen las anfetaminas y a las anfetaminas los barbitúricos, de manera que el cuadro pronto adopta los colores de un problema constituido por multitud de drogas.

b) *Fomento del proveedor delincuente.* El estudio de la experiencia obtenida en el Asia sudoriental indica que después de la Segunda Guerra Mundial las bandas Triad y los empresarios delincuentes pasaron rápidamente a un mercado que ofrecía grandes utilidades por los obstáculos levantados contra los suministros legales. Suele atribuirse al experimento la prohibición del alcohol en los Estados Unidos de América una importancia fundamental y duradera por el impulso que dio a la organización de la delincuencia.

c) *Convertir en delincuente al usuario de drogas.* Convertir a un consumidor de drogas en un delincuente mediante medidas preventivas que hacen ilegal su hábito puede lesionar su estabilidad social y hundirlo más aún dentro de una subcultura que refuerza su desvío.

d) *Inhibición de restricciones convencionales.* Cuanto más confía una sociedad en controles impuestos es menos probable que se desenvuelvan fuertes restricciones convencionales para hacer frente al consumo de drogas. Por ejemplo, parece ser que en comunidades donde es tradicional el consumo de opio hay muchos tipos de sutiles procesos convencionales que definen la manera aceptable, ocasional, de consumir opio y la impropiedad de su consumo excesivo. En culturas donde es tradicional el consumo de alcohol, éste puede ocasionar diversos daños, pero, desde otro punto de vista, lo que suele ser notable es que no sea más elevado el consumo de bebidas ni mayor el daño que ocasionan. Una parte importante de esta abstención estriba en la capacidad de la cultura para «enseñar» una forma de proceder, premiar un consumo aceptable de bebidas y mostrar su desaprobación cuando el bebedor transgrede normas culturales. Las medidas restrictivas radicales que suprimen esas responsabilidades de la cultura misma pueden menoscabar una ventaja extremadamente importante.

e) *Descompensación en determinados usuarios.* Es posible que en algunas circunstancias existan personas que pasan por la vida

bastante mejor consumiendo drogas que sin ellas. Con esta afirmación no se trata de apoyar las habituales excusas defensivas de la persona que es sumamente dependiente de las drogas, con peligros para su salud, y que siempre está buscando una razón para evitar la ayuda que necesita. Pero puede ser útil que recordemos la cita mencionada en el estudio sobre Inglaterra en el siglo XIX («No hay que temer el *hábito* de esa medicina, es infinitamente peor el *hábito* de gruñir las tripas») cuando vemos algunos estudios recientes del Asia sudoriental que indican cómo muchos consumidores de opio están bien adaptados a la sociedad y que por lo menos algunos de ellos quizá no se hallaran tan bien si se les negara su droga.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las actividades positivas y de las preventivas que tienen algún valor presentan cierto riesgo de producir efectos secundarios, se hace más aguda aún la necesidad de vigilar estrechamente las consecuencias de las acciones preventivas. En algunos aspectos puede extenderse más la analogía con el conocimiento que tiene el médico de que los tratamientos implican riesgos. La acción preventiva, como el buen tratamiento clínico, debe introducirse progresivamente y no aplicarse con heroísmo inútil y brusco, sin sobrepasar una dosis sensata. En otras palabras, con las políticas de prevención deberíamos estar satisfechos si logramos un avance sensatamente moderado, sin tratar de resolver de la noche a la mañana un problema establecido ni aplicar remedios preventivos tan radicales que rompan el equilibrio de las ecologías naturales.

NECESIDAD DE VIGILAR

Ya se ha señalado que los programas preventivos deben ser vigilados, tanto por sus efectos deseados como por los no deseados. En el Capítulo 8 se examinan más ampliamente la vigilancia y la evaluación, pero este asunto es tan importante que merece también una breve nota en el presente capítulo. A menos que exista alguna información básica sobre las modalidades y la naturaleza del consumo de drogas, así como acerca de sus consecuencias sanitarias y sociales, será imposible o muy difícil obtener nuevos datos que permitan orientar las actividades preventivas; acaso se subestimen útiles líneas de acción y continúen las estrategias improductivas o nocivas. Sin embargo, nadie debe menospreciar las enormes dificultades prácticas para determinar si una estrategia, en particular, en un dominio que recibe influencias múltiples y cambiantes, produce o no resultados evidentes. El estudio monográfico sobre el hábito de

fumar que se presenta en el Capítulo 6 muestra que incluso cuando no es posible separar las contribuciones de diferentes elementos dentro de una estrategia total, con la vigilancia fundamental puede obtenerse una impresión de los efectos que produce la estrategia en su conjunto. Suele observarse que la vigilancia de las actividades preventivas tiene lugar en dos planos: primero, la evaluación general, y segundo, el aspecto mucho más complejo de identificar la contribución particular de este o aquel elemento dentro de todo el procedimiento.

LA PREVENCION EN ARMONIA CON LA SOCIEDAD Y LA CULTURA

Para terminar este capítulo quizá sea útil reunir algunos de los puntos que parecen merecer especial consideración si las políticas preventivas han de ser verdaderamente congruentes con lo que llamamos al principio el ambiente en su totalidad:

a) *Conocer los factores que en su ambiente particular frustrarán las actividades preventivas.* No puede esperarse que una política preventiva convenza y gane aceptación si se pasan por alto los obstáculos que contra las actividades preventivas existirán indudablemente en toda sociedad. Las políticas de prevención han llegado al fracaso por lo menos con tanta frecuencia como al éxito y podría sospecharse que esto es lo que suele ocurrir, porque quienes se dedican a desarrollar actividades preventivas no se han detenido a examinar con detenimiento y espíritu benévolo por qué hay gente que necesita consumir drogas, por qué hay campesinos que necesitan usar sus laderas para cultivar opio o sus campos para sembrar tabaco o cultivar uvas, ni por qué los médicos que sólo cuentan con cinco minutos para atender a cada enfermo tienen que recetar sustancias psicotrópicas, y así sucesivamente.

b) *Identificar los factores que de manera natural podrían contribuir a la prevención.* Las actividades preventivas tienen que estar unidas a las formas en que una sociedad en particular acostumbra trabajar y cambiar, y con las fuerzas y estructuras que pueden dar apoyo dentro de esa sociedad. Para obtener apoyo eficaz del gobierno o de la colectividad, deben también estar relacionadas con las necesidades y ansiedades de la sociedad, y con la propia visión que tenga la sociedad de los costos y amenazas que implica el problema de la droga. Para tomar otro encabezamiento del presente capítulo,

«¿Qué hay que prevenir?» es también asunto que debe definir cada sociedad en particular si en verdad se compromete a realizar actividades preventivas.

c) *Percibir los probables efectos secundarios.* El conocimiento íntimo de una situación particular, nacional o local, suele proporcionar datos que advierten acerca de los probables efectos adversos de un determinado procedimiento preventivo. Por ejemplo, puede ser evidente que una organización delictiva esté lista para introducir drogas a través de la frontera si se adoptan medidas demasiado radicales, o quizá se advierta claramente que puede darse un gran impulso a la destilación doméstica con peligrosos contaminantes si se impone repentinamente un control demasiado estricto sobre las ventas de bebidas alcohólicas.

d) *Tener sentido de las proporciones.* Ya se ha puesto de relieve este asunto: el conocimiento íntimo de la ecología local del consumo de drogas puede muy bien ofrecer una impresión sobre la rapidez que puede esperarse de los progresos y la prevención, o de la mejor manera de abordar problemas delicados o asuntos que marchan lentamente.

e) *Estrategias múltiples y su acción recíproca.* Será necesario examinar la serie de estrategias que pueden ser favorecidas o aceptables en un ambiente sociocultural determinado, y luego examinar cómo esos métodos pueden reforzarse o entrar en contradicción cada uno con los demás en ese ambiente en particular.

f) *Revisión y vigilancia.* El significado de la vigilancia debe depender también de lo que en un ambiente en particular se considere como el grupo esencial de variables por vigilar, y de las posibilidades que existan de medir esas variables en ese ambiente.

g) *La capacidad de examinar ambientes pequeños y problemas pequeños.* La capacidad de percibir las posibilidades de alianza entre la prevención y el ambiente, y la percepción paralela e igualmente importante del ambiente como factor que puede frustrar actividades mal ajustadas, debe depender no sólo de la capacidad de examinar amplias características socioculturales del ambiente nacional, sino también de una disposición sostenida a considerar la gran variedad de ambientes que contiene una sociedad más amplia. Por ejemplo, es necesario conocer la cultura de la aldea, los factores determinantes de las microepidemias de consumo de heroína en las ciudades y las causas de que las mujeres de un suburbio determinado reciban recetas de benzodiacepinas.

En consecuencia, la experiencia parece enseñar que las actividades preventivas por lo que respecta a los problemas de las drogas

jamás pueden imponerse sobre la sociedad y la cultura. Para que todas esas actividades tengan alguna perspectiva de éxito (y para evitar probabilidades de causar daño) tienen que fundarse en una clara disposición a escuchar, comprender y recibir información. Por tanto, la prevención es una invitación a cambiar y no una orden, y esa invitación sólo se aceptará si es razonable.

ESTABLECIMIENTO DE UNA POLITICA Y PLANIFICACION DE UN PROGRAMA EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL*

La planificación práctica de programas nacionales contra las drogas debe tener en cuenta las complejidades derivadas de la cantidad y variedad de drogas que se emplean, la amplia diversidad de formas en que se consumen y las distintas circunstancias personales y socioculturales de los que las utilizan. En los países desarrollados se ha hecho común el uso indebido de múltiples drogas, que se está extendiendo a los países en desarrollo. Como están en constante cambio las modalidades del uso indebido de las drogas, los programas deben ser flexibles y las estrategias mantenerse en constante revisión.

NECESIDAD DE POLITICAS NACIONALES

Se entiende aquí por política una declaración del gobierno en la que se exprese una serie de intenciones que habrán de orientar al desarrollo de un programa. Una política sobre control de drogas no puede considerarse aparte de las políticas económica, social y sanitaria. Múltiples factores influyen sobre una política; hay influencias políticas, económicas e internacionales, así como presiones de grupos profesionales, religiosos y otros más dentro de la comunidad.

La planificación y el desarrollo de programas deben ejecutarse dentro de la estructura de la política nacional y no de manera fragmentaria; sin embargo, en la práctica es frecuente que se elabore una política después del desarrollo de un programa. Por supuesto, no es fácil establecer una política racional que cubra todos los aspectos de prevención y lucha contra el uso indebido de las drogas, además del tratamiento y la rehabilitación de los que consumen drogas.

Muchos países confían en un modelo punitivo basado en la aplicación de la ley, aunque es frecuente que carezcan de recursos para

* Por A. Arif.

aplicarla con eficacia. Los propios tribunales pueden actuar de manera confusa y tratar con escasa congruencia a los consumidores de drogas. Aunque la mayoría de los países reconocen que las personas dependientes de las drogas necesitan asistencia sanitaria, son pocos los que realmente la proporcionan. Algunos países han adoptado una estrategia médica y otros una educativa. En la mayoría de los casos, en lugar de una acción integrada y equilibrada sobre la base de una política bien concebida, hay una mezcla de estrategias cuyos elementos guardan poca relación entre sí.

Una política debe ser realista y factible. Debe analizarse en cuanto a sus posibles consecuencias prácticas, que deben tenerse en cuenta. De otra manera corre el peligro de quedar en el papel o de ser aplicada sólo parcialmente.

La planificación debe fundarse en datos

Para establecer una política nacional se necesita evaluar la naturaleza y amplitud del problema, pero este género de evaluación es todavía y en todas partes uno de los eslabones más débiles en la cadena de actividades que desarrollan los gobiernos para luchar contra el uso indebido de las drogas. Esto es comprensible: los consumidores de drogas rara vez se presentan en busca de asistencia a causa de actitudes sociales negativas hacia el uso indebido de drogas, el estigma que acompaña a éste y los castigos que acaso le apliquen. Hay dos formas principales de reunir datos:

a) *El empleo de la información existente.* Este procedimiento es el habitual en los países en desarrollo, porque carecen de recursos para obtener otra información que no sea la común y corriente. No obstante, los datos asequibles suelen ser incompletos. No puede esperarse información completa y precisa únicamente de fuentes oficiales. Los informes sobre producción ilícita y decomisos presentan limitaciones evidentes; en muchos países hay producción y tráfico ilícitos en grandes proporciones, pero prácticamente no existe el uso indebido de las drogas porque éstas se exportan. Mientras que en algunos países, por disposición legal, es obligatorio notificar los casos de personas dependientes de drogas que acuden en busca de tratamiento, por lo general las instituciones de salud y asistencia social no siguen esta práctica. Los servicios forenses pueden proporcionar datos, pero también tienen sus limitaciones. En los países en desarrollo, la falta de fondos y de personal preparado es un obstáculo más que impide la evaluación adecuada del problema. Las posibles fuentes de información son, sobre todo, servicios de asistencia sanitaria, consultorios externos de hospitales, servicios de

urgencia, cuerpos de policía e instituciones penales, escuelas y universidades, las fuerzas armadas y otras instituciones públicas. Los datos pueden referirse a todo el país o a determinadas zonas o grupos de población; es necesaria la selectividad, puesto que los problemas del uso indebido de drogas no son homogéneos. La participación de esas instituciones en el acopio y elaboración de datos aumenta el conocimiento y la comprensión que tengan del problema de la droga y puede ejercer influencia sobre ellas para llevarlas a otras formas de participación en programas de lucha contra la droga.

b) *El empleo de encuestas a base de muestras.* Este método permite un estudio más detallado y completo de determinadas poblaciones, y cuando se repite periódicamente puede reflejar cambios en las modalidades del consumo de drogas. La OMS ha trabajado con algunos gobiernos para evaluar sus problemas de uso indebido de drogas, y en esta labor ha ideado una serie de instrumentos y métodos (véase la página 29). Estos se han ensayado primordialmente en países en desarrollo y se han utilizado como herramientas prácticas para obtener datos epidemiológicos comparables en diversos ambientes socioculturales y para evaluar diferentes tipos de problemas que plantea el consumo de drogas.

Habiendo determinado la extensión y gravedad del problema, se necesita entonces un análisis más detallado para identificar los tipos principales de droga que se emplean y su modo de consumo (drogas que se fuman, se comen y se inyectan por vía intravenosa o intramuscular). En general, la difusión de la inyección intravenosa implica problemas mucho más serios que las drogas comidas o fumadas. La cantidad de drogas utilizadas y la frecuencia de su uso son también indicadores de la gravedad del problema.

Cuando se presenta un proyecto de ley o se modifica una legislación, los planificadores deben prever nuevas formas de mantener bajo vigilancia el problema de la droga y tener en cuenta los efectos de los cambios legislativos sobre los medios de obtener información. Tienen que evaluar la utilidad de los métodos de represión contra el uso indebido de drogas. Necesitan información sobre medios materiales, personal preparado y recursos financieros para los programas de lucha contra el abuso de las drogas.

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACION

Muchos países han establecido órganos para coordinar las actividades nacionales relacionadas con los problemas de drogas. Esos órganos deben establecerse desde el principio porque tienen que

participar en la elaboración de las políticas. Los otros departamentos gubernamentales, además de los encargados de la sanidad y la asistencia social que tienen relación con el problema, son los de administración, planificación, desarrollo, educación, justicia y policía, asuntos exteriores y hacienda. Pero, a pesar de que concuerdan las opiniones sobre la necesidad de establecer una coordinación interdepartamental, en la mayor parte de los países persiste un problema a ese respecto. Tanto ministerios como departamentos tienen fuertes tradiciones de independencia, lo que suele provocar una falta de comunicación.

En la mayoría de los países el Ministerio de Salud hace frente al problema de la farmacodependencia y, en algunos países, también el Ministerio de Asistencia Social o el de Seguridad Social. Como la producción y venta de estupefacientes y materias primas afines es una fuente importante de ingresos públicos, en algunos países la administración del control de drogas está a cargo del Departamento de Hacienda. En otros, está bajo la responsabilidad del Ministerio de Justicia y del Ministerio del Interior por el alto orden de prelación en que se coloca el tráfico ilícito de drogas.

Algunas organizaciones profesionales como las asociaciones médicas pueden contribuir de muchas maneras a la elaboración de programas, particularmente en actividades de enseñanza e investigación. Asimismo, es importante la coordinación con organizaciones no gubernamentales que a menudo suplen o complementan actividades gubernamentales. En muchos países tienen sus propios servicios de asistencia y también desempeñan una parte importante en la prevención y en la educación del público. Su labor es más eficaz cuando existe un auténtico enlace con el comité nacional siempre que puedan conservar su independencia respecto del gobierno, como parte de esa tradición tan estimada de la acción voluntaria. Los fondos suelen proceder en parte de fuentes oficiales.

Es fácil manifestar que debe establecerse un órgano nacional de coordinación, pero es difícil establecer los principios generales que deben orientar su composición y funciones, por las diferencias que existen entre los distintos países en cuanto a tradición, constitución, condiciones políticas y nivel de desarrollo de la administración central. No obstante, en años recientes se ha desarrollado una serie de estructuras, nacionales y regionales, que merecen examinarse, y también pueden distinguirse distintos tipos de mecanismos de coordinación.

Uno de esos tipos es el *comité de coordinación* del gobierno central, que puede establecerse entre ministerios, organismos o departamentos y que puede tener como representantes permanentes a

altos funcionarios de diversos ministerios o despachos. La composición del comité estará determinada por sus atribuciones, pero debe ser lo suficientemente amplia para la tarea que va a desempeñar. Ejemplos de ello proporcionan Birmania, Indonesia y Malasia.

Un segundo tipo adopta la forma de una *junta* o *comisión de estupefacientes*. Normalmente tiene la función de planificar, organizar y coordinar actividades en el orden nacional. Los miembros de la junta o comisión proceden de departamentos gubernamentales interesados o de órganos ajenos al gobierno. La junta de estupefacientes difiere esencialmente del comité interdepartamental en que tiene responsabilidades ejecutivas permanentes. Presenta informes al gobierno y en algunos casos directamente al jefe del estado. Cuenta con una secretaría permanente que se encarga de llevar a cabo el programa y de establecer la coordinación cotidiana entre otros diversos órganos participantes. De cuando en cuando, y según se necesiten, muchas de esas comisiones nacionales utilizan los servicios de expertos externos como asesores. Pakistán, Singapur y Tailandia son ejemplos de ello.

Un tercer tipo de mecanismo de coordinación se encuentra en países que tienen un sistema federal de administración: un *instituto nacional de lucha contra los estupefacientes* o un órgano similar. Un instituto o centro nacional de esa índole puede funcionar de diversas maneras. Puede ser un gran órgano de programación dedicado a investigaciones, documentación, intercambio de informaciones, evaluación y asesoramiento administrativo para otros departamentos gubernamentales. En algunos países puede servir exclusivamente como un centro que proporcione recursos financieros y orientación a otros departamentos. Esta forma de coordinación es, evidentemente, más costosa que las demás; se utiliza en varios países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos de América.

Una cuarta forma de estructura es la *junta de estupefacientes*, generalmente agregada al Ministerio del Interior y a menudo interesada únicamente en la aplicación de las leyes. Algunos países han establecido una oficina o sección para estupefacientes, que depende del Ministerio de Salud y se relaciona principalmente con las importaciones y la fiscalización de estupefacientes en el ejercicio de la profesión médica.

Un modelo ideal sería un sistema integrado de operaciones que uniese todas las actividades relacionadas con el uso indebido de drogas dentro del país, que contase con la debida autoridad y fuese un órgano directivo establecido y en estrecho contacto con los asuntos políticos del país. Los mecanismos de coordinación debieran establecerse por ley de manera que se definiese su autoridad, requisi-

tos, responsabilidad y estructura orgánica. Es de esperar que la coordinación eficaz sobre esas bases movilice recursos y asegure su mejor utilización. Aspectos fundamentales de la coordinación son el acopio y diseminación de informaciones, así como el disponer en todo momento de un cuadro completo de la naturaleza y extensión del problema. Un órgano coordinador puede ser sumamente útil para orientar el desarrollo del programa. También el asesoramiento al cuerpo legislativo puede ser una función vital; a menos que exista un órgano coordinador informado y capaz de hacerse cargo de problemas legislativos, la legislación en materia de drogas propende muy fácilmente a crecer de manera caprichosa.

Puede ser difícil obtener esa calidad y nivel de coordinación, pero el público debe tener conciencia de sus ventajas y de la necesidad que existe de contar con ella para poder luchar contra el problema de la droga.

PROGRAMAS NACIONALES

En el presente capítulo hemos sostenido la necesidad de establecer políticas nacionales —declaraciones de intención— sobre los problemas de las drogas y de una política nacional coordinada. Pero las intenciones tienen que pasar a la acción, y aquí las acciones significan programas. Por tanto, vamos a examinar diversos aspectos de la planificación de los programas y de su aplicación.

Objetivos de los programas nacionales

Lo ideal sería que los programas comenzaran con la prevención primaria, pero, como ocurre en muchos países, cuando la farmacodependencia ya constituye un problema, la intervención debe iniciarse con el tratamiento y la rehabilitación. Por esta razón, tienen que fijarse objetivos a corto plazo y establecerse servicios para alcanzarlos dentro del sistema de asistencia sanitaria. Los objetivos deben definirse claramente y poder alcanzarse con los recursos existentes; deben también ser mensurables, de manera que pueda evaluarse la marcha de los trabajos para conseguirlos. Los objetivos comunes a corto plazo son los siguientes: poner a las personas farmacodependientes y a los usuarios experimentales en contacto con servicios de tratamiento; persuadir a las personas farmacodependientes para que acepten el tratamiento; atenuar las complicaciones médicas y psicológicas del uso indebido de drogas; mejorar el comportamiento social de las personas farmacodependientes; disminuir la conducta delictiva o ilegal asociada con el uso indebido de drogas; establecer servicios

especiales de prevención de recaídas después del tratamiento, y reducir el tráfico ilegal de drogas ilícitas abatiendo la demanda. A largo plazo han de perseguirse los dos objetivos comunes de reducir la incidencia y la prevalencia de la toxicomanía y establecer mecanismos para planificar, evaluar y modificar las actividades del programa, en conformidad con necesidades que van cambiando y con la evaluación constante del programa (1).

Planificación del tratamiento

Existen muchos modelos de tratamiento y se ha encontrado que algunos son más eficaces que otros en determinados ambientes. Un modelo de tratamiento que se considera eficaz en un ambiente socio-cultural no necesariamente produce los mismos resultados en otros lugares. Aun para diferentes zonas del mismo país sin duda se necesitarán diferentes modelos. Por ejemplo, un plan para combatir el consumo de tranquilizantes entre amas de casa de una ciudad será muy distinto de otro para combatir el uso indebido de solventes entre adolescentes de zonas rurales. Los planes deben tener en cuenta el tipo de consumo de drogas, la población de usuarios a la que van dirigidos y los factores socioculturales pertinentes. En definitiva, la meta del programa es la integración social de cada persona dentro de la vida de la comunidad.

A quién tratar, y la evaluación antes del tratamiento

Es común que se pregunte: ¿A quién tratar? No todos los usuarios de drogas necesitan tratamiento. Quienes consumen drogas deben ser sometidos a una evaluación minuciosa para determinar cuáles son los que necesitan tratamiento. Muchas personas, tanto jóvenes como adultos, experimentan con drogas y algunos las consumen con irregularidad. En algunos países se encuentran en las ciudades muchos de esos usuarios ocasionales. Aplicar programas de tratamiento a todos éstos sería apartarse de la realidad: muchos no desearán tratarse y es dudoso que el tratamiento tenga mucho que ofrecerles.

El uso tradicional de drogas en ciertas poblaciones rurales requiere también un criterio especial. La masticación de coca en algunos países andinos y la de khat en el Yemen Democrático y en la República Árabe del Yemen, así como en algunos países africanos, son usos tradicionales de esas drogas y están relacionados estrechamente con el ambiente y la forma de vida propios de esas regiones. De manera análoga debe entenderse el consumo tradicional de opio que se fuma y come en poblaciones rurales. En esas zonas los programas deben dirigirse hacia el desarrollo socioeconómico general, así como

al de la comunidad, y también a la prestación de servicios de atención primaria de salud y de alimentación adecuada, y no hacia una medicalización impropia del problema. En algunos países, los oficiales de policía, los jueces y los profesores suelen pensar que todo aquel que ingiere drogas, incluso de manera experimental, debe ser tratado, porque ha arraigado en él la idea de que es mejor la inclusión en un programa de tratamiento que el castigo en una prisión.

Cuando se evalúa la condición de un individuo para tratarlo, es importante determinar qué drogas consume y en qué cantidad, con qué frecuencia y por cuánto tiempo las ha estado tomando. Los análisis de laboratorio de los líquidos orgánicos pueden contribuir al diagnóstico, pero no pueden indicar el grado de dependencia. Esta y su gravedad siguen determinándose mediante el juicio clínico fundado en los antecedentes, la observación y el examen físico.

Igualmente es importante el conocimiento de la parte que desempeña la familia. Cuando se va a aplicar un tratamiento, debe precisarse si habrá de ser ambulatorio, con desintoxicación en el hogar, o en el hospital, durante un periodo inicial o por un tiempo prolongado.

Criterios fundamentales de tratamiento

Hay cuatro elementos fundamentales de tratamiento que se emplean comúnmente:

- a) Supresión y desintoxicación;
- b) Mantenimiento inicial de la droga, sustitución ulterior y empleo de agentes de bloqueo y sensibilización;
- c) Comunidades terapéuticas autorreguladas;
- d) Asesoramiento psicológico y social, orientación profesional y vigilancia ulterior (2).

En cada elemento pueden utilizarse diversos métodos, aisladamente o en combinación.

Sin embargo, el tratamiento y la rehabilitación deben considerarse como un continuo; su separación tradicional ya no se justifica. La rehabilitación, el contacto que se mantiene, el asesoramiento y la asistencia que se presta al paciente para que llegue a restablecerse en condiciones normales de vida dentro de su comunidad son partes integrantes del tratamiento.

Supresión, desintoxicación y servicios correspondientes. La supresión es únicamente un aspecto del programa total de tratamiento. La supresión de drogas de tipo opiáceo es relativamente sencilla, inocua y poco costosa, y requiere un tiempo corto, generalmente de una a tres semanas. Suele aplicarse mediante la reducción progresiva del consumo de drogas o sustituyendo éstas por metadona. En mu-

chos países, especialmente los que están en desarrollo, se practica la supresión brusca de las drogas con tratamiento sintomático a base de sedantes y tranquilizantes. Muchas personas farmacodependientes buscan el tratamiento por los síntomas de abstinencia y no porque deseen dejar de consumir drogas. La desintoxicación puede llevarse a cabo en hospital o en un servicio de consulta externa, según sea el tipo de drogas que van a suprimirse. La elección del lugar de tratamiento depende de muchos factores, en particular la motivación del paciente, el apoyo de la familia, las complicaciones médicas, el estado físico del paciente y otros factores del ambiente social. Está indicada la desintoxicación del paciente internado, que necesita mucha atención, cuando se suprimen drogas de personas que dependen de barbitúricos y de fármacos del tipo del alcohol, pues la supresión puede ocasionar efectos graves como psicosis, *status epilepticus* y colapso físico; esto se aplica también a todos los pacientes con graves afecciones médicas. Los usuarios de drogas no siempre vuelven a su estado normal inmediatamente después de suprimirlas; puede ser que se necesite además y por un periodo prolongado tanto tratamiento como asesoramiento (1). La intensidad de la ayuda necesaria debe determinarse en cada persona y no aplicarla de manera uniforme, en un alto nivel, a todos los pacientes. Los servicios de consulta externa ofrecen las ventajas, especialmente para los países en desarrollo, de un costo bajo y de poder atender a gran número de pacientes. Actualmente se está utilizando la acupuntura, en pacientes internados y en externos, con fines de desintoxicación, en muchos países y regiones, sobre todo en Birmania, Hong Kong, Pakistán y Tailandia.

Mantenimiento inicial de la droga, sustitución ulterior y empleo de agentes de bloqueo y sensibilización. Es un principio médico aceptado el tratar los síntomas cuando no puede identificarse el padecimiento que los produce. La dependencia respecto de drogas del tipo de la morfina y de los barbitúricos, por ser un estado recidivante crónico, queda comprendida en la condición antes señalada. El método de mantener la administración de opiáceos para las personas que dependen de ellos, tal como se practica en países que tradicionalmente consumen opio, por ejemplo, la India, Irán y Pakistán, y la sustitución de drogas con metadona, tal como se practica en los Estados Unidos de América, se fundan en ese principio del ejercicio médico. Se intenta aliviar algunos de los graves efectos psicopatológicos y sociales de la farmacodependencia sin necesariamente lograr una recuperación total e inmediata del hábito de consumir drogas. Un programa de mantenimiento persigue también las metas de reducir al mínimo el tráfico ilícito de drogas y disminuir el

comportamiento antisocial y delictivo. Conviene examinar con detenimiento hasta dónde pueden alcanzarse esas metas múltiples, que pudieran ser antagónicas.

Los programas de mantenimiento con opio se han emprendido en muchos países de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, donde tradicionalmente se consume opio y se cultiva la adormidera. Los países que aplican este tipo de programa algunas veces encuentran dificultades para ejercer la fiscalización adecuada sobre los suministros de opio. Los programas de este género requieren estricta supervisión y minuciosa vigilancia para obviar el riesgo de que pasen drogas al mercado ilícito.

Cuando se considera la posibilidad de aplicar un programa de mantenimiento a jóvenes o consumidores esporádicos de drogas (1), debe procederse con gran cautela. Incluso en los lugares donde se consume opio, el registro y los programas de mantenimiento en los que se utiliza opio están cuidadosamente, elaborados para incluir únicamente a los grupos de mayor edad y a personas con enfermedades crónicas, a quienes se les suministra la droga durante un periodo determinado.

Los programas ambulatorios de mantenimiento a base de metadona se han hecho populares, especialmente en Norteamérica y algunos países europeos. Recientemente, algunos países o regiones en desarrollo los han introducido en sus programas de desintoxicación (v. g., Hong Kong, Irán y Tailandia). En un estudio del Capítulo 4 se analizan las ventajas y desventajas de la metadona en esos ambientes. Por el momento, tal vez lo mejor sería que los países en desarrollo utilizarán la metadona con carácter experimental y sin otorgarle prematuramente un lugar establecido en gran escala.

Entre los agentes de bloqueo hay ciertos agentes antagónicos específicos de las drogas opiáceas. Esos agentes precipitan los fenómenos de abstinencia en los dependientes de opiáceos. En las personas normales bloquean los efectos toxicomanígenos que podrían resultar por el consumo de opiáceos. Cuando se administran con regularidad los agentes antagónicos contribuyen a prevenir la aparición de la dependencia y reducen el riesgo de una sobredosis mortal. Ejemplos de agentes antagónicos son la ciclazocina, la naloxona y el naltrexon (3). En la práctica es restringido el uso de esas drogas. Los estudios publicados no ofrecen una evaluación suficiente de su empleo, pues en ellos no se han utilizado grupos de control.

Entre los agentes de sensibilización, el disulfiram es un disuasivo del consumo de alcohol, bien conocido y ampliamente utilizado.

Comunidades terapéuticas autorreguladas. Estas comunidades, como medios de tratamiento y rehabilitación de personas farmaco-

dependientes, comenzaron en los Estados Unidos de América y se han difundido, con algunas variantes, en muchos países europeos y también en algunos países del Asia oriental y sudoriental.

Se proponen capacitar a los pacientes para que cambien la imagen que tienen de sí mismos y venzan su dependencia respecto de las drogas, utilizando como medio la vida en una comunidad cerrada que exige una disciplina estricta y el afrontamiento de los problemas. Hay discusiones en grupo en las que se intenta hablar con franqueza y convencer a los participantes de que hagan frente a la realidad y no se refugien en actitudes negativas. Puede haber oportunidades de aprender nuevos conocimientos técnicos útiles para el trabajo. Los estudios realizados en los Estados Unidos de América han mostrado que aproximadamente del 18 al 25% de los admitidos en esas comunidades cumplieron con todas las fases de los programas.

Asesoramiento psicológico y social, orientación profesional y vigilancia ulterior. Estas medidas tienen relación con los factores y problemas psicosociales y socioculturales, en particular el ambiente familiar, que están en la base o son el resultado del uso indebido de drogas. El procedimiento se funda en el trabajo social de casos y en la psiquiatría comunitaria. Cada paciente requiere una evaluación psicológica y social adecuada antes de prescribirle la terapéutica específica. Los servicios de asesoramiento, apoyo y vigilancia ulterior son elementos esenciales del tratamiento. En los países occidentales, la formación profesional puede desempeñar una parte importante para restablecer a la persona farmacodependiente dentro de la sociedad. Es menos importante en regiones de países en desarrollo, como las zonas rurales de Birmania, la República Democrática Popular Lao y Tailandia, donde la mayoría de las personas farmacodependientes son ya expertos agricultores.

Integración con el sistema general de asistencia sanitaria y relación con la atención primaria de salud

En los lugares donde el consumo de drogas se asocia a la falta de servicios de salud, como en algunas zonas rurales de Afganistán, Birmania, Irán, Pakistán y Tailandia, la atención primaria de salud debe desarrollarse como parte del plan. Los programas de tratamiento deben siempre tener en cuenta los servicios de sanidad existentes. En la mayoría de los países desarrollados, donde esos servicios tienen buen financiamiento y están al alcance de todos los ciudadanos, los programas de farmacodependencia pueden adaptarse en general dentro de los sistemas existentes. Los países altamente desarrollados están en condiciones de sufragar instalaciones y servicios especializados y costosos, como las clínicas y hospitales de

farmacodependencia, y también organizaciones especiales de planificación. En cambio, los países en desarrollo tienen que dedicar sus recursos a procedimientos básicos como la lucha contra enfermedades, el saneamiento y la asistencia materna para atender sus necesidades más importantes. Además, es poco probable que deseen tener organizaciones o servicios especializados para el problema de las drogas. Por tanto, apenas se inicie la planificación, debe decidirse si son factibles los servicios especializados para combatir el uso indebido de drogas o si esos servicios deben estar integrados en los sistemas de salud primaria y asistencia social. En la mayoría de los países en desarrollo se necesitan más servicios de atención primaria de salud, y desde luego esos servicios pueden constituir un requisito previo para emprender programas contra las drogas. En varios países se han elaborado planes de estudio para preparar agentes primarios de salud (4, 5, 6).

La atención primaria de salud, tal como se entiende habitualmente, no podrá resolver por sí sola los problemas del uso indebido de drogas. La mayor parte de la atención primaria de salud está dedicada a los niños menores, las mujeres en edad de procrear y las personas de edad avanzada, así como a los enfermos. En esos grupos no está comprendido el sector principal de consumidores de drogas, que son, en general, jóvenes de sexo masculino, de 20 a 30 años de edad, que suelen quedar fuera del sistema de atención primaria de salud. Para los agentes que trabajan en este sistema se necesita un adiestramiento especial en los problemas que plantea el uso indebido de drogas en cada localidad; en la actualidad no se ofrece comúnmente ese adiestramiento. En la atención primaria de salud para usuarios de drogas debiera incluirse la identificación del problema, la evaluación de su etiología y un plan de ayuda; todo esto tiene que hacerlo el propio agente o alguna persona más capacitada que pueda acudir en su ayuda.

Los nuevos programas contra la farmacodependencia pasan por un lento proceso de desarrollo y ensayo. La experiencia muestra en general que no puede apresurarse la marcha de la atención primaria de salud, especialmente en los países en desarrollo, y que los proyectos más eficaces son a largo plazo. Deben instituirse proyectos de 5 a 10 años de duración para esperar un efecto importante sobre el uso indebido de drogas.

Los recursos y su administración

En todo plan es necesario identificar pronto los recursos financieros y humanos que se necesitan para llevarlo a cabo. Las personas que están asociadas a un programa prioritario se sentirán frustradas

si encuentran que ese programa es demasiado grande para los recursos que se le pueden asignar. En los países en desarrollo los recursos suelen ser muy limitados (o no existir) porque hay otras prioridades sanitarias y de asistencia social.

Con frecuencia, los culpables son los expertos porque no siempre abogan en favor de los recursos de tal manera que los altos funcionarios del poder ejecutivo (que tienden a considerar el uso indebido de drogas como problema principalmente de países desarrollados) comprendan cuán graves son los problemas relacionados con las drogas en los países en desarrollo.

En general, el financiamiento inicial para el programa estará a cargo del gobierno central. Algunas veces, la mayoría de los gastos para continuar el programa puede absorberlos la comunidad. En Guatemala y en otras partes (3) hay proyectos complejos de atención primaria de salud que han sido sostenidos casi totalmente mediante fondos locales después de obtener fuera de la comunidad un subsidio inicial. No es prudente continuar dependiendo de recursos externos. Las comunidades están dispuestas a apoyar proyectos que consideren importantes para las necesidades de la población. Los análisis de costo-beneficio ayudan a determinar los efectos adversos de programas que no paga la comunidad.

Un aspecto también muy importante es la formación de personal. En muchos países, particularmente los que se hallan en desarrollo, donde hay escasez de personal competente y calificado, sería alejarse de la realidad el preparar un gran número de especialistas exclusivamente para el tratamiento y la rehabilitación de personas farmacodependientes. Los ayudantes de medicina agentes sanitarios o auxiliares primarios de salud, las enfermeras de comunidades y los educadores sanitarios, todos ellos podrían seguir un breve curso sobre el tratamiento de farmacodependientes durante su adiestramiento básico o permanente, y podrían así desempeñar tareas bien definidas contando con la ayuda y bajo la supervisión de médicos y otros especialistas.

Fuera del sistema sanitario hay otras personas, como los maestros, trabajadores sociales, dirigentes religiosos y policías, que pueden aportar valiosas contribuciones a la prevención y el tratamiento. En algunos países se ha observado que la policía es particularmente útil para convencer a los pacientes de que acepten el tratamiento. Acerca de los recursos, lo que hay que preguntarse principalmente no debe ser «¿cómo podemos conseguir suficientes expertos?», sino «¿cómo podemos preparar personal para trabajar en el programa?».

Evaluación de los resultados

Será necesario evaluar la eficacia de todo programa. Dentro de éste deben estar comprendidas tanto la vigilancia como la evaluación para determinar las razones del éxito o del fracaso. Puede llevarse a cabo la evaluación mediante un estudio experimental bajo control en el cual se comparen diversos tipos de programa. Desgraciadamente, esas evaluaciones son raras inclusive en programas muy elaborados. Para medir la eficacia del programa y hasta dónde se han logrado sus objetivos declarados, deben fijarse varios indicadores en las etapas iniciales de la planificación, de manera que puedan reunirse datos sistemáticos del programa de tratamiento, tales como la tasa de abandonos, el índice de recaídas, el historial de empleo, las notas de escolaridad y conducta, los actos delictivos y arrestos, y los ingresos en hospitales. Pueden utilizarse las declaraciones de los interesados, complementadas mediante información independiente de las familias o amigos y de otros servicios. Deben definirse los criterios sobre abstinencia y, si se dispone de medios, conviene verificar las declaraciones mediante análisis de orina.

En muchos países se ha ideado un formulario especial que debe llenar el personal del programa cuando se inscribe un paciente, y ese formulario se mantiene al día hasta la fecha en que se le da de alta. Otro formulario especialmente diseñado es el que se utiliza en muchos países para los enfermos que han terminado su tratamiento. Esos formularios pueden adaptarse también para utilizarlos en la evaluación de los programas.

REFERENCIAS

1. OMS, Serie de Informes Técnicos, N.º 460, 1970.
2. KRAMER, J. F. y CAMERON, D. C. comps. *Manual sobre dependencia de las drogas*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.
3. MARTIN, W. R., Jasinski, D. R. y MANSKI, P. A. *Arch. gen. Psychiatry.*, **28**: 784-791 (1973).
4. *Crónica de la OMS*, **30**: 517-523 (1976).
5. NEWELL, K. W., comp. *La salud por el pueblo*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
6. BRYANT, J. H. Los agentes de salud de la comunidad, *Crónica de la OMS*, **32**: 157-161 (1968).

EL SENTIDO DEL PORVENIR*

*O body swayed to music, O brightening glance,
How can we know the dancer from the dance?*

W. B. Yeats**

EL PORVENIR DE LAS CULTURAS Y LAS SOCIEDADES

A lo largo de este libro se ha sostenido la tesis de que es imposible pensar en ningún aspecto del consumo de drogas, ni de actuar sobre éste con provecho, sin considerar cada etapa de ese problema (y nuestras actividades en relación con él) en su contexto sociocultural. Las líneas de William Butler Yeats, que sirven de epígrafe al presente capítulo, captan en un relámpago de visión poética lo que se ha tratado de expresar en este libro: es imposible separar la conducta humana de las invitaciones a comportarse conforme el contexto sociocultural lo señala y facilita. Hay algún punto al final en que el danzante y la danza al unísono se funden. Abstractar al hombre o a la mujer de la sociedad y la cultura es una fantasía. No se niega con esto el importante conocimiento de las diferencias que ofrece la constitución individual, pero el individuo, como quiera que esté constituido, sólo puede vivir, moverse y tener su propio ser en un ambiente determinado cultural y socialmente.

No tiene aquí cabida un amplio ensayo sobre futurología, pero sería fútil suponer que quienes se interesan especialmente en los problemas de la droga pudieran divorciarse del mundo en el que vamos a vivir y del provenir que ofrece ese mundo. Los recursos mundiales que cambian y aumentan la nueva pobreza o la nueva riqueza, probablemente habrán de ejercer influencia fundamental sobre los problemas de la droga y habrán de determinar cuánto dinero tendrá que invertirse en programas de lucha contra la droga. Además de esos aspectos externos y materiales del porvenir, el consumo de drogas (y las actividades destinadas a resolver los problemas de las drogas) será profundamente afectado por factores tales como los valores; el lugar que en todos sentidos se asigne al individuo en la sociedad; el valor que se otorgue a la libertad y a los derechos de buscar el placer, y la importancia y el significado esen-

* Por G. Edwards y A. Arif.

** ¡Oh, cuerpo arrastrado por la música! ¡Oh, radiante mirada!
¿Cómo distinguir al danzante de la danza?

cial que se conceda a la salud. En ocasiones se soslaya el interés que ofrecen esos asuntos por considerarlos utópicos, pero podría afirmarse que uno de los cambios que observamos consiste en redescubrir que son exactamente esos asuntos los que tenemos derecho a plantear. Pasarlos por alto ofrece peligros, entre ellos tal vez una aceleración del uso indebido de drogas, o del uso indebido de actividades curativas y preventivas.

LOS PROBLEMAS DE LA DROGA EN EL PORVENIR

En el primer capítulo de este libro se presenta un bosquejo de los actuales problemas de la droga en el mundo y se destaca el rápido cambio que han sufrido en los últimos decenios las modalidades y la extensión del uso de drogas. El cuadro parece ser amenazante de muchas maneras, y hay más ejemplos de la difusión de los problemas de la droga que de su regresión. En un mundo cuyos viejos valores y estructuras se hallan en crisis y entran en descomposición, claramente se ve que gran parte del prolongado equilibrio entre las sociedades y su consumo de drogas acabará también por romperse. Es probable que en el porvenir inmediato el mundo experimente una intensificación de los daños derivados de las drogas.

Existe ya una tendencia a homogeneizarse en todo el mundo el consumo de drogas. El cannabis, que hasta decenios recientes era sobre todo propio del Oriente, ha llegado a establecerse plenamente en las sociedades occidentales. El alcohol, que por tanto tiempo ha sido la droga tradicional del mundo occidental, está planteando cada vez más problemas a los países del Este. El uso indebido de agentes psicotrópicos está convirtiéndose rápidamente en un problema universal. Pero, en paralelo con esta creciente homogeneidad, una modalidad anteriormente unitaria del consumo de drogas está fragmentándose en muchas culturas hasta constituir muy diversas modalidades: las sociedades plurales originan problemas plurales de droga.

Si definimos que lo más importante de un problema está en esencia determinado social y culturalmente, también podemos esperar que ocurran cambios profundos en los procesos de la definición. Lo que ahora es importante como problema acaso no se defina de igual manera dentro de diez años, o quizá en ese periodo surjan nuevas definiciones del problema. Por ejemplo, es posible que en años recientes haya existido una propensión exagerada a destacar el consumo de drogas en sí o el estado de dependencia como el problema esencial, en lugar de definir el problema más fundamentalmente en función del daño consiguiente. Por una parte, algunas

sociedades se van inclinando a considerar de manera más tolerante las formas de consumo de drogas que no son muy nocivas, pero que actualmente no se permiten; por otra parte, el hábito de fumar se considera cada vez más como problema por los daños que produce. En la actualidad, en la mayoría de los países no se ve el consumo del alcohol como problema por lo que respecta simplemente a su consumo; el alcoholismo es el que produce inquietud. No obstante, hay en marcha una tendencia a establecer en un cierto nivel el consumo de alcohol como problema para las sociedades, dada la probable asociación entre el consumo de bebidas en un país y la cantidad de daños relacionados con el alcohol.

Incluso donde no hay grandes cambios en cuanto a la definición de problemas, puede haber modificaciones en el orden de prelación que tienen esos problemas. Por ejemplo, tal vez esté surgiendo una tendencia a acordar más alta prioridad a drogas aceptadas socialmente como el alcohol y el tabaco, o a drogas que se recetan lícitamente como las benzodiazepinas, en relación con las drogas tradicionalmente ilícitas. Quizá esté desapareciendo la dicotomía entre políticas orientadas hacia las drogas lícitas, por una parte, y las sustancias ilícitas, por la otra.

EL PORVENIR DEL TRATAMIENTO DE LAS TOXICOMANIAS

En el Capítulo 5 ya se han examinado algunos aspectos del porvenir del tratamiento. Pero, independientemente de consideraciones teóricas, es evidente que en muchas partes del mundo falta la ayuda sociomédica en los aspectos fundamentales para personas que se hallan en dificultades por consumir drogas. En muchos países, todavía es frecuente encontrar personas que se consumen en la cárcel en lugar de recibir una ayuda constructiva. Hay alcohólicos que mueren de delirium tremens por falta de los conocimientos técnicos más sencillos. No existen servicios sumamente necesarios para detoxificar a personas farmacodependientes. A menudo se carece aún de los rudimentos necesarios para la rehabilitación. Por tanto, debe esperarse que en el porvenir inmediato se emprendan actividades vigorosas para lograr que se atiendan esas necesidades y se resuelvan los respectivos problemas de organización.

Pero, al mismo tiempo, debe procurarse que la extensión de instalaciones y servicios no signifique ampliar de manera más burda el modelo médico, que condiciona y enseña al individuo a vivir en el desamparo y a la comunidad a abandonar sus responsabilidades. Los

profesionales que pueden prestar su ayuda no deben encargarse de resolver todos los problemas, ni debe esperarse que lo hagan. Una actividad planificada en función únicamente de la asistencia médica no sólo estaría por encima de los recursos económicos de cualquier país, sino que, muy probablemente, sería en gran parte ineficaz. Lo que se necesita es más bien impulsar el desarrollo de un modelo que considere el tratamiento como una asociación entre el individuo, la comunidad y las profesiones coadyuvantes, con estas últimas desempeñando una función asistencial.

Asimismo, parece probable que en el curso del próximo decenio aumente el interés por lo que anteriormente se consideró que eran los aspectos no específicos del tratamiento: el escenario y las expectativas, la parte por desempeñar y la autodefinición dada, el optimismo que se genera, las metas que se definen en colaboración, el sentido de autonomía que puede restablecerse y la relación terapéutica. La esperanza para el porvenir debe estar en función de comprender y desarrollar esos procesos y menos en esperar nuevas maravillas tecnológicas. (Sin embargo, la importancia terapéutica de recientes descubrimientos sobre la capacidad que tiene el organismo de producir sustancias semejantes a las opiáceas ofrece posibilidades sumamente interesantes.) Por supuesto, debe existir una disposición a explorar más profundamente la alianza entre los procesos naturales que fomentan y refuerzan el restablecimiento y las intervenciones terapéuticas.

EL PORVENIR DE LA PREVENCIÓN

También aquí abordamos un tema que ha recibido atención en un capítulo anterior (Capítulo 7). Igualmente, en este caso es necesario poner de relieve el mismo tema fundamental de esa congruencia que debe existir entre la respuesta de la sociedad y el contexto sociocultural como asunto que requiere conocerse y examinarse detenida y constantemente; es de esperar que este aspecto sea objeto de más atención que en el pasado. En algunos sectores lo que puede verse es un nuevo equilibrio de inversiones en los programas generales, en los que se concede un orden más alto de prioridad a la prevención. Por ejemplo, en relación con los problemas del alcohol es probable que en algunos países se haya dado excesiva importancia al tratamiento y se haya descuidado la prevención.

Otro asunto, por cierto inquietante, nos lleva a considerar si no estarán condenadas al fracaso algunas de nuestras actuales actividades preventivas, si la acción que se ejerce sobre problemas sustanti-

vos no será una actividad digresiva para disculpar nuestro descuido respecto de problemas sociales más profundos que dan origen al uso indebido de sustancias. En el ejemplo del estudio monográfico sobre las modalidades de la bebida en Kenya, nadie podría suponer seriamente que los problemas de Kenya en ese aspecto fueran a resolverse mediante una campaña antialcohólica únicamente. Esto no significa predicar la desesperación ni prestar apoyo a la indiferencia, pero es necesario procurar que la sociedad no evada sus responsabilidades concentrándose indebida y demasiado superficialmente en los problemas de la droga. Una vez más nos atrevemos a ser utópicos.

Habiendo afirmado que la aplicación más burda del modelo médico puede en ocasiones llevar consigo un desamparo aprendido, por lo que respecta a la capacidad del individuo para ayudarse a sí mismo, podría entonces examinarse la afirmación paralela en cuanto se refiere a la prevención. ¿Podríamos esperar que las comunidades mismas —personas en determinados sitios de trabajo o escuelas, grupos caracterizados por alguna especial conciencia común, como los grupos femeninos— tomaran la iniciativa de formular sus propias políticas preventivas en lugar de dejar que el Estado lo haga?

EL FUTURO CONTEXTO DE LAS INVESTIGACIONES

El sentido del porvenir, que aquí se expresa en función de una necesidad de conocer bien la relación que existe entre los más amplios campos socioculturales y el consumo de drogas, así como los problemas que éste plantea, y en función también de los cambios que han tenido las definiciones del problema de las drogas, lo mismo que su tratamiento y prevención, lleva implícito un nuevo programa de investigaciones. Sin entrar en detalles puede decirse que todos los problemas planteados bajo los encabezamientos anteriores son posibles temas de investigación. En la práctica, lo que podría esperarse es alguna tendencia a alejarse del predominio de una forma particular de investigaciones epidemiológicas sobre las drogas; esas investigaciones, aunque tienen su lugar, llegan en ocasiones a hacerse un tanto mecánicas y reiterativas, tratando al consumidor de drogas como un objeto de estudio totalmente divorciado del estudio de la cultura y de las instituciones sociales.

EL PORVENIR DE LA COOPERACION INTERNACIONAL

En el primer capítulo de este libro se describen las actividades de la OMS en relación con los problemas de la droga. Muchas de esas actividades apuntan a direcciones que ahora deben explorarse más ampliamente. En el plano de las organizaciones internacionales, lo que podría esperarse ver es una cooperación más estrecha entre diferentes organizaciones y mayores esfuerzos de cooperación dentro de las propias organizaciones. En este libro se ha insistido en la necesidad de relacionar las soluciones que se intenta dar a los problemas de la droga con aspectos más amplios de programas sanitarios y sociales, necesidad que también debe reconocerse en la estructura y los programas de las organizaciones internacionales.

Sea que las actividades internacionales se ejecuten por medio de organizaciones internacionales, sea por medio de algún otro proceso, lo que sin duda se necesita es una mayor disposición a tener en cuenta genuinamente las experiencias de otros países aparte del propio. Es de esperar que en lo futuro habrá un intercambio de ideas mucho más abierto que el que se ha visto en ocasiones, sin que predomine un punto de vista cultural. Esta consideración es vital igualmente para el tratamiento, las actividades preventivas (ya se refieren a la demanda, ya a la oferta) y las investigaciones.

Para tener en cuenta las experiencias de otros países debe uno, en primer lugar, tener la oportunidad de oírlos. Es enorme lo que se está pensando, discutiendo y logrando en muchos y diferentes países, y se necesita urgentemente contar con nuevas y más amplias formas de intercambiar esas experiencias. Hacia ese fin se orienta gran parte del actual programa de drogas de la OMS. Con ese mismo propósito, trata este libro de contribuir en alguna forma.

INDICE ALFABETICO

- Absceso, 172
Abstinentes, estudio de un grupo de, 118
Abu El Azayem, mezquita, 153
Acción sobre Tabaco y Salud (ASH), 257-259
Acido acetilsalicílico, 51
Actitud de la comunidad, 138
Actitud respecto al consumo de drogas, padres, 109
servicios de urgencias, 159, 160
Administración por objetivos, 136
Adolescentes, 44-48, 109
Afganistán, 22, 283
Agentes contra la ansiedad, 205
Agentes de bloqueo, 282
Agentes de sensibilización, 282
Agresividad, 159
Akron City, hospital, 188
Alcohol y alcoholismo, combinación con drogas, 158
como enfermedad, 254
culturas occidentales, 111, 288
dependencia, 171
disuasivos, 282
Egipto, 88, 152
factores económicos determinantes, 263
grupos religiosos, 116
historia, 49
Hong Kong, 239
Kenya, 93-99
métodos de tratamiento, 162, 167
modalidades de consumo, 25, 39, 54
mujeres, 211
Organización Mundial de la Salud, actividades de la, 34-35
prevalencia de, 254
prevención, ejecución de políticas, 254
estrategias, 250-252
formulación de una política, 252
prohibición, 177, 188
Punjab, 51, 53
recomendaciones limitadas en materia de políticas, 253-254
reducción de la demanda, 249-256, 267
Sri Lanka, 147
Taiwán, 239
Alcohólicos Anónimos (AA), 162, 187-194, 196, 197, 200, 201
crecimiento y desarrollo, 190
origen y antecedentes, 188
Alimentación, problemas de, 96
Altruismo recíproco, 139
Alucinógenos, 24
Ambientes y prevención, 271
América del Norte, véase Estados Unidos de América
América del Sur, regiones andinas, 12, 65-73, 109, 266
Análisis costo-beneficio, 285
Anfetaminas, 24, 43, 45, 91, 112
Anoréxicos, 206
Antidepresivos, 150, 156
Antipsicóticos, 205, 206
Arabia Saudita, 106
Asesoramiento, 283
Asia Sudoriental, 235-241
Asistencia sanitaria, 216, 219
asesoramiento, 259
estudios monográficos, 118-193
programas, 27, 28, 242, 284, 285
Asistencia ulterior, 136
Asociación Central para la Prevención

- del Alcoholismo y los Tóxicos Embriagantes, 152-154
- Asociación de Egresados, 136-138, 199
- Asociaciones de consumidores, 209
- Asociación Médica de Gran Bretaña, 209
- Autoayuda, 187-194, 201
- Autoevaluación, 137
- Ban Phui, 214, 217
- Ban Phui Nueva, 214
- Barbitúricos, 24-25, 43, 91, 112, 158, 159, 172, 281
- Bencina, 24
- Benzodiacepinas, 16, 205, 213
- Betel, 40
- Birmania, actitud respecto a las drogas y motivos de la iniciación del consumo, 63-64
- características de los opiómanos y heroínómanos, 62
- modalidades de consumo de opiáceos, 64
- servicios de salud, 283
- Bronquitis, 257
- Budismo, 139-144, 147, 197
- Budismo shinshu, 164
- Bunsan-Naikán*, 165
- El Cairo, 88, 153
- Cambios sociales y ambientales, 95-97, 226-234, 227-235
- Cambios socioculturales, 291
- Campaña contra el tabaco, 266
- Canadá, investigación, 211
- reducción de la demanda de alcohol, 249-256
- Cáncer del pulmón, 238, 257
- Cannabis, combinado con alcohol, 98
- Egipto, 88
- India, 48-53
- Jamaica, 13, 82-88
- Lahore, 176
- modalidades de consumo, 23, 44, 45, 112, 171, 172, 288
- Tailandia, 40
- Cannabis Indica*, 84
- Cannabis sativa*, 84
- Características socioculturales, 196
- Catha edulis*, 99
- Centro de Rehabilitación de Shek Kwu Chau (SKC), 132, 135, 137
- Centro de Tratamiento de Mujeres de Wanchai, 132, 137
- Ciclazocina, 282
- Ciudad de México, 13
- Clorodiacepóxido, 205
- Clorodina, 232
- Clorpromazina, 176
- Coca, 12, 23, 65-73, 109, 112, 279
- Cocaína, 23, 48, 91, 160, 266
- Colas y barnices, 24, 237
- Coleridge, Samuel Taylor, 227
- Comisión de estupefacientes, 277
- Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, 32
- Comité de Acción contra los Estupefacientes, 138
- Comité de coordinación, 276
- Comunidades terapéuticas autorreguladas, 282, 283
- Confianza en sí mismo, 190
- Consejo de Educación Sanitaria, 260
- Contexto sociocultural, 287
- Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961, 32, 52, 177
- Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, 32, 177
- Crecimiento demográfico, 216
- Cultura, influencias, 95, 203, 204, 264
- integración, 109
- tratamiento, 196, 199
- Curanderos religiosos, 168
- Curanderos tradicionales, 197
- Chicago, 77-82, 220-226, 262
- Chiengmai, 214
- China, 237, 238, 265, 268
- Danshukai, 162-164, 165-166, 201
- Datos, búsqueda de, 274-275
- Datos demográficos, 159
- Departamento de Salud y Bienestar del Canadá, 209
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 209
- Dependencia, concepto de, 200
- definición, 20
- recuperación, 118
- Depresión, 150
- De Quincey, Thomas, 227
- Desarrollo socioeconómico, 279-280
- Descompensación, 268-269
- Desempleo e inflación, efectos, 98

- Desintoxicación, 280-282
- Diacepam, 176, 205, 209
- Dietilamida del ácido lisérgico (o liser- gida) (LSD), 14, 24, 91, 208
- Dificultades emocionales, 112, 205
- Diluyentes, 24
- Disminución de peso, 112
- Dispensario de Ataba, 151-153
- Disulfiram, 282
- División de Estupefacientes de las Na- ciones Unidas, 27, 31
- Djibouti, 99, 102, 106
- Doll, Sir Richard, 257
- Dominio sobre sí mismo, 190
- Droga, aplicaciones terapéuticas, 115
definición, 20
consumo de, 21, 108-117
- Drogas de consumo social, 249-256
véase también alcohol y alcoholismo:
tabaco, consumo de
- Drogas psicoactivas sintéticas, 91, 92
- Droga, uso indebido de, anomalía y efectos perjudiciales, 116
definición, 24, 111-115
determinantes económicos, 83, 263
dimensión de los problemas, 113
estrategias para reducir la demanda, 205-213, 265-267
mantenimiento inicial, 281-282
modalidades epidémicas, 115
modalidades socioculturales, 36-107
prevención y programas de lucha, 242-244
problemas, 22-35, 156, 157, 171-173, 288-289
repercusiones económicas, 201
sustitución, 267, 268, 281, 282
- Economía y desarrollo, 95-97
- Educación, profesionales de la salud, 211
sanitaria, 28, 29, 257, 260
«sobre drogas», 17, 241-247
- Efectos secundarios, 267-272
- Egipto, consumo de drogas, 88-93
tratamientos ambulatorios, 148-155, 197, 199
- Emigración, 96
- Empleo, 200
- Empresarios delincuentes, 268
- Encuestas a base de muestras, 275
- Enfermedades cardiovasculares, 257
- Escuelas, 80, 81, 109
- Estados Unidos de América, adoles- centes, 109, 110
consumo de metadona, 181-187
modalidades del consumo de droga, 77-82, 200
programas de prevención, 241-248
tratamiento de base comunitaria para reducir la demanda ilícita de he- roína, 220-225
- Estimulantes, 24
- Estructura y organización social, 266, 267
- Estudiantes, 80, 98, 109, 173
- Estudios en diversos países, 36-107
- Estudios epidemiológicos, 29, 142, 291
- Etiopía, 99, 102, 106
- Evaluación de, consecuencias, 247
procedimientos, 247
resultados, 247
- Factores psicosociales, 283
- Farmacología, importancia limitada de la, 116
- Federación Japonesa Danshu, 162
- Fenciclidina, 24
- Fenotiacinas, 205
- Fermetracina, 25
- Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID), 27
- Formación de personal, 285
- Formación de voluntarios, 218
- Formación y métodos de formación, 31, 218, 283
- Fronteras químicas, 18
- Fundación de Investigaciones sobre Farmacodependencia, 240, 253-255
- Ganja*, 45, 82-88
- Gran Bretaña, véase Inglaterra y Reino Unido
- Grupos étnico-religiosos, 79, 80
- Grupos religiosos, 116
- Guatemala, 285
- Hachís, 208
- Heroína, Australia, 23
Birmania, 23, 62-64
Canadá, 23
curación, 202
dependencia, 43, 223-224

- Estados Unidos, 23, 179-185, 220-225, 262
 fabricación, 42
 focos epidémicos, 16, 222
 Hong Kong, 23
 India, 54
 Italia, 23
 Macao, 23
 Malasia, 23, 45-46
 modalidades de consumo, 12-16, 23, 41, 240, 268
 Reino Unido, 23, 118-131
 República Federal de Alemania, 23
 Singapur, 23
 Suecia, 23
 Tailandia, 23, 141-143
 Viet Nam, 23
 «zonas de carga», 78, 220
- Hierbas medicinales, 141
 Hill, A. B., 257
 Hinduismo, 147
 Hipnóticos, 146, 156, 206
 Hmong, tribu, 37, 38, 214
 Hong Kong, alcoholismo, 239
 consumo de drogas, 111
 consumo de opio, 235, 236
 programa voluntario basado en la comunidad, 131-139, 197, 199
 rehabilitación, 195, 200
- Hospitales, departamentos de urgencias, 157-161
 tratamientos en los, 126, 127, 144-148
- Hospital General de Kandy, 144
 Hospitalización voluntaria, 147
 Hospital Mayo, de Lahore, 177
 Hospital Psiquiátrico Castle Peak, 132
- India, antecedentes históricos, 48-50
 cambios socioculturales, 53-55
 desarrollo socioeconómico, 48-55
 encuestas entre los estudiantes, 53
 tendencias del consumo de drogas, 50, 55
- Indonesia, 167-170, 199
 Industria farmacéutica, 205
 Influencia sociocultural, 11, 118, 279, 283
 Información, difusión e intercambio, 31
 fuentes de, 274
 programas, 243
- Inglaterra, consumo de opio en el siglo XIX, 16, 226-234
- Instituto de Farmacodependencia, 168
 Instituto de lucha contra los estupefacientes, 277
 Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, E. U.), 246, 248
 Instituto Nacional sobre Abuso del Alcohol y el Alcoholismo, 248
 Insulina, 150
 Intervención, 244, 245
 Investigación, de evaluación, 246
 porvenir de la, 291
 Inyección, hipodérmica, 232
 por vía intravenosa, 275
 Irán, 283
 Islam, el, 249
 Islamismo, 147, 153, 154
- Jamaica, 13, 82-88
 Jeque, como miembro del equipo terapéutico, 152
 Japón, 162-166, 197, 236, 237
 Junta de estupefacientes, 277
 Junta de mujeres sobre el alcohol y las drogas ilícitas, 211
- Karen, tribu, 39, 40, 214, 217
 Kenya, consumo de khat, 100, 106
 modalidades del consumo de bebidas, 93
 transformación cultural, 94, 95
- Khat, oferta, 101
 composición y efectos, 101
 consumo en grupo, 102-104
 efectos físicos, 104
 efectos sociales y fiscalización, 105, 107
 historia, 99, 100
 modalidades de consumo, 13, 14, 24, 99-107
 reacciones psicológicas, 105
 tratamiento, 279
- Kochi, prefectura de, 162
 «Komoru», 165
 Kratom, 40
- Lahore, 176, 178
 Lahu, tribu, 40
 Láudano, 233
 Ledermann, matemático francés, 250, 251
 Legislación, 16, 169, 231, 232, 259, 275
 Ley de Defensa del Reino 40B (R. U.), 233

- Ley de Medicamentos Peligrosos de 1920 (R. U.), 233-234
- Ley de protección a la infancia, 259
- Ley de tóxicos y farmacia de 1908 (R. U.), 233
- Ley Farmacéutica de 1868 (R. U.), 230
- Ley sobre drogas peligrosas, 120
- Librium, 205
- Lista de Tóxicos, 230
- Lisu, tribu, 40
- Londres, departamentos de urgencias de los hospitales, 157-159
- dispensarios de farmacodependencia, 119, 202
- Mae Cham, 214
- Maehongsorn, 214
- Mae Suk Kee, 217
- Mahoma, 152
- Malasia, consecuencias sociales del consumo de drogas, 47
- modalidades de consumo de drogas, 46, 47
- problemas de drogas entre adolescentes, 44-46
- Mariguana, 109, 167, 208
- Mecanismos de coordinación, 275-278
- Médico general, papel del, 168-178
- Medina, 152
- Meditación, 165
- Meprobamato, 92
- Metacualona, 45, 92
- Metadona, Estados Unidos de América, 179-185
- Hong Kong, 133
- modalidades de consumo, 158, 179, 200, 281
- programas de mantenimiento, 282
- Métodos de control, 267, 268, 276
- México, 73-77, 203
- Milner, Isaac, 228
- Mishirabe, 164
- Mitragyna speciosa*, 40
- Modalidades de prescripción y factores determinantes, 206-208
- Morfina, dependencia, 281
- Estados Unidos de América, 181
- Indonesia, 167
- Malasia, 45
- Pakistán, 175
- Reino Unido, 232
- Mormones, 116
- Movimiento Antialcohólico, 189
- Mujer y Toxicomanías, carpeta auxiliar, 212
- Naikan (terapia), 162-166, 197
- Nairobi, 98
- Nalorfina, 132
- Naloxona, 282
- Naltrexon, 282
- Neurolépticos, 206
- Nigeria, 170-174, 197
- Observación ulterior, 147
- Opciones al consumo de drogas, 244
- Opiáceos, 156, 160, 281
- modalidades de consumo, 112
- Opio, Afganistán, 22
- Bangladesh, 22
- Birmania, 22, 62-64
- China, 268
- Egipto, 22, 90, 91, 152
- fumadores, 12, 45, 46, 143, 167, 238, 268
- Hong Kong, 22, 131
- India, 48-55
- Indonesia, 22, 167
- Inglaterra, 16, 226-234
- intoxicación, 229
- Irán, 22
- Macao, 22
- Malasia, 45, 46
- modalidades de consumo, 12, 22, 28, 36-46, 48-54, 56-62, 90, 91, 113, 131, 142, 269, 279
- Pakistán, 22, 56-62, 174-178
- prevención, 30
- programas de mantenimiento, 281, 282
- República Democrática Popular Lao, 22
- Singapur, 22
- Sri Lanka, 22, 144, 145, 148
- Tailandia, 22, 36-44, 142-143, 213, 214, 217, 262
- Viet Nam, 22
- Ordenanza sobre Tratamiento y Rehabilitación de Drogadictos, 132
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 27
- Organización Internacional del Trabajo, 27, 35

- Organización Mundial de la Salud, actividades en relación con los problemas del alcohol, 34-35
- actividades en relación con los problemas de la droga, 292
- centros colaboradores sobre farmacodependencia, 33
- estrategias, 27-32
- objetivos y prioridades, 26-27
- obligaciones en virtud de los tratados internacionales de fiscalización de drogas, 32-33
- programa, 27-32
- Países en desarrollo, 21, 27, 161, 274, 275, 283-286
- Pakistán, asistencia sanitaria, 283, 284
- consumo de opio, actitudes respecto al, 61
- características demográficas, 58, 59
- circunstancias del consumo inicial, 59
- efectos, 60, 61
- modalidades, 13, 57, 58
- muestra rural, 57
- muestra urbana, 56
- historia clínica del consumo de drogas, 59, 60
- papel del médico general, 176-179
- Perspectiva sociocultural, 119
- Perú, 109, 112
- Petidina, 171-173
- Planificación de la familia, 216
- Planificación de programas, 11, 17, 21, 273, 278-286
- Políticas, elaboración 17, 273
- formulación, 11
- Porvenir, cooperación internacional, 292
- culturas y sociedades, 287
- investigación, 291
- prevención, 290
- problemas de la droga, 288
- tratamientos, 289
- Prédica religiosa, 152
- Prevención, en armonía con la sociedad y la cultura, 270-272
- estrategias, 30, 262, 263, 274
- factores contribuyentes, 270, 271
- factores frustrantes, 270
- métodos, 239, 240, 250-253
- efectos secundarios, 267-272
- modalidades, 243, 244
- papel del médico de familia, 169
- general, 173
- políticas, 264
- porvenir de la, 290, 291
- programas, 30, 137, 239-248, 263, 264, 278, 279, 286
- Problemas de comportamiento, 175
- Problemas sociales, 150
- Productos inhalados, 24, 73-77, 237
- Procesos naturales y espontáneos de curación, 203, 204
- Programa de Farmacodependencia de Illinois, 220, 223
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas en Pakistán, 30, 175
- Programa Naciones Unidas/Tailandia de Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (UN/Thai PDAC), 31, 214, 216
- Programa de mantenimiento, 281, 282
- Prohibición, introducción y efectos, 177, 178, 188
- Proyecto de estabilización con metadona previa a la hospitalización (PEM), 133, 135
- Psicoterapia por autoobservación, 162
- Psicotrópicos, 16, 51, 79, 80, 155, 158, 160, 161, 167, 204, 205, 288
- recetas de, 262
- Publicidad por televisión, 259
- Punjab, 175-178
- Rastafarians, 13, 83
- Reacciones psicóticas, 25, 173
- Recursos y su administración, 284
- Red Nacional de Recursos para Evaluación de la Prevención (NPERN), 248
- Región andina de América del Sur, 12, 65-73, 109, 266
- Rehabilitación, 15, 133-136, 168, 195, 225, 280
- Reino Unido, consumo de opio en la Inglaterra del siglo XIX, 16, 226-234
- legislación, 16
- problemas por consumo de drogas múltiples, 155-161
- procesos de recuperación entre consumidores de heroína, 118-130
- programas de tratamiento, 188

- tabaquismo epidémico, 256-261
 República Árabe del Yemen, 99, 102, 106
 República Democrática Popular Lao, 240
 República Unida de Tanzania, 100
 «Revolución verde», 50
- Salud, formación de profesionales, 210
 formación de voluntarios, 218
 peligros para la, 116
 problemas de, 216
 «Sanscritización», 54
 Sedantes, 24, 156, 206
Schuchun-naikan, 165
 Sind, 175
 Sistemas de apoyo, 29
 Smith, Robert Holbrook, 188
 Sobredosis, 158-161
 Sociedad de Abstinencia Alcohólica, 163
 Sociedad para Ayuda y Rehabilitación de Drogadictos (SARDA) 132-139, 195, 199, 201
 Solventes
 véase: productos inhalados
 Somalia, 99, 102, 104
 Somníferos, 45
 «Spliffs», 86
 Sri Lanka, 144-148, 195, 200, 201
 Supersticiones, 216, 217
 Supresión de la droga, 167, 280, 281
 Supresión física en prisión, 128
 Surabaya, 168
- Tabaco consumo de
 China, 238-240
 determinantes económicos, 260-261
 dispensarios antitabáquicos, 259
 estrategias múltiples, 257-262
 fiscalización de precios, 259
 Hong Kong, 111
 India, 51
 Indonesia, 167
 legislación, 259
 Pakistán, 60
 peligros para la salud, 34, 35, 257, 258, 289
 prohibiciones públicas, 259
 Tailandia, 38, 39, 40
 tendencias en el, 23
 Tai Lam, cárcel, 131
- Tailandia, asistencia sanitaria, 283
 ciudades, 41-44
 consumo de opio, 36-44, 112, 240
 influencia de la familia, 203
 poblados rurales, 40-41
 tribus de las colinas, 12, 36-40, 109, 213-221, 262
 Taiwán, 239, 265
 Talidomida, 209
 Tam Kraborg, templo, 139-144, 197
 Tanzania, *véase* República Unida de Tanzania
 Técnicas de confrontación, 135
 Tensión nerviosa, problemas de, 155
 Terapéutica de grupo, 150
 Terapéutica social, 150
 Terminología, 19-21
 Tétanos, 172
 Tetrahidrocannabinol, 23, 84
 Tokio, 162
 Toxicomanía, 200
 Tráfico ilícito de droga, 274, 281
 Tranquilizantes, 24, 43, 156, 206, 209, 210, 212, 237
 Trastornos del comportamiento, 171
 Trastornos psiquiátricos, 205
 Trata de esclavos, 228
 Tratamiento, 146
 centros, 139
 evaluación anterior al, 279
 evaluación de resultados, 143, 286
 modelos, 141-142, 279
 política, 149, 150-151
 programas, 27, 28, 286
 Tratamiento ambulatorio, 120, 170, 196
 Tratamiento de ataque, 135
 Tratamiento, métodos de, 119-120, 175, 178, 179-180
 alcohol, 162-166
 alianza cultural, 197
 aplicación, 149
 colaboración con organizaciones ya existentes, 198-199
 comunidad, 122, 131-139, 148-151, 220-225
 comunidades terapéuticas, 126
 criterios fundamentales, 280
 diferencias entre los países, 195-204
 dificultades, 154-155
 elección, 281
 en consonancia con las aspiraciones

- culturales del conjunto de la sociedad, 197
- fenómeno cultural, 196
- hospitales, 126-127
- hospitales psiquiátricos, 167
- ideología del, 196-197
- perfeccionamiento, 30
- posibilidades y limitaciones, 204
- prisión, 128-130
- religiosos, 197-198
- resultados positivos, 202
- servicios, 160
- servicios en mezquitas, 153
- Tratamiento social del problema de la droga, 202
- Triad, bandas, 268

- Unión Internacional contra el Cáncer, 260

- Valium, 205, 209
- Valores sociales, 266
- Vigilancia, 269, 271, 286

- Wilberforce, William, 228
- Wilson, William, 188

- Yakarta, 81, 167, 168
- Yao, tribu, 37
- Yemen, véase República Árabe del Yemen
- Yemen Democrático, 99, 102, 106

- «Zonas de carga», 78, 220