

LOS PROBLEMAS DE LA DROGA EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Una base para la formulación
de políticas
y la planificación de programas

Edición preparada por

GRIFFITH EDWARDS

y

AWNI ARIF

*Director Honorario del
Servicio de Investigaciones
sobre Toxicomanías,
Instituto de Psiquiatría,
Londres, Inglaterra*

*Médico Principal, Programa
de Farmacodependencia,
División de Salud Mental,
Organización Mundial de la
Salud, Ginebra, Suiza*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1981

ISBN 92 4 330073 3

© Organización Mundial de la Salud, 1981

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

PRINTED IN SPAIN
81/4978 Gráficas Reunidas — 2.500

INDICE

	<u>Página</u>
Prefacio	7
Colaboradores y nota de agradecimiento	9
INTRODUCCION	11
CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS DE LA DROGA EN EL MUNDO Y LAS ESTRATEGIAS DE LAS OMS	22
CAPÍTULO 2. MODALIDADES SOCIOCULTURALES DEL CONSUMO DE DROGAS: ESTUDIOS DE LA SITUACION EN DIVERSOS PAISES	36
Tailandia: Modalidades tradicionales del consumo de opio y recientes problemas de la droga relacionados con la urbanización	36
Malasia: El comienzo de un problema de drogas entre adolescentes ...	44
India: Desarrollo socioeconómico y cambios en el consumo de drogas .	48
Pakistán: Estudio comparado de las modalidades rurales y urbanas del consumo de opio	56
Birmania: Estudio comparado de los opiómanos y la nueva ola de heroínómanos	62
La región andina de América del Sur: El hábito local de masticar coca en las zonas rurales y fumar pasta de coca en las ciudades.	65
México: El uso indebido de productos inhalados por los jóvenes	73
Estados Unidos de América: Organización social y geográfica de los grupos de consumidores de drogas	77
Jamaica: Distintas formas de consumo de cannabis	82
Egipto: Cannabis, opio y paso a las sustancias psicotrópicas	88
Kenya: Modalidades del consumo de bebidas en una cultura en rápida evolución	93
El consumo de khat: Un estimulante de distribución regional	99
CAPÍTULO 3. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS MODALIDADES DE CONSUMO DE DROGAS EN DIFERENTES PAISES	108
CAPÍTULO 4. DIVERSAS FORMAS DE ASISTENCIA SANITARIA: ESTUDIOS MONOGRÁFICOS	118
Reino Unido: Procesos de recuperación entre consumidores de heroína	118
Hong Kong: Un programa voluntario basado en la comunidad	131

Tailandia: Tratamiento en el templo de Tam Kraborg	139
Sri Lanka: El tratamiento de la dependencia del opio en un hospital general	144
Egipto (1): Un ambulatorio apoyado en la colectividad	148
Egipto (2): La función de la mezquita en el tratamiento	152
Reino Unido: Los departamentos de urgencias y el tratamiento de problemas por consumo de drogas múltiples	155
Japón: Tratamiento de base cultural del alcoholismo	162
El papel del médico general:	
Indonesia: Hacia la obligatoriedad	167
Nigeria: Dificultades y perspectivas	170
Pakistán: Una nueva responsabilidad	174
Estados Unidos de América: La metadona, ¿una tecnología extranjera?	179
Alcohólicos anónimos: Orígenes y difusión internacional de un grupo de autoayuda	187
 CAPÍTULO 5. DIFERENCIAS ENTRE LOS PAÍSES SEGÚN LA MANERA DE TRATAR LOS PROBLEMAS DE LA DROGA	 195
 CAPÍTULO 6. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA DEMANDA DE DROGAS: ESTUDIOS MONOGRAFICOS	 205
Las sustancias psicotrópicas como problema mundial. Las benzodiazepinas y las modalidades de prescripción de estos productos, motivo de preocupación	205
Tailandia: Atención primaria de salud en las aldeas de las tribus de las colinas	213
Estados Unidos de América: Tratamiento de base comunitaria para reducir la demanda ilícita de heroína	220
Reino Unido: Los problemas cambian con la evolución social: El consumo de opio en la Inglaterra del siglo XIX	226
Asia Sudoriental: Métodos radicales y sus consecuencias	235
Estados Unidos de América: Situación actual de la educación en materia de drogas	241
Estrategias múltiples en relación con las drogas de consumo social	
Canadá: Reducción de la demanda de alcohol	249
Reino Unido: Lucha contra el tabaquismo epidémico	256
 CAPÍTULO 7. PREVENCIÓN CON EQUILIBRIO DE ESTRATEGIAS	 262
 CAPÍTULO 8. ESTABLECIMIENTO DE UNA POLÍTICA Y PLANIFICACIÓN DE UN PROGRAMA EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL	 273
 CAPÍTULO 9. EL SENTIDO DEL PORVENIR	 287
 Índice alfabético	 293

PREFACIO

El tratamiento, en todos sus aspectos, del uso indebido de drogas, ofrece un ejemplo excelente de los tipos de problema que plantea todo intento de ejercer una acción sanitaria detallada y completa. No hay prescripción que por sí sola —puesto que ninguna es perfecta— pueda hacer frente al uso indebido de drogas ni a desarrollar un amplio programa de sanidad en todo un país. Cada país tiene que abordar esos problemas de manera adecuada a su propia individualidad. No obstante, todos los países pueden aprender de la experiencia de otros, de sus éxitos y fracasos. Este libro contribuye a compartir algunas de esas experiencias.

Ciertas cosas son comunes a la promoción de la salud, cualesquiera que sean los problemas concretos por resolver. Entre ellas están una dirección inspirada, el compromiso político, la cooperación intersectorial, un sentido de la oportunidad, la disponibilidad de personas competentes por sus conocimientos y técnicas, una especial sensibilidad respecto de factores socioculturales, paciencia y algo de suerte. Ahora bien, rara vez coinciden todos estos factores ideales. El personal sanitario y de otros sectores que tiene relación con las toxicomanías debe trabajar en condiciones que ciertamente distan mucho de ser ideales. Habitualmente, elementos poderosos y a menudo delincuentes, luchan por frustrar las actividades destinadas a reprimir la farmacodependencia. No suele haber tradición de colaboración entre los sectores sociales que debieran actuar apoyándose mutuamente. La infraestructura de investigaciones necesarias para desarrollar técnicas apropiadas al ambiente cultural está con frecuencia sumamente atrasada. Y es notoria la escasez de fondos.

No obstante, este libro transmite un mensaje optimista. En toda clase de circunstancias y frente a toda suerte de dificultades, grupos de personas con alto sentido del deber están logrando éxitos notables en muchos países. Encuentran en ellos mismos la fuerza

para perseverar, trascender la frustración y elaborar proyectos sumamente originales y eficaces donde todo parecía ser imposible.

A este libro han contribuido algunos de los muchos que han trabajado en la Organización Mundial de la Salud en su programa de lucha contra la farmacodependencia, y los compiladores les manifiestan su agradecimiento en las páginas siguientes. Véase en estas líneas un especial homenaje a todas las personas que han contribuido al buen éxito de los proyectos descritos en este libro, pero cuyos nombres no aparecen: aquellas que en muchos países han luchado por llevar esperanza a un sector que con tanta frecuencia se abandona por considerarlo erróneamente irremediable.

COLABORADORES Y NOTA DE AGRADECIMIENTO

- Dr. S. W. Acuda, Profesor, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Nairobi, Nairobi, Kenya.
- Dr. T. Asuni, Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario, Ibadán, Nigeria.
- Dr. Gamal Mady Abu El Azayem, Director, Hospital Psiquiátrico General Abbassia, El Cairo, Egipto.
- Dr. T. A. Baasher, Asesor Regional en Salud Mental, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, Alejandría, Egipto.
- Dr. M. H. Beaubrun, Profesor de Psiquiatría, University of the West Indies, Port of Spain, Trinidad y Tabago.
- Dr. V. Berridge, Addiction Research Unit, Institute of Psychiatry, Londres, Inglaterra.
- Dr. W. J. Bukowski, National Institute on Drug Abuse, Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC, EE.UU.
- Sr. M. Raw, Department of Psychology, St. George's Medical School, University of London, Londres, Inglaterra.
- Dr. Rajith Chandrasena, Department of Psychological Medicine, St. Bartholomew's Hospital, Londres, Inglaterra.
- Dr. Rashid Chaudhry, King Edward College, Lahore, Pakistán.
- Sr. James Ch'ien, Superintendente de Servicios Sociales, Sociedad de Ayuda y Rehabilitación de Toxicómanos, Hong Kong.
- Sra. Ruth Cooperstock, Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canadá.
- Dr. R. de la Fuente, Director General, Programa Nacional de Salud Mental, Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, México, DF, México.
- Dr. P. T. D'Orban, Consultant Forensic Psychiatrist, Department of Psychological Medicine, Royal Free Hospital, Londres, Inglaterra.
- Dr. H. Ghodse, Consultant Psychiatrist, Drug Unit, St. George's Hospital, Londres, Inglaterra.
- Dr. P. H. Hughes, Médico Principal, División de Salud Mental, OMS, Ginebra, Suiza.
- Dr. Jerome H. Jaffe, Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons of Columbia University, Nueva York, EE. UU.
- Dr. U. Khant, Psiquiatra encargado del Servicio de Tratamiento y Rehabilitación de Farmacodependientes, Hospital Psiquiátrico de Rangún, Rangún, Birmania.
- Dr. U. Ne Win, Hospital Psiquiátrico del Estado, Rangún, Birmania.
- Dr. William H. McGlothlin, Professor in Residence, Department of Psychology, University of California, Los Angeles, EE. UU.
- Dr. D. Mohan, Associate Professor, Department of Psychiatry, All-India Institute of Medical Sciences, Nueva Delhi, India.

- Dr. H. Mubbashar, Central Government Hospital, Rawalpindi, Pakistán.
- Dr. V. Navaratnam, Director, Proyecto Nacional de Investigaciones sobre Farmacodependencia, University Sains, Minden, Pulau Pinang, Penang, Malasia.
- Dr. J. Negrete, Associate Director, Department of Psychiatry, Montreal General Hospital, Montreal, Canadá.
- Dr. R. Popham, Addiction Research Foundation, Toronto, Canadá.
- Dr. V. Poshyacinda, Instituto de Investigaciones sobre la Salud, Universidad Chulalongkorn, Bangkok, Tailandia.
- Sr. M. Raw, Department of Psychology, St. George's Medical School, University of London, Londres, Inglaterra.
- Dr. D. Robinson, Addiction Research Unit, Institute of Psychiatry, Londres, Inglaterra.
- Dr. R. Salan, División de Investigaciones, División de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Yakarta, Indonesia.
- Dr. R. Schmidt, Addiction Research Foundation, Toronto, Canadá.
- Dr. M. Shafique, Department of Psychiatry, Khyber Teaching Hospital, Peshawar, Pakistán.
- Dr. J. P. Smith, assistant director for International Activities, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD, EE. UU.
- Dr. H. Suwaki, Departamento de Neuropsiquiatría, Escuela de Medicina de Kochi, Japón.
- Dr. C. Suwanwela, Instituto de Investigaciones sobre la Salud, Universidad Chulalongkorn, Bangkok, Tailandia.
- Dr. E. Widjono, Instituto de Farmacodependencia, Ministerio de Salud, Yakarta, Indonesia.
- Dr. R. Wille, Addiction Research Unit, Institute of Psychiatry, Londres, Inglaterra.

Los compiladores desean expresar su agradecimiento a una serie de especialistas que han aportado su asesoramiento a lo largo de este trabajo. La idea central del estudio se debe en mucho al Dr. Jerome Jaffe. El Dr. Reginald Smart y el Sr. H. David Archibald colaboraron en forma importante en su planificación y aportaron material para los capítulos de reseña. También prestaron considerable ayuda el Sr. James Ch'ien y el Dr. T. A. Baasher.

Ha sido sumamente valioso el apoyo de los centros colaboradores de la OMS, en particular la Addiction Research Foundation, de Toronto, que proporcionó ayuda financiera y de organización para la reunión inicial de planificación; el National Institute on Drug Abuse, de Washington, DC, y el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.

INTRODUCCION

Dos objetivos explícitos e interrelacionados

El presente estudio tiene dos objetivos principales, estrechamente relacionados. El primero es examinar los aspectos socioculturales del consumo de drogas. A ese efecto, ha de esclarecerse cómo determinan una sociedad y una cultura quién toma cierta droga y por qué, cómo se considera a sí mismo el que toma drogas y cómo es considerado y tratado por los demás, si una persona dependiente de la droga busca ayuda, si se mantiene y cómo se mantiene un equilibrio en la demanda de drogas de una población, y cómo cabe reducir deliberadamente esa demanda. En el presente trabajo se intenta, por tanto, analizar de qué forma la estructura social y las diferentes culturas interpretan y determinan el consumo de drogas y cómo tratan y previenen la toxicomanía.

Las cuestiones que se abordan en relación con este primer objetivo son campo apropiado de estudio para el sociólogo y el antropólogo. No obstante, el propósito del presente trabajo no es analizar dichas cuestiones de forma académica, sino más bien ver cómo pueden utilizarse los conocimientos y la sensibilidad del sociólogo y del antropólogo para la solución de diversos problemas prácticos. Hay muchas y excelentes obras en que se hace una detallada exposición académica de las prácticas de consumo de drogas y de bebidas en numerosos tipos de culturas, pero esos trabajos tratan más a menudo de las modalidades del consumo de drogas culturalmente aceptado que de las desviaciones o de los aspectos sociológicos de la busca de ayuda y del tratamiento.

El segundo objetivo es ofrecer una serie de pautas para formular políticas y planear programas. Uno de los criterios esenciales en que se inspira este libro es el entendimiento de que la dependencia de las drogas en todos sus aspectos, está arraigada en la cultura y que, por consiguiente, es imprescindible al establecer dichas pautas

mantener una relación coherente entre las políticas y los programas, por una parte, y el contexto sociocultural en el que se proyecta obtener una respuesta. Puede parecer que esta insistencia en la necesidad de comprender las circunstancias socioculturales al planear la respuesta se reduce a repetir trabajosamente lo que es obvio. Sin embargo, creemos que, en la práctica, se suele desatender el contexto sociocultural. En la planificación de los programas se olvida amplia y repetidamente que la dependencia de las drogas es un fenómeno cultural. Una equivocación frecuentemente cometida ha sido la de importar ideas o técnicas enteramente inapropiadas o respecto de las cuales no se han examinado suficientemente las modificaciones necesarias para trasplantarlas con éxito a otras culturas. Por supuesto, no pretendemos que las ideas y las técnicas no hayan de ser intercambiadas entre países; antes bien, creemos que ese intercambio es esencial.

Esquema del estudio

En el primer capítulo de esta obra se resume la labor que con respecto a los problemas planteados por la droga en el mundo entero llevan a cabo la Organización Mundial de la Salud y los organismos internacionales que colaboran estrechamente con ella. Con el estudio se pretenden abrir nuevas perspectivas, pero admitimos sin reservas que es un trabajo basado en la experiencia y los conocimientos de otros muchos, cuyo aporte se ha traducido en un enorme crecimiento de la colaboración internacional.

En el Capítulo 2 se ofrece una impresionante serie de imágenes del consumo de drogas en distintos lugares del mundo. En una aldea de las tribus que habitan las colinas del norte de Tailandia, los hombres fuman opio ante sus hijos por placer y sin recato alguno. También fuman las mujeres; sin embargo, para ellas ese hábito supone una tacha, lo que puede obligarlas a adentrarse en los bosques para fumar. El opio también se emplea mucho en la misma aldea como medicamento activo para una comunidad que carece de servicios de asistencia médica; en efecto, alivia los síntomas de muchos males físicos, y es el único calmante disponible para el malestar psicológico. En los barrios miserables de las ciudades de Tailandia, los adolescentes inhalan heroína o se la inyectan, abocados al consumo de drogas por la desorganización y los trastornos de una rápida urbanización. Los aldeanos de los Andes mascan coca, como han hecho durante siglos. La coca da ánimos para cortar caña de azúcar, alivia la sed y el hambre, es un medicamento, proporciona placer y se ofrece a los convidados, aparte de

que puede tomarse también para estimular la percepción mística. La pasta de coca se fuma en las ciudades.

En el mundo desarrollado, en cualquier gran ciudad de Norteamérica, por ejemplo, hay subculturas formadas por jóvenes habitantes de barrios pobres que se inyectan heroína y cuyo modo de vida les lleva al delito. ¿Es este cuadro sorprendentemente análogo al del uso de drogas en otro barrio miserable, allá lejos en Bangkok, o resulta muy diferente en el sentido de que hay, por ejemplo, más alejamiento con respecto a la familia y más marginación con respecto al núcleo principal de la sociedad? En Chicago el consumo de drogas no responde a un modelo único: los fumadores de cannabis o los jóvenes usuarios de varias drogas de las zonas suburbanas pobladas por blancos tienen tan poca semejanza con la cultura callejera de la heroína en barrios negros como el anciano que en el seno de una familia fuma opio en una aldea de Tailandia con el muchacho que se inyecta heroína entre la miseria de una ciudad de ese mismo país.

En una ciudad del Pakistán, los hombres iban tranquilamente a comprar opio a una tienda autorizada para ello con el fin de tomarlo dos veces al día, siguiendo lo que cabría llamar una pauta de sostenimiento con dosis reducidas: se trataba de trabajadores urbanos bien integrados, cuyo hábito de consumo de drogas había empezado por lo general en forma de automedicación al padecer una enfermedad. En una aldea del mismo país, el hábito de fumar opio era tan aceptable que la mitad, por lo menos, de los varones adultos lo hacían con grandes dosis, mientras que en aldeas vecinas apenas se utilizaba el opio.

Al otro lado del mundo, en la ciudad de México, hay adolescentes e incluso niños que inhalan sustancias solventes. Esta es una manera rápida y barata de intoxicarse en un ambiente de pobreza y alienación. El alcohol suele ser el medio más rápido y barato de intoxicación para los hombres.

En Jamaica, la principal droga es el cannabis o *ganja*. Los campesinos la toman para estimularse cuando van a trabajar al campo; en ese sentido, es como la coca en los Andes. La secta rastafariana emplea el cannabis en sus ritos religiosos. La gente joven fuma cannabis en los suburbios de la ciudad de Kingston, en un medio cultural parecido al medio en que se usa cannabis por placer en Chicago y también, actualmente, en muchas otras partes del mundo.

En muchos países hay maneras establecidas de consumir una droga determinada que están arraigadas en las costumbres y en las formas de cortesía. El khat es una de esas drogas: para su consumo se reserva especialmente una habitación y existe un ritual social de la

reunión para tomar khat, con separación por sexos, conversación como parte del rito y un «ambiente de color y de fragancia». Sin embargo, en otros lugares los cambios en el consumo de drogas son más corrientes y van asociados a la rápida evolución socioeconómica. Se pueden consumir drogas antiguas de manera diferente o introducir drogas nuevas y se pueden mezclar las modalidades antiguas y nuevas de consumo de drogas. En la mayor parte de los estudios del Capítulo 2 se describen esos cambios; los trabajos relativos a Malasia, India, Birmania, Egipto y Kenya contienen importantes variaciones sobre el tema. Hay un movimiento de cambio desde la modalidad única de consumo de droga en una cultura determinada a la pluralidad de modalidades.

El material del Capítulo 2, del que hemos sacado nuestros ejemplos, muestra sin lugar a dudas que el consumo de drogas no puede entenderse más que en el contexto de las sociedades y las culturas en que viven los consumidores (y en función de los cambios ocurridos en ellas). Dicho capítulo está formado por doce trabajos que dan en conjunto una amplia perspectiva. La serie de experiencias de que se trata se describe como base para el análisis de las modalidades sociales y culturales presentado en el Capítulo 3. La serie de ejemplos podría ser mucho más variada; cabría haber incluido, por ejemplo, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) utilizada ilícitamente en una ciudad del mundo occidental por jóvenes en busca de una «expansión de la conciencia» y administrada en cambio con toda legalidad a los pacientes por los psiquiatras para producir «conciencia de enfermedad»; el vino usado en una ceremonia religiosa cristiana y el alcohol de curar bebido en los barrios bajos; el tabaco mascado por un marinero y el puro fumado por un director de empresa; los tranquilizantes o estimulantes ligeros tomados por las amas de casa en un medio urbano como opiáceos modernos; el cannabis que el granjero da en la India a sus bueyes para darles fuerzas en la arada y el cubo de cerveza que se da en Inglaterra a un caballo favorito al final de una fatigosa jornada de caza.

Si bien es cierto que las modalidades y motivos del consumo de drogas están enraizados en la sociedad y en la cultura, lo mismo ocurre con las distintas formas de tratamiento. En efecto, si el consumo de drogas sólo puede entenderse en este contexto, lo mismo sucede con el deseo de una persona de dejar de tomar drogas y de liberarse de ellas y con las medidas encaminadas a estimular y a favorecer ese deseo. Esta cuestión se expone en el Capítulo 4, que empieza con un estudio hecho en Londres, según el cual parece que los consumidores de heroína abandonan la droga principalmente gracias a sus propios esfuerzos, a causa de modificación de la imagen

que tienen de sí mismos y de los motivos que les impulsaban a tomar la droga, así como de las circunstancias de su vida y de las relaciones con los demás. Consideran el tratamiento como un refuerzo de esos cambios. Este tipo de indicios ha de tenerse presente al estudiar el tratamiento sistemático y sus resultados. Según aquí se emplea, la palabra «tratamiento» abarca todas las formas de tratamiento propiamente dicho y de rehabilitación, con especial insistencia en sus aspectos sociales y comunitarios. El tratamiento no afecta jamás al individuo aislado de las influencias que en él inciden, sino que constituye un factor suplementario y a menudo transitorio que acentúa la acción de otras fuerzas de inmensa potencia. Este tema reaparece en el Capítulo 5. Uno de los problemas más importantes entre los actualmente planteados es el de determinar cómo puede conseguirse que el tratamiento venga a reforzar, más bien que a entorpecer, el proceso natural de recuperación. En el Capítulo 4 se dan algunos ejemplos de tratamiento con ese tipo de sensibilidad a su medio natural: un programa voluntario organizado en Hong Kong con base comunitaria; el tratamiento en un templo budista de Tailandia; un tratamiento por desintoxicación para eliminar la dependencia del opio en Sri Lanka; un dispensario comunitario en una mezquita de Egipto; la asistencia en un departamento hospitalario para víctimas de accidentes en Londres; un sistema japonés de tratamiento del alcoholismo que se inspira en valores religiosos y culturales de tipo tradicional, y una serie de tres estudios sobre la función del médico general en diferentes medios. En un breve análisis crítico se intenta luego determinar si el programa de sostenimiento con metadona puede exportarse desde el medio norteamericano, en donde empezó a utilizarse, a distintos países en desarrollo, habida cuenta de las circunstancias y necesidades de éstos. La misma cuestión se ejemplifica en un estudio de la asociación Alcohólicos Anónimos, en el que se trata también el importante tema de la autoayuda.

En el Capítulo 5 se examinan ciertos problemas que importa identificar cuando se estudia la influencia sociocultural en el tratamiento; en dicho capítulo se hacen algunas deducciones importantes de carácter general a partir del material de estudio presentado en el Capítulo 4. Por ejemplo, ¿qué se entiende por «alianza» entre el tratamiento y el medio sociocultural?; ¿hasta qué punto es útil intercambiar ideas sobre tratamiento entre Oriente y Occidente?; ¿qué factores determinan el éxito de esas transferencias?

En el Capítulo 6 se examina la acción preventiva por reducción de la demanda. Los estudios de situaciones concretas permiten relacionar cierto número de métodos que a menudo no se consideran en relación unos con otros o como casos de estrategias que

tienen como factor común la disminución de la demanda. En el primer trabajo se expone el problema cada vez más importante que supone en el mundo entero la prescripción en gran escala de medicamentos psicotrópicos, los factores sociales y económicos a que obedecen estas modalidades de prescripción de medicamentos y las esperanzas —y a veces las peticiones— de los pacientes. En un estudio hecho en Tailandia se describe un experimento en el que se ha dado muestra de imaginación y en el curso del cual se contrata al personal de atención primaria de salud entre miembros de comunidades tradicionales que consumen opio y se le da la formación requerida para administrar los tipos de asistencia sociomédica que pueden atenuar la demanda de opio como panacea. El ejemplo del empleo de benzodiacepinas muestra que la importación imprudente de la medicina occidental no es una solución. Se describe luego una experiencia realizada en algunas partes de la ciudad de Chicago, Estados Unidos de América, donde fue posible reducir la demanda al intervenir durante una epidemia de consumo de heroína. Se señala la estrategia empleada con ese fin: la localización de casos combinada con un enérgico programa de administración de metadona.

Un estudio del consumo de opio en la Inglaterra del siglo XIX da una perspectiva histórica: merecen destacarse las semejanzas entre el consumo del opio en las ciudades industriales y en la comarca de los Fens en Inglaterra en aquella época y algunas formas de consumo de drogas en los países en desarrollo en la actualidad. En dicho trabajo se indagan las distintas estrategias preventivas que se empleaban entonces en Inglaterra y se considera también la posibilidad de hacer frente a la demanda de drogas simplemente esperando hasta que ese problema desaparezca con los cambios socioculturales. Semejante actitud podría parecer a primera vista peligrosa, pero podría también considerarse como un argumento favorable a las ventajas de tener una perspectiva del problema de la droga a más largo plazo y no la que nos permite tener nuestra preocupación inmediata por ese problema.

¿Qué hubiera sucedido en Gran Bretaña, en la época de la revolución industrial, si se hubiera promulgado una ley con la que se hubiera pretendido eliminar de la noche a la mañana el consumo endémico de opio y que hubiera tratado como criminales a quienes hubieran seguido usándolo? En Gran Bretaña no se promulgaron leyes severas de fiscalización hasta los años siguientes a 1920, es decir, bastante después de que un lento proceso de evolución hubiera traído consigo una disminución de la demanda de droga. Sin duda, recientemente, se corrió el riesgo de provocar exactamente

esta especie de trastorno del equilibrio ecológico cuando después de la segunda guerra mundial, varios países prohibieron que se fumara opio. De estos acontecimientos históricos y de las enseñanzas que de ellos se derivan en cuanto a la reducción de la demanda es de lo que trata el trabajo sobre medidas directas y de otro género, preparado con material procedente de Asia Sudoriental.

Una estrategia de reducción de la demanda que ha tenido mucha aceptación en los últimos años en Occidente es la «educación sobre drogas». A esta educación se han consagrado grandes sumas, aunque pocas veces se han explicado claramente las premisas en que se basa, como tampoco se ha explorado de manera adecuada la relación de esa estrategia con el conjunto de conocimientos generales de tipo social y psicológico sobre los cambios de actitud y de comportamiento. El consumidor de drogas suele ser considerado como un objeto pasivo, al margen de la sociedad y de la cultura en que vive. El problema queda reducido a sus dimensiones individuales. Pocas veces se miden adecuadamente los resultados. Sin embargo, sería equivocado pasar por alto toda la experiencia de los últimos años; en un estudio incluido en el Capítulo 6 se reseña con espíritu crítico la experiencia de los Estados Unidos de América a este respecto.

Asimismo, en el Capítulo 6 hay dos estudios sobre las estrategias múltiples utilizadas para combatir el consumo de drogas socialmente aceptadas: uno, hecho en Canadá sobre la reducción de la demanda de alcohol, y otro, practicado en el Reino Unido sobre las múltiples estrategias empleadas contra el tabaquismo epidémico.

En el Capítulo 7 se resumen y analizan los estudios monográficos del Capítulo 6, como se hace en el Capítulo 3 respecto al 2 y en el 5 respecto al 4. Se pretende extraer de los estudios de casos los principios generales aplicables a un modelo de acción preventiva en el que se tengan en cuenta las distintas sociedades y culturas y que permita reducir la demanda de drogas que causan dependencia. No cabe proponer una estrategia general para todas las situaciones, sino que ha de tenerse por objetivo establecer una combinación de estrategias y mantener la necesaria flexibilidad en la respuesta.

En el Capítulo 8 se procura dar al estudio un enfoque práctico y se abordan cuestiones de política general y de planificación de programas. Se enuncian y explican los principios esenciales para la elaboración de políticas y programas que han de constituir una respuesta nacional integrada al problema de la droga. Se procede de este modo con objeto de mostrar la aplicación práctica de la percepción de los factores socioculturales en la planificación nacional y

local y de ofrecer directrices explícitas, racionales, viables y de aplicación poco costosa.

En el último capítulo (Capítulo 9) se examinan las tendencias actuales en la consideración de los problemas de la droga y sus consecuencias para las políticas nacionales e internacionales.

Consideración del problema más allá de sus fronteras químicas

Los expertos en materia de droga tienden a ocuparse exclusivamente de los problemas asociados a determinadas sustancias o grupos de sustancias. Así, los trabajos relativos a las drogas, al alcohol o a los cigarrillos no hacen casi nunca alusión a la bibliografía sobre los otros dos temas, y sobre bases análogas se suelen organizar las conferencias científicas y las reuniones internacionales. Las personas que se interesan por la prescripción médica legal de sustancias psicotrópicas no suelen actuar en los mismos ámbitos que quienes estudian el consumo ilícito de drogas. De modo análogo, las políticas y los programas de los gobiernos, así como los informes oficiales, tienden a referirse sólo a sustancias específicas. Los estudios y las políticas sobre diferentes formas de comportamiento en relación con la salud no suelen tener en cuenta la relación entre ese comportamiento y el abuso de fármacos, alcohol y tabaco. No obstante, la comunicación de ideas más allá de los límites correspondientes a cada sustancia reportaría probablemente beneficios evidentes tanto para la ciencia como para la adopción de medidas de lucha.

Por eso, en el presente trabajo hemos procurado cruzar libremente algunas de esas fronteras convencionales, eligiendo estudios monográficos que son ejemplo de importantes y diversos temas socioculturales y hemos aceptado gustosos las contribuciones que ilustran esos temas, cualquiera que sea la sustancia examinada. De ese modo, el libro ha sido elaborado en parte sobre la base de estudios relativos a una amplia serie de sustancias normalmente clasificadas como drogas, entre ellas la cocaína, el khat, los agentes psicotrópicos, los opiáceos, el cannabis y los solventes. Se ha tomado también como ejemplo el consumo de alcohol para cierto número de temas importantes, y el hábito de fumar cigarrillos, para ilustrar estrategias múltiples de lucha contra una droga socialmente aceptada.

Por tanto, el espacio atribuido a los ejemplos extraídos de la experiencia relativa a cualquier droga en particular no debe considerarse como indicio de la importancia relativa de una droga respecto a los problemas de salud en el mundo. Si se hubiera procedido de ese modo, se hubiesen suscitado opciones muy diferentes según los

países: para muchos de ellos el tabaco y el alcohol merecerían ocupar entonces mucho más espacio. En ningún caso debe darse por supuesto que este libro pueda reforzar el grave olvido generalizado de las consecuencias que tiene para la salud el consumo de esas sustancias socialmente aceptadas.

Lo que es aceptable en un lugar no lo es en absoluto en otro. Parece que no puede decirse que haya habido una droga predilecta y aceptada de una cultura o de una época que no sea o no haya sido objeto de una enérgica represión en otra cultura o época.

Definiciones

Los problemas de la droga vienen a complicarse aún más desde hace mucho tiempo por una confusión de términos; pese a varias tentativas de la OMS para establecer una terminología comúnmente aceptada, diferentes palabras siguen teniendo diferentes significados para diferentes personas. Para atenerse a la idea de la comprensión de los factores socioculturales, lo que puede necesitarse, más que un esfuerzo en pro de definiciones universalmente aceptadas (esfuerzo que sin duda alguna resultaría vano), es una actitud abierta y coherente para examinar cómo usamos todos continuamente los términos relativos a esta materia, sin olvidar las consecuencias ocultas de las palabras elegidas y de los significados que no aceptamos fácilmente, pero que nuestra elección de palabras revela.

Puede muy bien tomarse como ejemplo la palabra «problema», que implica múltiples supuestos. Sólo en los últimos decenios han empezado a ser de uso común las expresiones «el problema de la droga» y «el problema del alcohol» (o «problemas relacionados con el alcohol»); la expresión «problema del tabaquismo» no está todavía establecida del todo. La palabra problema implica que «ha de hacerse algo»; es una palabra que revela una desviación y justifica la intervención. Con esto no se pretende que la voz «problema» y sus connotaciones sean siempre impropias, sino sólo abogar por una comprensión más completa del carácter de círculo cerrado que tiene este proceso: una vez que algo se califica de problema, continúa siendo considerado como tal, con todas las consecuencias que ello supone. La palabra «problema» está, por tanto, cargada de sentido e ilustra la afirmación general de que debemos ser cautos con las palabras y los términos que encierran significados ocultos, de los cuales hay, por cierto, muchos en lo que respecta a las drogas.

Habiendo sentado esta premisa de carácter general y alegado, en efecto, que lo que parece un embrollo que ha de desenmarañarse es a menudo, cuando se examina con más detenimiento, justo lo que la gente quiere decir (estando sus palabras cargadas de significados que

han de buscarse), nos encontramos ante el problema de lo que debe hacerse con las muy diversas maneras en que han usado los términos los autores que tan generosamente han proporcionado material para los numerosos estudios de situaciones concretas que contiene este libro. Una solución hubiera sido insistir, por ejemplo, de manera pedante, en la conveniencia de sustituir «toxicomanía» por «dependencia», o «abuso», por «uso indebido». Hemos optado, sin embargo, por atenernos a la elección de palabras hecha por los autores de los textos originales en la creencia de que su elección de términos relativos a las drogas (en una obra que versa sobre las drogas, la sociedad y la cultura) refleja muy a menudo y útilmente supuestos socioculturales.

No obstante, en los capítulos de comentarios (Capítulos 1, 3, 5, 7, 8 y 9) nos hemos atendido, en la medida de lo posible, a la terminología de la OMS. En esos capítulos, algunos de los términos de más importancia pueden definirse como sigue:

Droga (Fármaco). «Se entiende por "fármaco" o "droga" toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste»¹.

Farmacodependencia. «Estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos»².

Dependencia psíquica. «Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar»².

Dependencia física. «Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga... Esos trastornos, esto es, los síndromes de retirada o abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga»².

Droga causante de dependencia. «Es aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia física, psíquica, o de ambos tipos. Esa droga puede utilizarse con fines médicos o no médicos sin producir necesariamente ese estado. Una vez desarrollada la farmacodependencia, sus características varían con el tipo de sustancia empleada»³.

Uso indebido de drogas. No parece haberse dado de esta expresión el mismo tipo de definición precisa que se ha dado de las expresiones precedentes. Entenderemos por esta expresión «el consumo de una droga que se considera un problema en la sociedad afectada». La opinión de la sociedad se funda en su evaluación de los

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 516, 1973, pág. 8.

² KRAMER, J. F. y CAMERON, D. C. (compiladores), *Manual sobre dependencia de las drogas*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.

³ OMS, Serie de Informes Técnicos, n.º 516, 1973, pág. 9.

daños físicos, mentales o sociales causados por el consumo de una droga o en una desaprobación de origen ético o religioso. La desviación con respecto a la norma constituye otro criterio.

Consumo de drogas. Recurrimos a esta expresión neutra en nuestro texto sin emitir un juicio sobre si el comportamiento de que se trata constituye o no un «problema», entendiendo que a menudo resulta útil un análisis en dos fases, es decir, una descripción objetiva y empírica de la modalidad y los elementos determinantes del consumo de drogas en una sociedad, y un proceso social que permite determinar cuál es la parte del espectro total de consumo que ha de considerarse indebido.

Destinatarios de la presente publicación

Esta obra está particularmente destinada a las personas responsables de la planificación de programas relacionados con cualquier aspecto de la farmacodependencia. No quiere ello decir que se destine sólo a un pequeño grupo de lectores especializados formado por los que tienen la obligación profesional de establecer planes a escala nacional. Aunque se pretende que resulte de utilidad para la planificación central, se quiere que tenga idéntica utilidad para la planificación a otros muchos niveles, por ejemplo, en la provincia, en el municipio y en la comunidad. En efecto, la responsabilidad de los programas y las políticas es, en un sentido importante, mucho más que un simple asunto de la competencia de administradores y comités oficiales; si no quiere empobrecerse la cultura, todos los ciudadanos interesados deben añadir algo a las ideas que ejercen la apropiada influencia en la respuesta oficial. En este sentido, el presente trabajo está destinado a cualquiera que desee leerlo con espíritu crítico; puede, por ejemplo, interesar a los estudiantes y a otros jóvenes que son los responsables de la transmisión de las ideas hacia el futuro.

Se alude con frecuencia a las necesidades de los países en desarrollo y esperamos que el estudio resulte de particular interés en relación con sus problemas. No obstante, no es el lector de esos países el único destinatario de este libro: la percepción de los factores socioculturales es tan necesaria para planificar la administración de metadona en dispensarios especializados de Europa como para organizar un programa culturalmente pertinente en Asia Sudoriental. Es probable que el examen de la situación de un país muy diferente nos permita comprender mejor las realidades sociales que con tanta facilidad se desatienden en nuestros propios países.

LOS PROBLEMAS DE LA DROGA EN EL MUNDO Y LAS ESTRATEGIAS DE LA OMS *

Cabe decir, con una perspectiva histórica, que el consumo de drogas indígenas en culturas estables ha solido ser moderado; la demanda, el suministro y el consumo han mantenido un prolongado equilibrio y las sociedades han frenado el consumo de droga mediante influencias fuertes, aunque desprovistas de carácter oficial. En los últimos tiempos, las modalidades tradicionales de consumo de drogas han ido cambiando. La disponibilidad de ingredientes psicoactivos purificados que proceden de drogas naturales y de una gran cantidad de sustancias sintéticas, así como la aparición de nuevas formas de consumo de drogas, como la inyección intravenosa, han roto el equilibrio que esas sociedades habían mantenido durante siglos. Los frenos tradicionales de tipo social y cultural impuestos al comportamiento humano se han debilitado o han sido destruidos por rápidos cambios socioeconómicos, lo que a su vez han influido también en el consumo de las drogas.

Es difícil obtener información fidedigna sobre los problemas planteados por las drogas tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En los párrafos que siguen se trata sólo de trazar un cuadro general de los problemas mundiales según los tipos de drogas.

Opio

El opio se consume en algunos países o regiones del Medio Oriente, de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, particularmente en Afganistán, Bangladesh, Birmania, Egipto, Hong Kong, Indonesia, Irán, Macao, Pakistán, Singapur, Sri Lanka, Tailandia y Viet Nam. Donde se produce la mayor cantidad de opio ilícitamente es en el llamado «Triángulo de Oro», entre Birmania, la República Democrática Popular Lao y Tailandia, y también en Afganistán y

* Por A. Arif.

Pakistán. Lo consumen sobre todo las personas de edad en las zonas rurales. El hábito de fumar o de comer opio tiene una larga tradición y cumple fines sociales y terapéuticos.

Heroína

El consumo de la heroína es muy frecuente en Asia, Europa y Estados Unidos de América. Entre los países afectados en mayor o menor medida figuran Australia, Birmania, Canadá, Estados Unidos de América, Hong Kong, Italia, Macao, Malasia, Reino Unido, República Federal de Alemania, Singapur, Suecia, Tailandia y Viet Nam. Como la heroína procede del opio, suele producirse ilegalmente en los mismos lugares que el opio, pero también en otros países. La mayor parte de los usuarios de heroína son jóvenes de las ciudades que acostumbran a fumarla o inyectársela por vía intravenosa. En Norteamérica y en Europa se la administran en general por vía intravenosa.

Cannabis

El cannabis es una de las drogas más utilizadas en el mundo entero. Se suele fumar, pero en la India y en el Pakistán se toma por lo general en infusión o mezclada con dulces. Recientemente se ha comunicado el uso de tetrahidrocannabinol (el principal componente activo extraído de la planta) en Europa y en los Estados Unidos de América. El cannabis se utiliza desde hace mucho tiempo entre los grupos de edad más avanzada de las poblaciones rurales en algunos países de Africa y del Medio Oriente. Otros usuarios comunes son hoy día la gente de mediana edad en las ciudades. Se ha discutido mucho, sin que se haya llegado todavía a conclusiones precisas, si el cannabis tiene o no efectos perjudiciales a largo plazo.

Coca y cocaína

Es tradicional el consumo de coca mascada o en infusión. Su empleo está principalmente limitado a la zona montañosa de los Andes en América del Sur, que incluye partes de Argentina, Bolivia y Perú. En cambio, el empleo de la cocaína se ha extendido a muchos países. Se aspira por la nariz o se inyecta por vía intravenosa. Actualmente, las hojas de coca se elaboran en forma de pasta, que fuman en cigarrillos mezclados con tabaco las personas de clase media de las zonas urbanas, particularmente los jóvenes. De la utilización de la coca y la cocaína se trata en el Capítulo 2 y en una monografía del instituto nacional de los Estados Unidos para la lucha contra el uso indebido de drogas (1).

Khat

El khat se viene usando tradicionalmente en algunos países de Africa y del Medio Oriente, sobre todo en Djibouti, Etiopía, Kenya, Yemen y Yemen Democrático (véase la pág. 99).

Alucinógenos

Los alucinógenos se usan poco en comparación con otras drogas. En ciertas culturas se han venido empleando tradicionalmente sustancias extraídas de plantas, pero en la actualidad las dos sustancias más difundidas son el LSD y la fenciclidina. El periodo de máximo consumo del LSD fue entre 1976 y 1978; más recientemente ha disminuido. La fenciclidina sigue siendo usada por jóvenes en los Estados Unidos de América, pero se ha comunicado que los jóvenes de algunos países de Europa la usan también en escala limitada.

Productos inhalados y solventes volátiles

Entre estas sustancias figuran distintos tipos de cola, diluyentes de pinturas y bencina. Estos productos pueden causar alteraciones patológicas irreversibles; la inhalación continua puede producir parálisis y muerte. Por lo baratas que son estas sustancias y lo fácil que es conseguirlas resulta muy difícil combatir su uso. Por fortuna, el abuso de estos productos se limita a unos pocos países, particularmente México y el Sudán, aunque se ha registrado también en los Estados Unidos de América y otros varios países de Africa, América Latina y Europa. Los consumidores suelen ser jóvenes.

Anfetaminas y otros estimulantes, barbitúricos, otros sedantes y tranquilizantes menores

Algunas de estas drogas se fabrican ilegalmente, pero el mercado ilícito de esta clase de productos se alimenta principalmente por la difusión de fármacos producidos en los países desarrollados y exportados a los países en desarrollo. Durante los últimos años el abuso de estos productos ha ido aumentando en muchos países en desarrollo, sobre todo en Africa y el Medio Oriente. Se toman por vía oral, pero algunos usuarios ilícitos se los inyectan. La preocupación cada vez mayor que inspira la posibilidad de una prescripción excesiva por los médicos de algunas sustancias de este tipo es problema que se examina en el Capítulo 6.

Contrariamente a lo que ocurre con los consumidores de opio y de heroína, los consumidores de estas drogas pertenecen a distintos sectores sociales y económicos. Tienden a ser más probablemente hembras que varones, y personas de mediana edad, si bien en algu-

nos países el uso de estos productos está difundido entre los jóvenes. Ha habido entre los adolescentes epidemias de uso indebido de anfetaminas en los Estados Unidos de América y en Japón, y de fermetracina en Suecia. La inyección de barbitúricos se ha convertido, asimismo, en un problema entre los adolescentes de algunos países.

Las dosis altas y el consumo continuado de estas drogas pueden perjudicar la salud física y mental y a veces causar la muerte. Los barbitúricos pueden producir dependencia física y psicológica, y los síntomas de privación pueden ser graves. El abuso de anfetaminas puede provocar reacciones psicóticas.

Alcohol

Las modalidades de consumo de alcohol en el mundo están experimentando diversos cambios. La tendencia mundial de la producción y del consumo es hacia un aumento pronunciado; un reciente análisis estadístico de datos procedente de 97 países muestra que entre 1960 y 1972 aumentó la producción de bebidas alcohólicas en más de un 60% (2). A esta tendencia contribuyen, en primer lugar, el aumento del número de bebedores en los países occidentales, donde el alcohol es la droga socialmente aceptada desde hace mucho tiempo y donde la producción está muy industrializada y, en segundo lugar, un notable aumento de la bebida en numerosas regiones de África y de Asia, donde el alcohol estaba antes prohibido por razones religiosas o no era fácil de obtener por otros motivos, como la limitación derivada de la necesidad de elaborarlo o destilarlo a domicilio. Sin embargo, en algunas sociedades la prohibición del alcohol sigue siendo muy eficaz.

Las características distintivas de los hábitos nacionales de bebida, limitados al vino, a los licores o a la cerveza, tienden a borrarse; en muchos países se va hacia un tipo de consumo mixto y uniforme. Se sabe también que en muchos lugares va en aumento el consumo de alcohol entre las mujeres y los adolescentes.

No es sorprendente que con el aumento del consumo se tengan indicios de un recrudecimiento general de los problemas relacionados con el alcohol, particularmente en los países del Tercer Mundo (3).

Tabaco

Son pocos los lugares donde no se usa el tabaco. En el último decenio, el consumo ha oscilado en los países desarrollados en torno a una cantidad anual de dos kilogramos por persona; en algunos países donde se han acometido vigorosas campañas de educación sanitaria

está disminuyendo el hábito de fumar. En los países en desarrollo se registra un promedio anual de consumo de unos 0,8 kilogramos por persona, lo que indica la existencia de tentadores mercados potenciales a medida que aumenta el nivel de ingresos; será necesario adoptar enérgicas medidas sanitarias para combatir este peligro.

OBJETIVOS Y PRIORIDADES DE LA OMS

Una de las tareas más importantes de la OMS, dentro de las que corresponden a su función coordinadora, es la transferencia internacional de información sobre asuntos de salud, para la cual se usa la Organización como un mecanismo neutro encargado de resumir, evaluar y difundir la información. Incumbe a la OMS facilitar esa información a los que la necesitan.

Con arreglo a sus prioridades, la Organización ha de cooperar con los países, en lo que respecta a la dependencia de las drogas, para alcanzar los siguientes fines:

a) aumentar la eficacia de los sistemas de prestación de servicios sociales y de salud para establecer métodos eficaces y económicos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes con dependencia de las drogas;

b) establecer estrategias para el tratamiento y la prevención a través de la atención primaria de salud y dentro de los programas sanitarios nacionales en los países que tengan sistemas insuficientes de asistencia sanitaria y social o que carezcan de ellos;

c) coordinar las investigaciones internacionales sobre dependencia de las drogas;

d) mejorar la planificación de programas eficaces de prevención y lucha gracias al acopio e intercambio internacionales de datos sobre la epidemiología de la dependencia de las drogas;

e) conseguir que se organicen programas adecuados de formación para atender las necesidades de personal;

f) actuar en colaboración con los otros organismos e instituciones de las Naciones Unidas que tengan competencia directa en asuntos relacionados con las drogas;

g) cumplir con las obligaciones establecidas en los convenios internacionales sobre las drogas;

h) establecer un eficaz mecanismo de coordinación que permita transmitir y adaptar a los países con escasos recursos técnicos y humanos los conocimientos y la experiencia de las organizaciones no gubernamentales y de los centros especializados.

Las funciones de la OMS se derivan de las disposiciones tomadas

por la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo y los comités regionales, y de los acuerdos internacionales sobre estupeficientes. Las resoluciones adoptadas por la Asamblea de la Salud proporcionan directivas sobre la política y las prioridades que han de seguirse para ejecutar actividades encaminadas a prevenir los problemas del alcohol y de las drogas en general.

EL PROGRAMA DE LA OMS: DOS ESTRATEGIAS COMBINADAS

La OMS aplica una doble estrategia de colaboración directa en los programas nacionales sobre farmacodependencia y de establecimiento de un sistema de apoyo a las actividades en los países. Este sistema de apoyo comprende técnicas, personal e infraestructura, métodos de difusión de las informaciones y medios para fomentar la cooperación entre países.

Colaboración en los programas nacionales sobre farmacodependencia

En los últimos años se han iniciado programas de lucha contra la farmacodependencia en varios países, entre los que figuran Afganistán, Birmania, Egipto, Irán, Malasia, Pakistán y Tailandia. El personal de la OMS colabora en la planificación y la ejecución de esos programas con las autoridades nacionales y con otros organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la División de Estupeficiente de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Los gobiernos de los países han de decidir primero si la dependencia de las drogas constituye un problema social y sanitario grave. Si así es en efecto, debe formularse un programa nacional para combatir la farmacodependencia basado en los mejores datos disponibles y en la evaluación de los recursos del país.

Las actividades en curso consisten principalmente en el establecimiento de programas de tratamiento en los países en desarrollo, junto con investigaciones operativas destinadas al aprovechamiento óptimo de los recursos disponibles. Estas actividades tienden también al establecimiento de sistemas nacionales y locales de gestión de servicios para contribuir a reducir y prevenir el uso de drogas con fines no médicos. Los elementos del programa comprenden la formación de personal principal mediante la concesión de becas o por

otros medios, la práctica de encuestas epidemiológicas en comunidades rurales y urbanas, y la adopción de programas de tratamiento que son después objeto de una evaluación sistemática. Estas actividades no sólo se traducen en un tratamiento eficaz, sino que permiten obtener más conocimientos acerca de la etiología y la naturaleza de los problemas de la droga.

Un principio básico de todos los programas es elegir experiencias de otros países y adaptarlas a las circunstancias del país interesado. Otro principio consiste en integrar los servicios que se ocupan de la farmacodependencia con servicios de otro género, con los programas de salud, de bienestar social y de desarrollo económico y con las actividades de la OMS a escala nacional.

Muchas de las comunidades rurales que producen opio apenas tienen servicios de salud o carecen totalmente de ellos. Con frecuencia el opio es la única medicina disponible y por eso se usa mucho para aliviar el dolor y la enfermedad. En esos lugares no es conveniente eliminar la producción de opio sin proporcionar antes un modo distinto de asistencia para las enfermedades más corrientes entre la población.

La atención primaria de salud es un programa altamente prioritario de la OMS. Su propósito fundamental es hacer que la atención de salud se ajuste más a las necesidades de la población y sea más accesible, destacando así maneras de resolver los problemas actuales de comunidades desatendidas o insuficientemente atendidas. Se alienta a las comunidades a utilizar sus propios recursos; el personal de atención primaria de salud se elige en las propias comunidades a cuyo servicio ha de estar y, por tanto, se identifica estrechamente con ellas. Este personal recibe una formación que ha de permitirle prestar servicios basados en conocimientos científicos y en técnicas de salud y también en prácticas curativas tradicionales de utilidad demostrada. Los métodos elegidos serán sencillos, baratos y adecuados, y han de contar con la aceptación de la comunidad. La quimioterapia moderna y otras técnicas han de sustituir al actual uso del opio, y el personal de atención primaria de salud debe recibir el adiestramiento necesario para dar tratamiento a las personas dependientes del opio y para la observación ulterior de estos casos.

Una de las actividades prioritarias de la OMS es colaborar con los países en el establecimiento de programas de atención primaria de salud como parte integrante de la programación sanitaria por países. Esto sitúa a la OMS en posición favorable para conseguir que se preste la debida atención a la farmacodependencia al planificar y programar los servicios de salud.

Los programas nacionales de educación sanitaria ofrecen otra

importante oportunidad de colaboración de la OMS en materia de farmacodependencia. La conducta y las actitudes condicionadas y determinadas por la cultura, por el medio social, económico y familiar y por la enseñanza contribuyen directamente al consumo de drogas y a la dependencia. La educación sobre el uso y el abuso de drogas es parte esencial de cualquier plan que tenga por objeto prevenir o reducir el aumento del uso no médico de fármacos psicoactivos. Esta educación debe darse en las escuelas, donde ha de estar integrada en la enseñanza de otros temas relacionados con la salud o los factores psicosociales, y en las comunidades. Es una acción que queda comprendida en la definición de las actividades de educación sanitaria de la OMS, cuya finalidad general es hacer de la salud un bien preciado de la comunidad. Según este punto de vista, se da por supuesto que para prevenir y combatir con éxito cualquier enfermedad es necesario, entre otras cosas, que la población esté debidamente informada y motivada.

Los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos gracias a la experiencia directa de la planificación y la ejecución de programas de salud destinados a las poblaciones insuficientemente atendidas en muchos países, unidos a los conocimientos técnicos acerca de la farmacodependencia, proporcionan un sólido fundamento para la preparación de programas nacionales de lucha contra esa dependencia.

Sistemas de apoyo a las actividades en los países

Los programas nacionales pueden beneficiarse de diversos géneros de servicios y programas de la OMS e incorporar métodos y técnicas que la Organización prepara y normaliza en colaboración con los Estados Miembros. Se incluyen aquí métodos de epidemiología e información, nuevos métodos de tratamiento y prevención, la formación de personal y el establecimiento de infraestructuras, la difusión e intercambio de datos y el fomento de la cooperación entre los países en las actividades de lucha contra la farmacodependencia.

Instrumentos básicos para los estudios epidemiológicos. La OMS ha preparado una metodología para las encuestas sobre el consumo de drogas por los estudiantes y ha establecido una serie de puntos esenciales para el acopio de datos epidemiológicos internacionalmente comparables sobre la farmacodependencia. Se han emprendido, asimismo, estudios de otros métodos para efectuar encuestas sobre el consumo de drogas por la población en general y por grupos no compuestos de estudiantes, así como sobre métodos para la organización de sistemas nacionales de notificación de casos, para la evaluación del tratamiento y para la busca intensiva de casos y la

vigilancia entre los grupos de consumidores de drogas. Como parte de esta labor, la OMS ha creado una red de instituciones e investigadores que colaboran en esas actividades, principalmente en países en desarrollo donde la farmacodependencia plantea serios problemas.

Preparación de métodos perfeccionados de tratamiento. Actualmente se ha emprendido en cuatro países en desarrollo trabajos en los que se emplea una metodología uniforme y que tienen por objeto evaluar en colaboración con el FNUFUID los procedimientos terapéuticos actuales. Estos trabajos incluyen el ensayo de métodos prometedores y baratos de tratamiento y la evaluación del tratamiento dado por los curanderos tradicionales y el personal de atención primaria de salud de las zonas rurales. Hace falta un modelo para valorar el comportamiento social de los pacientes y su reincorporación a la comunidad. Hay que determinar también la manera de incluir un factor de cálculo de costos y beneficios en la evaluación del tratamiento.

Nuevas estrategias de prevención. La preparación de técnicas destinadas a prevenir la dependencia de las drogas sigue dos direcciones generales. La primera, es la identificación de las causas, y la segunda, el ensayo de medidas preventivas que parezcan prometedoras. Se está procurando determinar esas causas en un estudio hecho en seis países sobre jóvenes que no son estudiantes; ese estudio permitirá disponer por vez primera de datos comparados acerca de la influencia que tienen en el uso de drogas la disponibilidad de estos productos, la disciplina de los padres, el dinero de bolsillo, el empleo del tiempo libre y otros factores.

En varios países se realizan estudios piloto en aplicación de programas nacionales sufragados por el FNUFUID y en asociación con la OMS a fin de averiguar las repercusiones de los programas de reducción de la demanda en comunidades claramente delimitadas. Estos proyectos están siendo valorados mediante el empleo de diferentes sistemas, como las encuestas practicadas antes y después de la intervención.

Uno de los ejemplos de este tipo de programa preventivo es el proyecto FNUFUID/OMS en el Pakistán, que se ha emprendido, en primer lugar, para examinar la administración de opio como sedante a los niños pequeños y los correspondientes riesgos, incluida la muerte por dosis excesivas y, en segundo lugar, para acometer una campaña de educación y proponer otras soluciones con el fin de evitar la administración generalizada de opio a los lactantes. Durante el tercer año de ejecución del proyecto se realizará una segunda encuesta para evaluar los cambios conseguidos.

Formación de personal y establecimiento de una infraestructura.

Uno de los principales factores de los programas FNUFUID/OMS emprendidos en los países para combatir el abuso de drogas es la formación de personal técnico que se encargará de la ejecución de programas de prevención, de tratamiento, de laboratorio y de epidemiología. Esta formación ha sido hasta ahora de tipo especial, consistente en visitas de los educandos de países en desarrollo a lugares en donde existía ya un conjunto de conocimientos y medios. Estos lugares están a menudo en países industrializados y la experiencia que allí se adquiere no siempre es transferible. Por otra parte, las visitas de corta duración no bastan para los profesores que al regresar a sus países han de adiestrar a otro personal principal. Se necesitan cursos en toda regla, y el primero de la serie prevista de cursos de formación sobre tratamiento y rehabilitación de personas dependientes de drogas se celebró en Hong Kong en octubre y noviembre de 1979; se celebrarán cursos interregionales análogos en otras partes del mundo. Se han convocado, asimismo, tres reuniones de especialistas para asesorar sobre los problemas del consumo de opio en las zonas rurales y del consumo de cocaína, así como sobre la aplicación de métodos de laboratorio a la epidemiología y la vigilancia.

El modelo empleado en el programa que llevan a cabo el FNUFUID y la OMS en Tailandia para formar personal de atención primaria de salud destinado a las aldeas en que se consume opio podría utilizarse con provecho en otros lugares.

Difusión e intercambio de informaciones. El establecimiento de una infraestructura comprende también la publicación y difusión de informes técnicos en los que se examina un sector particular de los conocimientos o de los métodos. Las publicaciones de la OMS sobre los estudios en colaboración, las actas de las reuniones regionales o las notas sobre cuestiones técnicas proporcionan material para las reuniones de personal técnico a escala regional e interregional. Estos trabajos pueden utilizarse, asimismo, como material de referencia para cursos de formación. Se distribuyen por los cauces normales de la OMS a los ministerios de salud, los institutos y las organizaciones interesadas; a los miembros de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas; a la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas para su distribución selectiva, y a los organismos y a los departamentos gubernamentales encargados de planificar la lucha contra el abuso de drogas.

Fomento de la cooperación entre países en los programas de lucha contra la farmacodependencia. Pocas veces bastan los recursos y los conocimientos de un solo país para atender todas las necesidades de un programa. Además, algunos países tienen idénti-

cos problemas de abuso de drogas y por razones geográficas o culturales grupos naturales aptos para una acción en cooperación. Ejemplo de estas agrupaciones naturales son los países productores de opio de Asia y del Oriente Medio, los países consumidores de khat de Africa oriental y la Península Arábiga y los países consumidores de coca de los Andes.

Para facilitar el intercambio de experiencia entre esos grupos de países y para proporcionales el asesoramiento de especialistas en distintos aspectos de la farmacodependencia se organizan grupos de trabajo y reuniones científicas a escala regional. En estas reuniones, los principales encargados de la planificación y los expertos en cuestiones técnicas deliberan sobre los posibles medios para reducir la demanda. Los trabajos se organizan en cooperación con las oficinas regionales de la OMS y tomando como base la experiencia obtenida con el grupo interregional de trabajo de la OMS sobre prevención y tratamiento de la farmacodependencia, que se reunió en Alejandría, Egipto, en 1978. El segundo grupo de trabajo de este género se reunió en Bangkok, Tailandia, en 1979.

OBLIGACIONES DE LA OMS EN VIRTUD DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE FISCALIZACION DE DROGAS

En la Convención Unica sobre Estupefacientes, de 1961, se simplificaron y unificaron los tratados anteriores y se confirmaron las funciones que incumben a la OMS, con respecto a la evolución de las drogas y la formulación de recomendaciones a la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas. La citada Convención concierne a la fiscalización del opio, el cannabis y las hojas de coca, así como a los productos sintéticos del tipo de la morfina.

En los últimos años no ha dejado de aumentar la disponibilidad de un gran número de sustancias psicotrópicas de origen sintético, lo que ha dado lugar a un abuso muy extendido de esos productos. La inquietud que esta situación inspira hizo ratificar el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, 1971, que entró en vigor el 16 de agosto de 1976. En este Convenio se requiere de la OMS que recomiende a la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas si procede o no someter las sustancias psicotrópicas a fiscalización nacional e internacional y en qué forma ha de practicarse esa fiscalización. Las recomendaciones de la OMS son determinantes, por lo que respecta a las pruebas de tipo médico y científico.

Con arreglo a este Convenio, se han clasificado 32 sustancias en

cuatro listas, cuyo grado de rigor va disminuyendo de la Lista I a la Lista IV. En la Lista I figuran los alucinógenos y los estupefacientes; en la II, las anfetaminas y estimulantes análogos; en la III, los barbitúricos de acción breve y los depresores análogos del sistema nervioso central, y en la IV, los barbitúricos de acción prolongada, los depresores análogos del sistema nervioso central y los tranquilizantes ligeros. Las bases recomendadas para someter a fiscalización las sustancias psicotrópicas son, por una parte, su capacidad para producir dependencia, así como la potencialidad de abuso y el abuso efectivo, y por otra parte, su utilidad terapéutica. En el Convenio se prevé un mecanismo por medio del cual la comunidad internacional puede decidir lo antes posible si una sustancia origina un problema de abuso, a fin de que puedan tomarse las oportunas medidas. Como la disponibilidad de los productos farmacéuticos sintéticos es cada vez mayor, este mecanismo de fiscalización de las drogas resulta de la misma utilidad para los países en desarrollo y para los desarrollados.

CENTROS COLABORADORES DE LA OMS SOBRE FARMACODEPENDENCIA

Durante los cinco últimos años la OMS ha establecido relaciones de colaboración con diversos centros especializados. En el programa de salud mental, que comprende actividades relacionadas con la farmacodependencia, los centros colaboradores sirven de nexo de unión entre la OMS y las autoridades nacionales por cuanto respecta a la ejecución de los programas; se encargan del intercambio oficial u oficioso de informaciones a nivel nacional, regional y mundial, sirven de punto focal para las actividades específicas de investigación y actúan como centros de formación.

Estos centros son reconocidos como tales por la Administración nacional correspondiente y poseen la competencia y los medios requeridos para desempeñar actividades específicas o series de actividades relacionadas con el programa de farmacodependencia en su conjunto o con determinados componentes de éste.

Hasta ahora, se han designado cinco centros colaboradores de la OMS en investigaciones e información sobre farmacodependencia: la Fundación para Investigaciones sobre Toxicomanías, Toronto, Canadá; el Centro Mexicano de Estudios sobre Farmacodependencia, México, DF; el Instituto Nacional para la Lucha contra el Abuso de Drogas, Rockville, Estados Unidos de América; el Proyecto de Investigaciones sobre Dependencia de Drogas, Universidad de Sains,

Penang, Malasia, y el Instituto de Investigaciones sobre Salud de la Universidad de Chulalongkorn, Bangkok, Tailandia.

ACTIVIDADES DE LA OMS SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

En un reciente trabajo (4) acerca de las actividades de la OMS sobre problemas relacionados con el alcohol se expone la labor llevada a cabo durante más de veinticinco años. En esa obra se da referencia detallada de las numerosas publicaciones de la OMS a este respecto. Gran parte de lo que se ha hecho ha consistido en actividades combinadas de la OMS sobre dependencia de las drogas y problemas relacionados con el alcohol, es decir, con arreglo al llamado «método combinado». Sin embargo, ha habido también frecuentes reuniones de subcomités y comités de expertos sobre los problemas del alcohol exclusivamente; el primer informe de uno de esos subcomités se publicó en 1951. Desde un principio, la OMS ha ofrecido ayuda práctica a los gobiernos mediante el asesoramiento de sus expertos y la concesión de becas, y ha contribuido activamente a la organización de reuniones y grupos de trabajo (5).

El informe de un grupo de investigadores de la OMS sobre criterios para identificar y clasificar las incapacidades relacionadas con el consumo de alcohol (6) ha sido muy útil para situar en una perspectiva los problemas relacionados con el alcohol y no solamente la dependencia del alcohol. Otro trabajo de importancia para la planificación nacional es el informe sobre un estudio en colaboración realizado por la Oficina Regional de la OMS para Europa, la Fundación Finlandesa para Estudios sobre el Alcohol y la Fundación para Investigaciones sobre Toxicomanías, de Ontario (7).

Se ha emprendido en Escocia, México y Zambia un proyecto sobre las reacciones de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol; tiene por objeto ese proyecto establecer técnicas que permitan estudiar cómo se resuelve en las distintas sociedades el problema de la bebida, a fin de planificar respuestas más eficaces en beneficio de la salud. La OMS ha efectuado un importante examen de las medidas de prevención de los problemas relacionados con el alcohol (8).

La Organización se ha ocupado mucho en los últimos años de los perjuicios para la salud de la pandemia de tabaquismo, particularmente los originados por el hábito de fumar cigarrillos. El primer informe de la OMS sobre este asunto apareció en 1975 (9); en un segundo informe, publicado en 1979, se puso al día esta cues-

tión (10). Hay también signos alentadores de nuevas reacciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y de la Organización Internacional del Trabajo; sin embargo, el último Comité de Expertos de la OMS (10) estimó que convendría recabar la colaboración «del Banco Mundial y de otros organismos de las Naciones Unidas que todavía no se han hecho cargo de la importancia que puede tener su participación en un programa mundial de lucha contra el tabaquismo». Las reacciones ante el tabaquismo han sido tardías y hay mucho terreno que recuperar. Cada día es más importante la participación de la OMS en las actividades destinadas a conseguir que el mundo se percate cada vez más de los efectos del tabaco sobre la salud.

REFERENCIAS

1. *Cocaine 1977*, NIDA Research Monograph, núm. 13. Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social de los Estados Unidos de América, Washington, DC, 1977.
2. FUNDACION FINLANDESA PARA ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL Y OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA, *International statistics on alcoholic beverages: production, trade and consumption 1950-1972*. Helsinki, 1977 (Fundación Finlandesa para Estudios sobre el Alcohol, Vol. 27).
3. *Alcohol problems in developing countries*, documento inédito de la OMS, 1978.
4. MOSER, J. Y HANNIBAL, J., WHO activities concerning drug dependence and alcohol-related problems. (Documento inédito de la OMS presentado a la Conferencia OMS/EURO sobre los aspectos de salud pública de la dependencia del alcohol y de las drogas, 1978.)
5. MOSER, J., *Problems and programmes related to alcohol and drug dependence in 33 countries*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1974 (publicación en offset de la OMS, núm. 6).
6. EDWARDS, G. Y COLS., comp. *Alcohol-related disabilities*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (publicación en offset de la OMS, núm. 32).
7. BRUN, K. Y COLS. *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki, Fundación Finlandesa para Estudios sobre el Alcohol, 1975.
8. MOSER, J., *Prevention of alcohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programmes* (documento inédito de la OMS MNH/79.16).
9. OMS Serie de Informes Técnicos, núm. 568, 1975.
10. OMS Serie de Informes Técnicos, núm. 636, 1979.