

## ESTUDIO

# CONSUMO Y PREVENCIÓN DE DROGAS: ¿UN PROBLEMA SIN SALIDA?<sup>1</sup>

Ricardo Fuentealba H<sup>2</sup>

*¿Es el consumo de drogas una amenaza a toda la sociedad o a un sector de ella? ¿Qué tipo de amenaza constituye, qué actividad puede verse afectada? ¿Cuál es su origen? El listado de interrogantes puede ser enorme. Cada respuesta abre otras dudas, en un problema que ha sobrepasado el conocimiento científico-tecnológico, el que ha resultado incapaz, hasta hoy, de resolver esta encrucijada que parece desafiar lo más esencial del ser humano: la conciencia de sí mismo, base del libre albedrío y el ejercicio de la voluntad. Más aún, la insistencia del adicto por continuar intoxicándose, aún cuando ello implique el sacrificio de sus propios valores y principios, aún en pleno conocimiento del daño que se infiere, parece ponerlo por debajo de las demás especies animales, ninguna de las cuales atenta contra sí misma de esta manera, en su habitat natural. Como podrá verse a continuación, estamos lejos de poder explicar y solucionar este problema; el desconcierto de gobernantes y líderes sociales ha propiciado el desarrollo de costosos programas con el propósito de disminuir el consumo ilícito de drogas. Ninguno de ellos ha logrado efectivamente evitar su consumo, y la evidencia no es suficiente para afirmar que haya disminuido el número de adictos como consecuencia de los programas preventivos. El propósito del presente artículo es ofrecer una reflexión acerca del fenómeno del consumo de drogas, y en particular, sobre la complejidad que reviste el tema de la prevención.*

## ALGUNAS CLARIFICACIONES CONCEPTUALES

El primer concepto que nos parece pertinente revisar es el de **comunidad**. Hemos seguido la definición de Oscar Johansen, que la considera un sistema social compuesto por gran cantidad de partes

(grupos y personas) que interactúan de acuerdo a ciertas reglas estipuladas (ya sean escritas o producto de la tradición). De manera que la comunidad tiene fronteras que le permiten conservar una identidad y no ser absorbidas por otras comunidades; un objetivo común: la necesidad de integración de sus partes; y sigue el principio de la recursividad, es decir, que las

1. Este artículo, titulado originalmente: "Prevención del uso indebido de drogas", fue publicado en el Informe Final del Seminario: "Análisis de las acciones preventivas en relación a la política y plan nacional de prevención y control de drogas", Santiago de Chile, Diciembre de 1994 (República de Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Secretaría Ejecutiva) y fue facilitado por su autor para su publicación en esta revista. El texto fue transcrito integralmente, con excepción de algunos párrafos referidos al tema de las Benzodiazepinas que, por su carácter específico, fueron suprimidos.

2. Médico Psiquiatra, Magister (c) en Salud Pública, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

más pequeñas están comprendidas dentro de las más grandes. Así la comunidad Región incluye a la comunidad Ciudad y a su vez aquella está incluida en la comunidad País.

Un segundo término que consideramos importante definir, es el de **conocimiento**. El conocimiento es el producto de una determinada forma de mirar el mundo. La hegemonía que el conocimiento científico ha ejercido en la explicación de los fenómenos y su resolución, ha eclipsado otras formas de conocer, entre las que se cuenta el saber popular. Este orden de cosas aparece seriamente cuestionado hoy, principalmente por la encrucijada en que se encuentra el conocimiento científico debido a graves problemas que afectan a toda o gran parte de la comunidad y que no ha podido resolver. Uno de ellos es el consumo de drogas. Más aún, el propio saber científico es el que ha creado (y sigue creando) los principales productos tóxicos que hoy usan los drogadictos en todo el mundo. Esto hace que sea indispensable el encuentro, la integración del saber científico y el saber popular, el técnico debe crear espacios donde nadie se sienta excluido, donde todos puedan aprender y aportar.

En tercer lugar, nos parece necesario profundizar en el concepto de **dependencia**. Esta noción ha evolucionado, desde la dicotomía entre dependencia física y dependencia psicológica -ampliamente reconocida hasta hace pocos años - hacia una combinación de ambas, aceptándose que probablemente tienen su origen en el síndrome de neuroadaptación, que tendría manifestaciones somáticas y psicológicas.

En general, se acepta que una droga tiene poder adictivo si provoca en el usuario algunos de los siguientes síntomas: un deseo compulsivo de continuar su uso a pesar de que el producto le esté ocasionando daño físico, psicológico o social evidente; si se afecta su familia, trabajo u otras actividades sociales; si el usuario no logra controlar la cantidad de droga que consume o el tiempo que destina a ello si necesita aumentar progresivamente la dosis para obtener los efectos originalmente buscados y si presenta síntomas de abstinencia o privación al dejar de usar la droga.

Las características del **síndrome de privación** varían en las distintas drogas y usuarios. Se presenta al discontinuar la administración del producto y en general se trata de un conjunto de síntomas

psicológicos y neurovegetativos, de intensidad variable, entre los cuales habitualmente se incluye gran angustia y deseo compulsivo de obtener la droga.

Es principalmente en este periodo de la adicción donde el afectado, dominado por la imperiosa necesidad de conseguir la droga, puede cometer delitos y crímenes para obtener dinero o la droga que necesita, único medio para aliviar en forma rápida y eficaz todas las manifestaciones del síndrome de privación.

## PRINCIPALES DROGAS ACTUALMENTE EN USO

La mayoría de las drogas utilizadas con fines no médicos y que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC), pueden ser clasificadas en alguno de los grupos siguientes a partir de su acción principal:

### • Estimulantes

Amfetaminas y sus derivados; cocaína en sus distintas formas, de las cuales las más usadas son la pasta base (sulfato de cocaína), el clorhidrato de cocaína y el "Crack"; finalmente también pertenecen a este grupo la cafeína y la nicotina.

### • Depresores

Alcohol, barbitúricos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. A este último grupo pertenecen las benzodiazepinas, tales como el diazepam y flunitrazepam.

### • Psicodislépticos

LSD (Dietilamida del Ácido Lisérgico), Psilocibina, Psilocina, feniletilaminas (mescalina), triptaminas, feniciclidina (polvo de ángel, PCP, cristal), cannabinoides (marihuana, haschís).

### • Opiáceos

Incluyen el opio y sus derivados tales como heroína, morfina, metadona y codeína. Este último producto tiene un intenso uso médico, formando parte de medicamentos antitusígenos.

### • Inhalantes

Solventes volátiles como benceno y tolueno (pegamentos) y anestésicos como óxido nítrico y éter etílico.

Solo un reducido número de drogas tienen importancia en nuestro país. Describiremos algunas de ellas y sus principales efectos.

### TABACO

El tabaco contiene nicotina en una proporción de 0,2 a 5 %, producto estimulante del SNC, que junto con provocar un estado de alerta, aumento de la atención y facilitación de la memoria, induce relajación muscular, disminución del apetito y menor irritabilidad. El tiempo de latencia desde el inicio del consumo y la aparición de estos síntomas es muy breve, ya que la nicotina llega al cerebro pocos segundos después de ser fumada.

Entre los efectos tóxicos de su uso crónico se destaca la ampliamente demostrada asociación con cáncer de distintas localizaciones, principalmente pulmonar, con la Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica y con mayor frecuencia de afecciones cardiovasculares, incluido el infarto del miocardio. El riesgo de un fumador de sufrir alguno de estos daños puede llegar a ser el doble de un no fumador. Al dejar de fumar, la diferencia de riesgo disminuye paulatinamente y puede igualarse al no fumador alrededor de 10 años después de abandonar el hábito.

El síndrome de privación que sigue a la suspensión del hábito es muy variable en los distintos usuarios, pero en general incluye irritabilidad, aumento del apetito, insomnio u otras alteraciones del sueño, deseos incontenibles de fumar, alteraciones del proceso digestivo y dificultades de atención y concentración.

### PASTA BASE DE COCAINA (PBC)

Sin lugar a dudas uno de los principales problemas actuales en nuestro país lo constituye el sulfato

de cocaína, conocido como "pasta base". Es un producto intermedio en el proceso de obtención del clorhidrato de cocaína, generado al mezclar el macerado de hojas de coca con parafina, a lo que luego se agrega carbonato de calcio y ácido sulfúrico.

Su contenido del alcaloide cocaína generalmente es de 30 a 60 por ciento, aunque puede llegar a 70 u 80, según la calidad de la planta. Por cada 100 kg. de hojas de coca se obtiene 1 kg. de pasta base. Al ser transformada en clorhidrato, generalmente se obtienen entre 300 y 500 gramos de esta droga.

Su consumo en países vecinos comenzó en la década del 70, adquiriendo un carácter epidémico en poblaciones que casi no tenían adictos al consumo del alcaloide, a pesar de la costumbre ancestral de masticar la hoja de coca. Un fenómeno parecido se comenzó a observar en Chile a

partir de mediados de la década del 80, en el norte del país.

La forma habitual de consumo es fumarla mezclada con tabaco, preparado que popularmente llaman "mono", o con marihuana, llamado "marciano". También se le llama genéricamente "angustia", aludiendo a uno de los principales síntomas de la intoxicación. La inhalación del

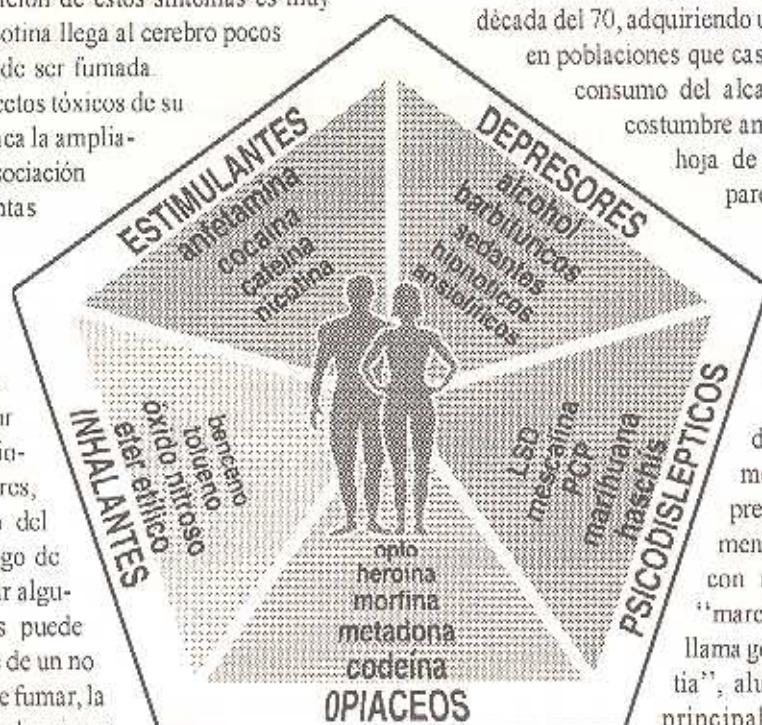
humo inunda los alvéolos pulmonares, provocando un masivo ingreso de la droga al torrente circulatorio, desde donde llega rápidamente al sistema nervioso central.

Este mecanismo de absorción hace que los efectos sean de gran intensidad y se inicien pocos minutos después de comenzar la ingestión.

Existe evidencia suficiente para afirmar que tiene un alto poder adictivo, explicado probablemente por lo siguiente:

\* La intensidad y rapidez de sus efectos, que superan incluso los del clorhidrato de cocaína.

\* La facilidad de la vía de administración.



- \* La gran disponibilidad en el mercado.
- \* Su relativo bajo costo.
- \* La aparición precoz de síntomas de privación (dos a seis meses).
- \* El consumo endémico de marihuana en el país, el que en general siguió un patrón de consumo social-recreativo, lo que implicaba un cierto control del usuario sobre la droga.

Este control no se establece con la pasta base y al intentar repetirlo, el usuario se ve rápidamente atrapado en el deseo compulsivo de continuar consumiendo la nueva droga.

### CUADRO CLÍNICO DEL CONSUMO DE PASTA BASE

Según los investigadores Federico León y Ramiro Castro, del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas del Perú, el síndrome de consumo de pasta base tendría tres fases: Prodrómica, Crítica y Post-Crítica, que se describen a continuación.

#### a) Fase Prodrómica:

Esta fase se establece junto con el síndrome de privación, generalmente después de dos a seis meses de consumo de la droga. Se caracteriza por el fenómeno denominado "Apetencia", que es "el deseo intenso de buscar la droga y, en segundo lugar, la incapacidad para abstenerse, seguidos de una gradual pérdida de control sobre el curso del consumo, que ya no se puede detener". El adicto, frente a diversos estímulos, siente el deseo imperioso de consumir la droga, acompañado de angustia, ideas obsesivas dirigidas al consumo, inquietud, agitación motora, torpeza y búsqueda compulsiva de la droga. Cuando el consumo es inminente, se incrementa el peristaltismo intestinal, pudiendo presentarse cuadros diarreicos.

#### b) Fase Crítica:

Toda esta sintomatología desaparece con la primera aspirada de la droga, que provoca un placer intenso y de muy breve duración (algunos usuarios comparan este efecto con el orgasmo), acompañado de euforia, sensación de claridad mental y ligereza física, que después de algunos minutos da paso a una

intensa angustia que impulsa al adicto a continuar consumiendo. Si el adicto continúa consumiendo droga en ese episodio de intoxicación, el placer que experimenta luego de cada inhalación disminuye progresivamente hasta prevalecer la sintomatología angustiosa.

Los efectos de la pasta base incluyen una gran estimulación vegetativa, caracterizada por aumento de la frecuencia respiratoria, hipertensión, taquicardia, hiperreflexia, sudoración, temblor, sialorrea, náuseas y vómitos. En este período puede ocurrir la muerte por paro cardiorespiratorio.

También es frecuente la aparición de hipersensibilidad sensorial, especialmente auditiva y olfatoria. Uno de los efectos más comentados por los adictos es la sensación de ponerse "duro", en referencia a la rigidez muscular y lentificación motora que se produce. Otro componente importante es la sintomatología paranoidea, que los torna suspicaces, desconfiados, irritables y agresivos. A lo anterior se suman las pseudopercepciones, en que le parece ver personas e interpreta erróneamente ruidos e imágenes, pudiendo experimentar alucinaciones visuales y auditivas.

#### c) Fase Post-Crítica:

Se caracteriza por la aparición de los síntomas de privación y un imperioso deseo de obtener droga, pudiendo, como ya se señaló, cometer delitos si es necesario. No es infrecuente el uso de alcohol o tranquilizantes en este período. Se hace evidente aquí una sensación de fatiga e intenso agotamiento físico, irritabilidad y disminución del impulso sexual. Puede presentarse un cuadro depresivo. Estos síntomas se continúan inadvertidamente con la primera fase, dando origen a un nuevo episodio de consumo.

## ALCOHOL

Clásicamente se reconoce que el principal problema de salud pública en nuestro país es el consumo de alcohol, el que además de sus efectos de enfermedad y muerte, provoca graves daños económicos y sociales. El amplio conocimiento que existe en torno a los síntomas de la intoxicación aguda hace innecesario extenderse aquí en su descripción. Sólo destacaremos algunos de sus efectos adversos.

Uno de los principales daños es sobre el hígado. Nuestro país tiene una de las tasas más altas del mundo de muerte por cirrosis hepática post-alcohólica. Alrededor de una de cada diez muertes se relaciona directa o indirectamente con el consumo de alcohol; un tercio de los accidentes ocurre en conductores que circulan bajo la influencia del alcohol, y alrededor de la mitad de los homicidios. Su uso en mujeres embarazadas origina el síndrome alcohólico fetal, caracterizado por anomalías físicas y retardo mental.

En el ámbito laboral se atribuye al alcohol gran parte de las ausencias injustificadas y de los accidentes laborales. Existen estimaciones que señalan que la menor productividad, las muertes prematuras y el gasto médico social ocasionado por el alcohol, producirían al país una pérdida anual de 1.800 millones de dólares.

### BENZODIAZEPINAS

Las benzodiazepinas (BDZ), de amplio uso en la práctica médica, fácil acceso, bajo costo y amplia aceptación social, muestra una preocupante tendencia al consumo crónico, especialmente en mujeres y ancianos. Su uso médico se debe a sus efectos ansiolíticos, sedantes e inductores del sueño. La gran variedad de productos que tienen como estructura básica el anillo benzodiazepínico se diferencian principalmente por su mayor potencia en algunos de estos efectos y por la mayor o menor interferencia con la actividad física del usuario.

Se prescriben en una gran cantidad de afecciones gastroenterológicas, cardiológicas, psiquiátricas, neurológicas, quirúrgicas, etc. Probablemente esto se relaciona con la rápida difusión de su uso a partir de su descubrimiento en la década del 60. Se ha postulado que la enorme influencia ejercida por la industria farmacéutica y la generosa prescripción médica han sido elementos determinantes para su consumo masivo en todo el mundo.

Durante alrededor de 20 años se promovió su uso casi sin restricciones, en atención a que mos-

traban muy baja toxicidad y no hubo evidencias iniciales de que provocaran dependencia. Sin embargo aún cuando ya existe suficiente evidencia de la adicción a estos productos, sigue observándose una conducta desaprehensiva en su uso, llegándose a extremos como la propaganda televisiva para su consumo por el público en general, aún en ausencia de síntomas que pudieran hacer necesaria su indicación.<sup>3</sup>

### CANNABINOIDES

La marihuana y otros productos alucinógenos similares son extraídos de la planta de cáñamo, la *Cannabis Sativa*. Todas las partes de la planta contienen sustancias psicoactivas pero su concentración varía según si la planta es hembra o macho y en las distintas partes de su estructura. La marihuana son hojas y brotes secos de la planta, que son molidos y fumados como cigarrillos. El haschis es un exudado resinoso seco que puede ser fumado o ingerido luego de ser preparado con alimentos. Pocos minutos después de fumar el sujeto tiene una sensación de euforia, bienestar y relajación. En ausencia de estímulos del medio tiende a la somnolencia. Si está en grupo se explaya en largos análisis aparentemente profundos de los más triviales objetos y situaciones. La percepción sensorial aumenta y los sonidos e imágenes adquieren gran nitidez, así como las sensaciones táctiles y olfatorias. La sensación del tiempo se altera, transcurriendo en forma extraordinariamente lenta. Puede ocurrir alza de la presión arterial y taquicardia. La conjuntiva ocular se enrojece.

Puede experimentar ataques de bulimia, ingiriendo grandes cantidades de alimentos. La memoria y la concentración se afectan, así como la ejecución de tareas relativamente simples como la conducción de vehículos motorizados, aun con un cigarrillo de marihuana. La intoxicación dura alrededor de dos horas.

Se ha descrito un efecto de "flash back", que consiste en la aparición de síntomas de intoxicación días o semanas después de la ingestión, lo que puede ser especialmente peligroso en quienes manejan ma-

3. N.E.: Este artículo fue escrito con anterioridad a la promulgación de la Ley que prohíbe la venta de dichos productos sin prescripción médica debidamente documentada.

quinarias o vehículos. Este efecto se explicaría por la liberación de cannabinoides acumulados en los tejidos grasos.

Si las dosis ingeridas son altas, aparecen alucinaciones, despersonalización, ideas paranoidas, disgregación del pensamiento e intensa angustia, que puede llegar al pánico.

Eventualmente el adicto refiere una intensa sensación de frío, acompañado de palidez, temblores generalizados y disminución de la temperatura corporal.

Uno de los problemas del uso de marihuana en nuestro país es el llamado *Síndrome Amotivacional*. Este se presenta en adolescentes que se hacen abusadores o adictos a la droga, y que pasan gran parte de su tiempo en torno a su consumo, ya sea en estado de intoxicación o en la búsqueda de la droga, abandonando paulativamente otros intereses y aficiones personales. Deja de frecuentar amistades que no son consumidores y puede abandonar los estudios o trabajo; la necesidad de conseguir droga lo puede llevar primero a vender sus pertenencias personales y posteriormente a robar en su propia casa o en otros lugares a los que tenga acceso. Se ve atrapado así en una situación de la que no puede salir por sí mismo, y donde la ayuda especializada se hace indispensable.

## INHALANTES

Se incluyen en este grupo algunos anestésicos, como el éter etílico y el óxido nítrico ("gas hilarante"), y solventes industriales que contienen principalmente benceno y tolueno, dos hidrocarburos aromáticos que se volatilizan a temperatura ambiente.

La inhalación de gases anestésicos se conoce desde el siglo pasado, en especial en relación a medidas de control del consumo de alcohol en Europa y Estados Unidos. No es una práctica común en nuestro país.

En Chile y gran parte de Latinoamérica la inhalación de pegamentos conteniendo hidrocarburos

se ha transformado en un grave problema social. Su práctica se ha extendido en niños pequeños deprivados socioculturalmente, constituyendo un hábito frecuente en los menores que viven en la calle o están semabandonados por sus familias, practicando la mendicidad o labores menores para subsistir.

La forma de uso más habitual es la inhalación cubriendo boca y nariz con una bolsa plástica que contiene una pequeña cantidad de pegamento. Esto provoca altas concentraciones de solventes en el gas

inhalado, a la vez que disminuye la concentración de oxígeno y aumenta el anhídrido carbónico.

Poco después de la inhalación sobreviene una intensa sensación de euforia e invulnerabilidad, desaparecen las sensaciones de hambre y frío y el adicto se siente poderoso y capaz de hazañas extraordinarias. Puede entonces sufrir accidentes o incurrir en actos violentos, incluso automutilatorios.

Con dosis mayores aparecen alucinaciones complejas: visuales, auditivas y táctiles, semejantes al delirium tremens del alcohólico; los contenidos son generalmente terroríficos; se produce ataxia, desorientación y dificultad para la expresión verbal.

Si la intoxicación continúa puede sobrevenir el coma y la muerte. También ocurre la muerte de manera accidental en pleno período de intoxicación: puede adherirse la bolsa con pegamento al rostro y provocar la asfixia por sofocación, dado el compromiso de conciencia del adicto. En la literatura se encuentran descripciones de muertes de niños menores de diez años por este mecanismo.

Los estudios actualmente disponibles muestran parcialmente el principal fenómeno observado en los últimos años, cual es la extensión de la epidemia de consumo de Pasta Base de Cocaína, que se ha extendido durante los últimos 7 años de la I Región, a la Región Metropolitana y a las grandes ciudades del centro y norte del país.

La práctica diaria de los equipos de salud mental comunitarios y organizaciones de la comuni-



dad, muestran que en la Región Metropolitana se está observando una violenta irrupción del consumo de este producto.

Principalmente en jóvenes de poblaciones marginales, aun cuando aparentemente el problema está en todos los estratos socioeconómicos, se ha observado un dramático incremento en el número y la severidad del consumo de drogas.

A partir de 1991 la Pasta Base de Cocaína ha comenzado a desplazar el consumo de Marihuana, llegando a reemplazarla totalmente en amplios sectores marginales, convirtiéndose en la principal droga ilícita usada en esos lugares. Con frecuencia los adictos a este producto solicitan ayuda para dejar el consumo, fenómeno absolutamente infrecuente en los usuarios de Marihuana.

Más allá del problema de salud, dirigentes comunitarios denuncian que existen redes de tráfico de PBC, de creciente complejidad y peligrosidad, que no dudan en usar la fuerza física, incluso armas, para amedrentar a quienes presenten resistencia a la actividad ilícita.

Algunos dirigentes son enfáticos en señalar que este tráfico maneja grandes sumas de dinero, lo que sería evidente por los vehículos utilizados y el estilo de vida de delincuentes conocidos por ellos.

## LAS CAUSAS

La actual tendencia epidemiológica en la búsqueda de explicaciones para los problemas de salud mental en general es la multifactorialidad y la multidimensionalidad. No se insiste en la búsqueda de una causa única, sino en la identificación de grupos de factores causales. Por otra parte, los problemas en sí tendrían varias dimensiones, incluido el tiempo; se abandona así el precepto lineal del continuo entre normalidad y trastorno como dos polos opuestos.

Es un esquema que se aplica perfectamente al problema del consumo de drogas. Su multidimensionalidad es evidente, nos obliga permanentemente a medir en varias direcciones, como hemos visto previamente: mayor o menor poder adictivo de la droga, frecuencia y volumen de las dosis, presencia o ausencia de prescripción médica, legalidad o ilegalidad de la droga, mayor o menor edad de quien la utiliza, etc.

En el origen de la adicción existe una constelación de factores que nos obliga a algún tipo de ordenamiento. Utilizaremos las siguientes categorías para hablar de los efectos de las drogas: la droga, la persona o usuario y el medio.

## FACTORES CAUSALES ATRIBUIBLES A LA DROGA

El más destacable es la potencia adictiva, o sea la propiedad de la droga de ocasionar, después de un tiempo variable de uso regular, un síndrome de privación y/o algunas de una serie de manifestaciones características descritas previamente.

La heroína y la morfina son las drogas de mayor poder adictivo que se conocen. Se ha descrito la aparición de síntomas de privación a las dos semanas de la inyección endovenosa diaria de Heroína. La adicción dura toda la vida.

Luego están la Cocaína en sus distintas formas, incluida la Pasta Base. Hasta hace pocos años se creía que esta droga no era capaz de inducir dependencia, lo que sido descartado ante las numerosas evidencias en el sentido contrario. En nuestro país los jóvenes que fuman Pasta Base presentan síntomas de adicción apenas dos meses después de haber iniciado el consumo.

Otras características de la droga y que se pueden considerar factores causales de adicción son la disponibilidad de ésta, la facilidad de su uso, la rapidez e intensidad de sus efectos placenteros y lo desagradable que puedan ser los efectos de su privación.

## FACTORES CAUSALES ATRIBUIBLES A LA PERSONA

No se ha demostrado hasta hoy que existan diferencias orgánicas entre consumidores y no consumidores. Con frecuencia el adicto muestra preferencia por una droga en particular, pero no está claro que ello obedezca a determinantes biológicos.

Sí, es más clara la asociación entre algunos trastornos psíquicos, como la Esquizofrenia y la Depresión y el consumo de algunas drogas ilícitas. Algunos especialistas han sostenido que el uso de Marihuana ocasionaría una alivio de los síntomas en

el inicio de una Esquizofrenia Incipiente; otros afirman que la droga podría ser capaz de desencadenar el cuadro psicótico.

Se ha sostenido también que algunos rasgos de personalidad pueden predisponer a la dependencia de las drogas, entre los cuales se menciona la inseguridad, la falta de destrezas sociales, los rasgos depresivos, la dependencia afectiva, la menor capacidad para desenvolverse ante los eventos adversos y la menor capacidad intelectual.

Las probabilidades de hacerse adicto aumentan también a medida que disminuyen el nivel educacional y ocupacional, se tiene una pobre imagen de sí mismo y las expectativas de éxito son bajas. La edad es otro factor individual importante; entre los 12 y 22 años existen 10 veces más posibilidades de iniciar un consumo de drogas que a cualquier otra edad de la vida.

### FACTORES CAUSALES ATRIBUIBLES AL MEDIO

Sólo con el propósito de explicar más ordenadamente las ideas y no porque exista realmente una separación entre ellas, se describirán primero algunas características del entorno inmediato a la persona, es decir la familia; y luego del entorno más mediato, es decir el grupo social o comunidad.

#### • La familia

Pocos preceptos han sido tan mencionados en los últimos años. Se dice que es el núcleo social básico, y así lo consagra incluso la Carta Constitucional que rige el orden social. Sin embargo esta antigua organización humana parece por momentos desintegrarse y se ha hablado insistentemente de que la familia estaría "en crisis".

La familia es el núcleo social básico. En ella el individuo es reconocido como tal y desarrolla gran parte de lo que serán sus características personales. Ahí ejercita el dar y recibir afecto, prueba sus capacidades, conoce la aceptación y el rechazo. También en la familia se configuran las normas éticas y morales básicas. Se podría decir que esta es la función "privada" de la familia.

En contraposición a esta función está su rol "público", que se refiere a la relación del individuo con la comunidad o sociedad. Tradicionalmente ha sido la familia la que ha iniciado al individuo en esta relación, mediante el contacto con otras familias e integrándose a pequeñas organizaciones sociales o "grupos sociales intermedios". En esta interacción el individuo aprende las reglas y normas de convivencia de la comunidad. Ambos roles aparecen desperfilados hoy.

Con frecuencia ambos padres están agobiados por su trabajo dentro y fuera del hogar y disponen de muy poco tiempo para compartir con los demás miembros de la familia, tiempo que además es destinado en gran parte a mirar televisión. Por distintas razones en aproximadamente uno de cada cuatro hogares los padres están separados, y existe un padre o madre sustituto o los hijos están a cargo sólo de uno de los padres.

Cada vez con mayor frecuencia y a edades más tempranas, los niños y jóvenes buscan fuera del hogar reconocimiento, apoyo frente a las crisis, confirmación externa de su visión del mundo. No son infrecuentes los casos extremos, en que la familia se encuentra prácticamente desintegrada, y los niños, desde edades muy tempranas, deben luchar por su propia sobrevivencia, para satisfacer sus necesidades básicas.

El rol "público" parece aún más precario. En un análisis histórico es posible ver que el contacto entre familias en la actualidad es mínimo. Casi la totalidad de los contactos al exterior del núcleo familiar son individuales; el trabajo fuera del hogar es casi siempre ajeno a la familia, así como los eventos recreativos y sociales.

Prácticamente no existen organizaciones sociales que ofrezcan un espacio donde la familia pueda integrarse con algún sentido de pertenencia, de identidad, de encuentro. Probablemente una de las excepciones la constituyan las prácticas religiosas.

Concuerda con esto el dato que repetidamente entregan los estudios de población: muy pocas personas participan de organizaciones sociales, y lo hacen individualmente, no como familias. De este modo, el niño está solo en el aprendizaje de las normas y costumbres sociales, las que en gran parte van a depender ahora del grupo de iguales. Esto constituye



un argumento adicional para comprender la importancia que puede tener la presión del grupo de pares al momento de tomar decisiones, sean éstas en torno a su forma de vestir o de hablar, o en torno al consumo de drogas.

Entre las características familiares que se han asociado al consumo de drogas en distintos estudios, están la mala relación con uno o ambos padres, la falta de interés de éstos en la vida de los hijos, inconsistencia en la disciplina, la separación de los padres, el consumo de drogas o alcohol por parte de éstos, y/o la presencia de psicopatología mayor en uno o ambos padres. El consumo de solventes volátiles se observa principalmente cuando la familia tiene problemas graves y los hijos están semiabandonados o viven en las calles.

#### • Los factores sociales

Clásicamente se ha asociado la pobreza y la marginalidad al mayor consumo de drogas, sin embargo estudios más recientes muestran una curva en "U", en que el consumo es mayor en los extremos: el nivel socioeconómico alto y el bajo, siendo menor en el nivel medio. Aparentemente no es el porcentaje de adictos el que cambia en los distintos niveles socioeconómicos, sino el tipo de droga, la modalidad de uso y probablemente el perfil del consumidor. Por otra parte los países con mayor ingreso per cápita del mundo exhiben también las más altas tasas de prevalencia de adictos.

La falta de oportunidades para estudiar y lograr una adecuada inserción laboral, que se cita repetidamente como un factor causal en el nivel socioeconómico bajo, no puede ser repetido en el nivel alto. Tal parece que las frustraciones son también distintas, pero existen en ambos extremos.

Se ha descrito también un mayor riesgo profesional, en aquellas labores y oficios donde se tiene más contacto con drogas, como es el caso de profesiones ligadas al uso o manipulación de medicamentos; o donde el consumo de drogas es habitual o se

le relaciona con el producto del trabajo, como en el caso del diseño y la creación artística.

La disponibilidad y el precio de la droga son factores gravitantes, como se ha demostrado con la llegada de la Pasta Base a nuestro país.

La coexistencia de alcohol y varias otras drogas simultáneamente en la sociedad pareciera sustentar una especie de equilibrio en la prevalencia de consumo de los distintos productos. Hay evidencias de que la prohibición del alcohol, por ejemplo, ha provocado epidemias de consumo de otras sustancias adictivas, como la inhalación de óxido nítrico. Es un dato que debe tenerse presente al intentar controlar un producto aislado.



La forma cómo los medios de comunicación aborden el tema resulta gravitante. La televisión puede (y lo hace) comunicar instantáneamente a millones de jóvenes la aparición de una nueva droga, su forma de uso, sus efectos y otras principales características. El interés que esto despierta en ellos, no es neutralizado en absoluto por los efectos adversos que puedan mostrarse, los que pueden constituir un aliciente adicional para quien está ansioso de experimentar y probarse y pudiera

ser tentado a demostrar su dominio sobre el nuevo y aparentemente peligroso producto.

Del mismo modo es evidente que los medios de comunicación podrían tener un rol fundamental en la prevención del consumo, lo que ha sido ampliamente utilizado en otros países.

Ninguno de los factores ambientales o sociales descritos es definitivo. En algunos casos, por ejemplo en los ingresos económicos, pareciera ser un handicap tanto el exceso como el déficit. ¿Existe un factor común subyacente? ¿Es posible explicar a través de él la adicción a las drogas?

Una de las explicaciones posibles es la del "stress" social o tensión generada por la actual vida en sociedad: la exigencia sobre la productividad in-

dividual, la competitividad, la cada vez mayor necesidad de capacitarse para acceder al trabajo, la soledad de las personas en una sociedad centrada en la producción y el consumo. Esto sobrepasaría la capacidad de adaptación de muchos integrantes del grupo social, generando angustia y conductas autodestructivas y de escape. La droga resulta funcional a ambas conductas.

Otro elemento explicativo es la *enajenación*. El grupo social en el cual crece y vive un individuo hoy, es una masa indiferenciada de sujetos, una sociedad de masas, donde la identidad de personas y pequeños grupos sociales no existe, o no es reconocida, por tanto, no ejercen poder ni influyen en los acontecimientos del macro grupo social. Entonces pierde significado agruparse en pequeñas organizaciones, ya que no sirven para influir en la vida cotidiana. No tienen poder.

Con esto se relaciona la desaparición de las organizaciones sociales intermedias y la escasa participación que obtienen las propuestas en tal sentido, no importando quién las formule.

Parte de este proceso es la pérdida de la cultura local. La creación colectiva es mínima y no tiene prestigio, las poblaciones, villas, torres habitacionales y condominios carecen de identidad; no tienen líderes, artistas, imágenes, ni nada propio del grupo, no comparten costumbres y están cada vez más orgullosos de no conocer a quién vive al lado.

En este contexto pierde sentido ser único e irrepetible, pierde sentido ser persona pues ello no parece tener valor ni lugar en la masa indiferenciada. Sí, es evidente el valor que se atribuye a los objetos. La posesión de ellos es símbolo de éxito y otorga prestigio a quien los tiene.

El ser parece haber sido reemplazado por el tener como elemento dador de identidad y como forma de presentación en sociedad. Tener, si tiene valor y significado. La persona entonces se hace ajena a sus semejantes y a sí misma; abandona todo intento por ser, en pos del tener, de lograr el éxito asociado a la posesión de objetos.

La droga ofrece una síntesis instantánea, una sobrecompensación de la falta de sensibilidad y de sentido, una exacerbación de las sensaciones, un ser trascendente, sin explicaciones, un alivio repetido, aunque fugaz al anonimato y a la enajenación.

## LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN GUBERNAMENTAL

Los principales aspectos de la estrategia seguida por el Gobierno en torno a la prevención del consumo de drogas, se recogen en el documento "Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas", editado en mayo de 1993 por el Ministerio del Interior.

El objetivo general de la política es "Desarrollar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, que posibilite la prevención del uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y la reducción de su demanda, el control de la oferta, la eliminación o disminución significativa del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción, con el propósito de contribuir a elevar sostenidamente la calidad de vida a nivel individual, familiar y social".

A partir de este objetivo, de lo expresado en las Políticas Específicas sobre Prevención del Consumo Indebido y en el Plan General de Prevención, es posible reconocer las principales estrategias, que son:

- a) La droga es considerada en su contexto psicosocial, como un problema de la sociedad, que se expresa a través de individuos y grupos afectados.
- b) En este marco se promueve el desarrollo pleno de las personas.
- c) Se propone actuar preventivamente, focalizando los programas en grupos de riesgo.
- d) Se conmina a integrar esfuerzos de los distintos servicios públicos y del sector privado.
- e) Se enfatiza la capacitación, la información y la evaluación técnica de los programas.
- f) Se confiere gran importancia a la organización y participación de la comunidad, señalando expresamente: "El trabajo de prevención debe tender a lograr la promoción social de los sectores afectados, es decir, que a través del aprovechamiento y el desarrollo de la propia capacidad organizativa de la comunidad, en todos sus estamentos, organizaciones, grupos, líderes y autoridades y con la motivación de sus propios recursos, se puedan promover actitudes, conductas y valores acordes con una vida libre de drogas".

## EVALUACION DE LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

A pesar de que los esfuerzos desarrollados para prevenir el uso indebido de drogas han sido inmensos y que muchos países han invertido cuantiosos recursos, que se han implementado una amplia gama de programas, con distintas estrategias y que se han dirigido a variados grupos de impacto, los resultados son magros y en muchos casos negativos.

Según se señala en una reciente revisión Florenzano y cols. (Alcoholismo y Farmacodependencias Juveniles en Chile, 1992), los primeros programas conocidos tendieron a destacar los aspectos negativos del consumo de drogas (se les llamó "campañas del terror"), y se demostró que no tuvieron impacto en disminuir el consumo de drogas, sospechándose incluso que pueden haber tenido un efecto paradójico, ya que el riesgo y lo prohibido tienen un valor positivo para los jóvenes.

También se conoce de programas que han puesto énfasis en la entrega de información, en la creencia que el desconocimiento de las características de las drogas y de sus efectos influye en la decisión de consumir drogas. Diversos estudios han demostrado que la entrega de información no tiene efecto en el consumo de drogas por parte de los jóvenes.

Otros programas apuntan al desarrollo de la autoestima y a la expresión de sentimientos, al desarrollo de la afectividad y en general al desarrollo personal; y aun cuando parecen tener un efecto positivo en el bienestar subjetivo de los participantes, no han demostrado resultados positivos en la reducción del consumo de drogas.

Uno de los más conocidos programas realizados en los Estados Unidos es el Drug Abuse Resistance Education, DARE ("atrévete"). Básicamente consiste en la entrega de información sobre drogas, en el desarrollo de habilidades para resistir la presión de los pares (atreverse a decir no) y en actividades para mejorar la autoestima. Es ejecutado en las escuelas por policías especialmente entrenados para ello. Una reciente evaluación (Becker, H K., 1992) realizada con aproximadamente 3.000 estudiantes y que comparó niños que participaron en el programa con niños que no lo hicieron, sugiere que el DARE no obtiene

cambios significativos en el número de usuarios de drogas.

También se tiene evidencia de que la inserción curricular de contenidos destinados a desarrollar la motivación y habilidades para resistir las drogas, puede tener efectos positivos en estudiantes de 7º y 8º años, pero desaparecen junto con el término del programa (Ellickson, P.L., 1993).

La estrategia que parece hoy tener cierto éxito es la utilización de líderes naturales y de las redes sociales existentes en la comunidad, aplicando el modelo de aprendizaje social de Bandura. Básicamente se reconoce el rol del grupo social como agente socializador y se educa en el proceso de análisis de problemas y toma de decisiones.

El elemento común de los programas hasta ahora conocidos, parece ser el esfuerzo sectorial o por especialidades profesionales, la lógica del abordaje desde una disciplina o hacia una sola dimensión del destinatario.

La insistencia en abordar a las personas desde alguno de sus aspectos e intentar desde ahí obtener un resultado en el todo, sólo puede entenderse desde la óptica del análisis fragmentador de lo científico, desde el Estado separado en estancos apenas comunicados entre sí. Ni la realidad cotidiana ni las personas resisten tal fragmentación.

A partir de esta observación, es recomendable que los futuros programas preventivos surjan desde lo intersectorial, concebido no como un mero intercambio de opiniones o expresión de voluntades de coordinación, sino desde un verdadero esfuerzo integrador, donde los planificadores obtengan el mayor grado de coherencia y sinergismo posible en las formulaciones programáticas de los distintos sectores, allanando así el camino para que ocurra lo mismo en el desarrollo de las actividades preventivas en la práctica local.

Otra consideración que debe tenerse presente es la falta de coherencia en los valores sustentado por las intervenciones. Frecuentemente no es posible distinguir tales valores, y cuando son más evidentes no resisten el más benevolente de los análisis, menos aún la lógica franca y sin tapujo de los jóvenes. No es posible que inmediatamente después de un "spot" que condena el uso de drogas, se invite a los jóvenes

a consumir alcohol como parte del éxito y del placer que ofrece la sociedad.

Para el adolescente no hay diferencia, excepto la calidad técnica de la imagen, entre un aviso que le sugiere no usar drogas, otro que le muestra lo magnífico que es hacerse adicto a la nicotina o alcohol y la comunicación periodística que le informa de los desafíos y peligros que trae la nueva droga, cómo se consume y qué siente quien lo hace. Todos son mensajes de la sociedad, todos son supervisados por personas mayores de edad y que, generalmente, fueron a la universidad y han tenido éxito en la vida.

Probablemente este problema es el que con mayor claridad sobrepasa las posibilidades de acción de un sector determinado o de una institución en particular. No es necesariamente salud o educación, o justicia, quienes pueden resolver esta contradicción, sin embargo todos los sectores, instituciones y personas tenemos responsabilidad en ella.

Otro problema común en los programas preventivos es la falta de consideración de la visión de los eventuales destinatarios de las actividades, y el incomprensible desaprovechamiento de la experiencia de los ex-adictos o rehabilitados, y la ausencia de la comunidad en general en la formulación, ejecución y evaluación de los programas.

Aún cuando algunos programas de difusión a través de los medios de comunicación hechos en otros países, consultan a los destinatarios, en general las preguntas se orientan a la comprensión y credibilidad que puedan tener los mensajes, no a la lógica en sí que subyace a la formulación de un programa de mensajes a través de los medios, a su oportunidad, pertinencia o relevancia, por ejemplo.

La prevención debe basarse en el trabajo comunitario. El experto (de cualquier especialidad y

sector) debe descubrir cómo compartir su conocimiento (y desconocimiento) con las organizaciones comunitarias, con los usuarios de drogas, especialmente con quienes vienen de vuelta del sufrimiento de la adicción, con las organizaciones no gubernamentales, con los vecinos en general.

La comunidad y sus organizaciones debe poco a poco comenzar a definir el problema, sus alcances, los recursos de los que dispone, la forma de utilizarlos. Se debe apoyar el surgimiento de la cultura local, participar de su proceso de toma de decisiones, de la organización de redes sociales de apoyo, las que serán indispensables para la reinserción social de los afectados.

Hay varios grupos, diversos entre sí, que así lo han comprendido y están desarrollando una muy interesante experiencia en nuestro país. Sus protagonistas provienen de distintos ámbitos e instituciones: Grupos de acción ligados a credos religiosos, grupos universitarios interesados en el trabajo intracomunitario, organizaciones no gubernamentales, comunidades terapéuticas que emplean a ex-adictos y algunas iniciativas gubernamentales que abren espacios de participación en la comunidad, tales como casas para los jóvenes, para la familia y centros de salud mental comunitaria, entre otros ejemplos.

El notable esfuerzo que significa la realización de estas jornadas es una muestra del compromiso y la comprensión de esta situación por parte de los equipos profesionales de los distintos sectores y ofrece una excelente oportunidad para avanzar juntos en la creación de espacios, estrategias y acciones concretas que involucren cada vez más la participación de la comunidad y logren la plena utilización de sus recursos. ●

## BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA;  
DSM III-R

ASUN, D.; ALFARO, J.; ALVARADO, R.;  
MORALES, G.

Manual diagnóstico de los trastornos mentales, Barcelona,  
Masson, 1988.

Drogas, Juventud y Exclusión Social, Santiago, Universidad  
Diego Portales 1991.

- ASUNCION, M., "BDZ"
- BECKER, H.; AGOPIAN, M.; YEH, S.
- BENNETT, W.
- BERG, J.; ANDERSEN, S.
- BOL OF SAINT PANAM.
- BOYLE, M.; OFFORD, D.; RAGINE, Y.; FLEMING, J.; SZATMARI, P.; LINKS, P.
- CAMPBELL, D.; GRAHAM, M.
- CARLINI, COTRIM, B.; DE, CARVALHO, VA.
- CARVAJAL, C.
- CENTRO DE INFORMACION CIENTIFICA Y TECNICA EN FARMACODEPENDENCIA
- CLIMENT, C.; DE ARAGON, L.; PLUTCHICK, R.
- DANHIER, A.; BRIEVA, J.; VILLEGAS, CY.; YATES, T.; PEREZ, H.
- DAVIS, A.; PARRAN, T-JR.; GRAHAM, A.
- DE LEON, G.; MELNICK, G.; SCHOKET, D.; JAINCHILL, N.
- DELGADO, M.; PONCE, J.
- DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION
- DRYFOOS, J G
- EASTHOPE, G.
- La tranquila adicción de Santiago*, Santiago, Edit. Interamericana Ltda, 1991.
- "Impact evaluation of Drug Abuse Resistance Education", (DARE), *J. Drug. Educ.*, 1992, 22(4): 283-91.
- Comprensión del tratamiento de Drogas*, Washington, D.C. Oficina de Política Nacional de Control de Drogas, 1990.
- "Drug addict rehabilitation: a burden on society?", *Int. J. Rehabil. Res.*, 1992, 15 (4): 302-9.
- "Actualidades", *Bol of Saint Panam*, 1987, 103(3), 298-304.
- "Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood *psychiatric* disorder: results from the Ontario Child Health Study follow-up", *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 1993, May, 34(4): 535-44.
- Drogas y Alcohol en el ámbito laboral*, Buenos Aires, Ediciones Tres Tiempos, 1991.
- "Extra-curricular activities: are they an effective strategy against drug consumption?", *J. Drug. Educ.*, 1993; 23(1): 97-104.
- "Uso y Abuso de Fármacos y otras Sustancias en la Mujer" *Rev. de Psiquiatría Clínica*, 1993, XXX (1): 9-20.
- Resúmenes en Farmacodependencia*, CEICYT, 1989, 1 (1).
- "Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria", *Bol. of Sanit. Panam*, 1989-107(6) 568-575.
- "Estudio sobre la utilización de psicofármacos en la ciudad de Concepción", *Rev. Chil. Neuro-Psiquista*, 1988, 26(1): 32-38.
- "Educational Strategies for clinicians", *Prim. Care*, 1993, Mar, 20(1): 241-50.
- "Therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment", *J. Psychoactive Drugs*, 1983, 25 (1)- 77-86.
- Drogas de Uso Frecuente*, Santiago, Edit. Gerencia de Prevención de Riesgos de LADECO, 1992.
- Drug Free Workplace*, New York. U.S. Department of Justice.
- "Preventing substance use: rethinking strategies" (editorial comment), *Am. J. Public Health*, 1993, Jun, 83(6): 793-5.
- "Perceptions of the causes of drug use in a series of articles in the International Journal of the Addictions", *Int. J. Addict* 1993; 28(6): 559-69.

- ELICKSON, P.; BELL, R.; MCGUIGAN, K.,  
 "Preventing adolescent drug use: long-term results of a junior high program" (see comments), *Am. J. Public Health*, 1993 Jun; 83(6): 856-61.
- EMERY, E.; MC DERTMOTT, R.;  
 HOLCOMB, D.; MARTY, P.  
 FEUERHAKE, M.  
 "The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem", *J. Sch. Health*, 1993, 63 (5)- 224-8.
- FLORENZANO, R.  
**Alcoholismo y Farmacodependencia. Apuntes médicos**, 1988, 27, 44-49.
- FLORENZANO, R.; GAZMURI, C.;  
 CARRASCO, E.  
 "Alcoholismo y Abuso de otras drogas. Programas de Prevención en Santiago." Chile, *Bol. of. Sanit. Panam.* 1989-107(6): 577-88.
- FLORENZANO, R.; PINO, P.;  
 MARCHANDON, A.  
**Alcoholismo y Farmacodependencias Juveniles en Chile**, Santiago, Corporación de promoción universitaria, 1992.
- FUENTEALBA, R.  
 "Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolares de Santiago de Chile", *Rev. méd. Chile*, 1993, 121: 462-469.
- FUENTEALBA, R.; PALMA, C.;  
 MENESES, C. BUSTOS, G.;  
 PERIO, G.; BRAVO, A.;  
**Consumo de Drogas en Chile. Informe Síntesis de los Principales Estudios Sobre el Tema**, Santiago, Ministerio de Salud, 1990.
- FUENTEALBA, R.; ZACCARIAS, A.;  
 ROJAS, F.; MOLINA, C.  
**Informe II Congreso Nacional Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar**, Santiago, Ministerio de Salud, 1992.
- FUENTEALBA, R.; ZACCARIAS, A.; ROJAS, F.  
**Prevención del Consumo de Drogas. Propuesta para una campaña de sensibilización de la opinión pública**, Santiago, Unidad Salud Mental, Ministerio de Salud, 1991.
- FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION  
**Memoria 1992 de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar**, Santiago, Ministerio de Salud, 1993.
- GALLETLY, C.; FIELD, C.; PRIOR, M.  
**Prevención del Consumo de Drogas. Informe Encuesta a Instituciones del País**, Santiago, Consejo Nacional Para el Control de Estupefacientes, 1992.
- GARCIA, S.  
**Prevención del Consumo Indevido de Drogas en el Ambito Laboral**, Santiago Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 1993.
- GARCIA HUJDOBRO, J.  
**Catálogo de Fondos 1990, Educación y Prevención contra la Droga**, Madrid, Fund. de Ayuda contra la Drogadicción, 1991.
- GOODMAN, A.; GOODMAN, L.; GILMAN, A.  
**Urine drug screening of patients admitted to a state psychiatric hospital**, *Hosp. Community. Psychiatry*, 1993 Jun, 44(6): 587-9.
- "Drug abuse in America: medical and socio-legal dilemmas", *Med., Law*, 1992, 11(5-6): 323-35.
- "La Fisiología de la Drogadicción", *Rev. Crees*, 1992, 13(4): 8-14.
- Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica**. Buenos Aires. Edit. Médica Panamericana S.A., 6ta. Edición, 1992.

- GOTTI, M.  
**La Comunidad Terapéutica, Un Desafío a la Droga**, Buenos Aires, Nueva visión, 1990.
- HERNANDEZ, A.  
 "La Rebelde Drogadicción: Un Desafío para la Psicobiología", **Rev. Creces**, 1989, 10(5): 21-25.
- HERRERA, M.A.  
**Diagnóstico del consumo de Drogas en jóvenes de Santiago**, Santiago, Arzobispado de Santiago y CIDE, 1991.
- INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO  
 "Fármacodependencia", **Rev. bibliográfica**, 1991, 5(9)
- INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD  
**Encuesta de Juventud gran Santiago. Informe de resultados**, Santiago, Ministerio de Planificación y Cooperación, 1992.
- IPPOLITO, J.  
**Conductas de Riesgo en la Adolescencia y Juventud**, Santiago, 1987.
- JESSOR, R., JESSOR, S.  
**Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth**, New York Academic Press, 1977.
- JOHANSEN, O.  
**Introducción a la Teoría General de Sistemas**, Santiago, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile, 1975.
- KARCH, S., BILLINGHAM, M.  
 "The Pathology and Etiology of Cocaine - Induced Heart Disease", **Arch. Pathol Lab Med.**, 1988, 112(3): 225-230.
- KHAVARI, K.  
 "Interpersonal influences in college students' initial use of alcohol and drugs, the role of friends, self, parents, doctors, and dealers", **Int. J. Addict**, 1993, Mar, 28(4): 377-88.
- KUNNES, R.; NIVCN, R.; GUSTAFSON, T.;  
 BROOKS, N.; LEVIN, SM., EDMUNDS, M,  
 TRUMBLE, JG., COYE, MJ.  
 "Financing and payment reform for primary health care and substance abuse treatment", **J. Addict. Dis**, 1993; 12(2): 23-42.
- LA CALETA  
**Diagnóstico Sobre Drogadicción en Poblaciones Santa Mónica y Villa Araucanía**, Santiago, Programa Poblacional de Servicios Para Drogadictos Caleta Norte, 1990.
- Propuesta**, Santiago Programa poblacional de Servicios para Drogadictos, La Caleta, 1989.
- LAILHACAR, R.; TORRES, H. CHANDIA, R.  
 "Estudio Clínico y de Laboratorio en 33 inhaladores de solventes volátiles", **Rev. de Psiquiatría Clínica**, 1982, Vol. XIX, N° 1, 41-60.
- LAILHACAR, R.; LUARTE, R.,  
 CHAPARRO, R., MONTENEGRO, M.,  
 VARELA, E.  
 Estudio Clínico-Social en terreno de Jóvenes que inhalan solventes orgánicos, **Rev. Psiquiatría Clínica**, 1982, Vol XIX, N° 1, 25-40.
- LEON, F.; CASTRO, R.  
**Pasta Básica de Cocaína: Un Estudio Multidisciplinario**, Lima, Edit. CEDRO, 1989.
- LEUKEFFELD, C., TITM, F.  
 "Drug abuse treatment in prisons and jails", **J. Subst. Abuse, Treat**, 1993, Jan-Feb, 10(1): 77-84.
- MAASS, J.; KIRBERG, A.  
 "La epidemia de cocaína. Morbo en el norte de Chile", **Rev. Psiquiatría**, 1990, 7: 634-647.
- MADDALENO, M.; FLORENZANO., R.;  
 SANTA CRUZ, X.; VIDAL, R.  
 "Consumo de Flunitrazepan via oral en adolescentes marginales de Santiago de Chile", **Rev. Med, Chile**, 116: 691-694, 1988.

- MCLAUGHLIN, R.J.; HOCOMB, J.D.; JIBAJA- RUSTH, M.L., WEBB, J.
- MCLELLAN, A.T., GRISSOM, G.R.; BRILL, P.; DURELL J.; METZGER, D.S.; O'BRIEN, C.P.
- MEDINA, E.
- MIGUEZ, H.; GRIMSON, R.
- MINOLETTI, A.
- MORALES, A.; CALDERON, M.; FRENZ, P.
- MORGAN, L.K.; RAPER, J.E. JR.
- MUÑOZ, L.
- OFICINA DE POLITICA NACIONAL DE CONTROL DE DROGAS
- PEMJEAN, A.
- PEREZ, A.
- PEREZ - GORNEZ, A.
- PEREZ, I.; GOMEZ, B.
- REPETTO, A.; BARZ, M.; MEDINA E.; FLORENZANO, R.; O'RYAN, F.; TRONCOSO, R.; MIGONE, S.; GAJEWSKI, C.; RODRIGUEZ, J.
- RETAMAL, P.
- REZZA, G.; DORRUCCI, M.; FILIBECK, U.; SERAFIN, I.
- ROHRBACH, L.; GRAHAM, J.; HANSEN, W.
- Teacherratings of student risk for substance use as a function of specialized training.**
- "Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others?", *J. Subst. Abuse Treat. Treat*, 1993 May-Jun, 10(3): 243-54.
- "Consumo de Sustancias Psicoactivas en Chile", *Bol. Epid. de Chile*, 1989, Vol. 16, Nros. 4 - 5 - 6. pp. 53 -74.
- "Consultas de Urgencia por Abuso de Sustancias psicoactivas en hospitales de Buenos Aires", *Bol. Of Sanit. Panam.*, 1989, 107(4): 296-305
- Uso Indevido de Alcohol y Otras Drogas en Chile: Un Desafío para el País.** Santiago, Ministerio de Salud, 1992.
- "Perfil epidemiológico comparativo entre adolescentes consumidores y no consumidores de marihuana en un campamento marginal", *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.*, 1988, 26(2): 108-122.
- "General medical care and the addictions", *J. Addict. Dis.*, 1993, 12(2): 141-53.
- "Técnica de tratamiento aversivo en drogadicción", *Rev.Chil. Neuro-psiquiat.*, 1991, 29(1): 26-33
- Comprensión del Tratamiento de Drogas,** Washington, Oficina Ejecutiva de la Presidencia, 1990.
- Prevalencia de patrones de consumo de drogas en población general urbana,** Santiago, Ministerio de Salud - CERC, 1991.
- Cocaína Surgimiento y Evaluación de un mito,** Bogotá, Catálogo Científico, 1987.
- "The ambulatory treatment of noncompulsive users of psychoactive substances", *J. Subst. Abuse Treat*, 1993, 10(3): 317-21.
- "Prevalencia y características del consumo de algunas sustancias químicas en escolares del área norte de Santiago de Chile", *Rev. Psiquiátrica*, 1986, 3 (9): 55-58.
- "Posición de los profesores frente al alcoholismo y otras toxicomanías en los adolescentes", *Bol. Of Saint Panam.*, 1986, 100(5), 511-521.
- "Neopren ¿La Droga más Difundida en Chile?", *Rev. Crecer*, 1989, 10(3): 10-18.
- "Estimating the trend of the epidemic of drug use in Italy, 1985-1989", *Br. J. Addict.* 1992, Dec. 87(12): 1643-8.
- "Diffusion of a school-based substance abuse prevention program: predictors of program implementation", *Prev. Med.*, 1993, Mar, 22(2), 237-60.



- SAFER, L. HARDING, C. Under pressure program: using live theatre to investigate adolescents' attitudes and behavior related to drug and alcohol abuse education and prevention *Adolescence*, 1993 Spring, 28(109): 135-48.
- SINGER, M. "Knowledge for use anthropology and community-centered substance abuse research", *Soc. Sci. Med.*, 1993 Jul. 37(1): 15-25.
- STANTON, D.; TODD, T. **The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction.** New York, The Guilford Press, 1982.
- STEIN, J. SMITH, G. GUY, M.; BENTLER, M. "Consequence of adolescent drug use on young adult job behavior and job satisfaction", *J. Appl. Psychol.*, 1993 Jun, 78(3): 463-74.
- ST-PIERRE, T., KALTREIDER, D., MARK, M.; AJKIN, K. "Estimating the trend of the epidemic of drug use in Italy, study of the relative effectiveness of a three-year primary prevention program in boys & girls clubs across the nation", *AM. J. Community. Psychol.*, 1992, 20 (6): 673-706.
- TELLEZ, C., SEPULVEDA, E. "Validez de Examen de Drogadicción en Servicio Médico Legal", *Rev. Méd. Chile.*, 1992, 120:206-209.
- VILLALBI, J.; AUBA, J.; GARCIA-GONZALEZ, A. "Results of a school addictive substances abuse prevention program: the Barcelona PASE pilot project", *Gac. Sanit.* 1993, 7(35): 70-7.
- WARNER, M., MOONEY, J. "The hospital treatment of alcoholism and drug addiction", *Prim. Care*, 1993 Mar., 20 (1): 95-105.
- WECHSLER, H.; DEJONG, W.; SHAPIRO, G.; LAVIN, A. "The responsibility to inform the power to act: a conference for New England college newspaper editors on the role of the campus press in addressing substance use issues", *J. Drug. Educ.*, 1992, 22(4) 329-36.
- ZAMORA, E., FORSELLADO, A. **Infancia y Drogas en América Latina**, Montevideo, Instituto Interamericano del Niño, 1991.