

# EL ALCOHOL Y LAS DROGAS COMO PROBLEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA

Dr. Juan Carlos Negrete <sup>1</sup>

*Este trabajo se propone abordar el problema del alcohol y otras drogas desde una perspectiva de salud pública. Esta percepción social del problema, como un fenómeno de masas, es imprescindible para trazar su verdadera dimensión, establecer un orden jerárquico en la importancia de las áreas afectadas, y para identificar factores que favorecen su propagación o que contribuyen a su control.*

## Introducción

Los Expertos de la Organización Mundial de la Salud han unido los conceptos de abuso del alcohol y de otras drogas con el término "farmacodependencia" al que han definido de la siguiente manera: "Estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones, que incluyen un impulso irreprímible a tomar el fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede o no ir acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente a más de un fármaco." (1).

Al destacar el fenómeno de la dependencia, la definición de la OMS facilita la formulación clínica del problema (modelo médico), pues permite la separación del usuario "enfermo" (dependiente), de aquellos que consumen las drogas de manera experimental u ocasional. Evidentemente, los "casos clínicos" requieren la intervención directa de los organismos de salud, sobre todo al nivel asistencial (prevención secundaria y terciaria). Sin embargo, el uso ocasional puede constituir un importante problema de salud pública; por ejemplo, la simple embriaguez alcohólica, como factor causal de lesiones y accidentes; el consumo

de bebidas fabricadas con métodos artesanales, impuras, como causa de toxicidad y envenenamientos; la experimentación con ayahuasca o peyote, como causa de reacciones adversas, etc.

Así, se puede concluir que la incidencia de problemas relacionados con el uso de drogas sobrepasa largamente los límites de la casuística clínica, y guarda relación con el panorama general de los hábitos de la población. Una acción eficaz de prevención primaria en este campo debe incluir medidas de orden político, económico y social, que escapan a la jurisdicción de los organismos de salud. En el caso de las drogas, como en el de tantos otros problemas de salud pública, el nivel de bienestar de la población depende más de medidas generales que de acciones específicamente médicas. Este artículo intenta señalar los problemas que, por su magnitud, requieren la atención prioritaria de las autoridades de Salud Pública en el continente latinoamericano y, de ninguna manera, se propone agotar el tema ni la amplia bibliografía que existe en el campo de la farmacodependencia.

## Alcohol

El uso de bebidas alcohólicas era práctica corriente en América Latina aún antes del arribo de los europeos. Sin embargo, los datos disponibles indican que se trataba de preparaciones domésticas, de bajo tenor alcohólico y difícil conservación, producidas

<sup>1</sup> Profesor Adjunto, Departamento de Psiquiatría, Universidad McGill, Canadá.

mediante procedimientos simples de fermentación (2). Estas bebidas se consumen aún en algunos países de la región, por ejemplo, el pulque<sup>2</sup> y el tesguino,<sup>3</sup> en México; la chicha,<sup>4</sup> en los países andinos; la aloja,<sup>5</sup> en Argentina, el cauim<sup>6</sup> en Brasil, etc. Aunque en su gran mayoría dichos productos se elaboren de manera artesanal, la extensión de su uso adquiere importancia epidemiológica en ciertos países con poblaciones rurales indígenas numerosas (ej.: México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia) (3). En la actualidad, el consumo de alcohol en América Latina incluye toda clase de bebidas, cuya producción o importación varían de acuerdo con factores históricos, geográficos, culturales y económicos. Los grupos inmigratorios de origen mediterráneo, que representan la mayoría en el Continente, encontraron en la zona sur condiciones adecuadas para el mantenimiento de sus hábitos tradicionales; en consecuencia, el vino es la bebida de mayor consumo en Argentina, Chile y algunas regiones de Brasil y Uruguay. El uso de bebidas destiladas tiene mayor prevalencia en el resto del Continente donde la industria local de estos productos de alta graduación alcohólica es importante. Algunos de ellos han adquirido reputación internacional y se exportan en cantidades considerables (ej., tequila, ron y pisco) (cuadro 1).

Las bebidas provenientes del contrabando, la destilación clandestina y los productos alcohólicos folklóricos constituyen una importante proporción del consumo y no figuran en este cuadro. En Costa Rica, por ejemplo, se estima que la destilación ilegal de guaro<sup>7</sup> es comparable a la del monopolio

estatal (aproximadamente cinco millones de litros en 1973) (8). En el Altiplano boliviano y en la zona serrana del Perú, las poblaciones indígenas consumen, casi exclusivamente, bebidas de elaboración artesanal (chicha y cañazo<sup>7</sup>) (9). Las cifras de consumo parecen indicar que los países que muestran preferencia por las bebidas fermentadas, tienen un promedio anual más elevado de alcohol absoluto por habitante. Sin duda, las pautas de consumo de los bebedores de vino y cerveza los inducen a ingerir mayores cantidades y con más frecuencia. Al igual que los italianos, los argentinos y chilenos beben vino a diario durante las comidas; pero también, como en Francia, lo consumen a deshora, particularmente los trabajadores manuales en zonas rurales y en áreas urbanas menos favorecidas.

En América Latina el consumo excesivo de bebidas alcohólicas se ve favorecido tanto por la tradición como por hábitos establecidos más recientemente. De ahí que haya una marcada tolerancia cultural hacia el



El círculo vicioso de la miseria, el alcoholismo y las enfermedades.

<sup>2</sup> Bebida alcohólica que se obtiene haciendo fermentar la savia—llamada aguamiel—de varias especies del género agave o maguey.

<sup>3</sup> Bebida embriagante que los indios tarahumaras obtienen por fermentación del grano de maíz; es muy semejante a la chicha. La consumen principalmente en sus fiestas rituales.

<sup>4</sup> Bebida alcohólica que resulta de la fermentación del maíz en agua azucarada. Se hace también con jugo fermentado de uva, de manzana, etc.

<sup>5</sup> Bebida compuesta de agua, miel y especias. En el norte de Argentina, la bebida alcohólica obtenida del fruto de la leguminosa *Prosopis alba* (algarrobo).

<sup>6</sup> Bebida alcohólica consumida por ciertos indígenas de Brasil hecha de raíz de mandioca cocida que se deja fermentar en agua.

<sup>7</sup> Aguardiente de caña.

CUADRO 1—Consumo de alcohol absoluto<sup>a</sup> y tipo de bebida preferida.<sup>b</sup>

Países	Año	Alcohol absoluto	Distribución porcentual		
			Destiladas	Cerveza	Vino
<i>América Latina</i>					
México	1967	4.58	27.3	53.0	19.7 <sup>c</sup>
Centroamérica <sup>d</sup>	1967	6.07	74.2	24.0	1.8
Perú	1970	7.22	78.0	18.0	4.0
Chile	1972	14.0	10.8	10.7	78.5
Argentina	1965	18.2	13.5	3.6	82.9
<i>Europa</i>					
Finlandia	1968	4.12	50.0	34.0	16.0
Suecia	1968	6.96	49.5	38.0	12.5
Gran Bretaña	1966	7.60	15.2	75.3	9.5
Rep. F. Alemana	1968	13.04	27.3	60.4	12.3
Italia	1968	16.04	13.7	4.0	82.3
Francia	1966	26.12	18.0	12.7	69.3
<i>América del Norte</i>					
Canadá	1967	8.80	34.1	57.7	8.2
E.U.A.	1970	10.44	44.1	44.8	11.1

<sup>a</sup> Calculado en litros de alcohol absoluto, por habitante, edad 15 o más años, en un año. No incluye el licor producido o importado ilegalmente.

<sup>b</sup> Contribución porcentual de cada tipo de bebida al consumo total de alcohol absoluto por año.

<sup>c</sup> Incluye pulque.

<sup>d</sup> Promedio de 6 países, población 18 años o más, en Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica y Panamá.

Fuentes: DHEW (E.U.A.). *First Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*, 1971.

OMS. *Problems and Programmes Related to Alcohol and Drug Dependence in 33 Countries*, 1974.

Organización de Estados Centroamericanos. *Alcohol y Alcoholismo en Centroamérica*, 1970.

Vidal, G. *Acta*. Buenos Aires, 1967.

abuso alcohólico en comunidades indígenas y mestizas como parte integrante de reuniones, festividades y celebraciones (10, 14).

Lo mismo sucede en los centros urbanos e industrializados, donde la venta de bebidas alcohólicas carece de las restricciones con respecto a locales y horarios, que se aplican en otras regiones (por ejemplo: Canadá, Estados Unidos y Escandinavia). Aunque el abuso alcohólico tenga un papel importante en la vida social latinoamericana, es necesario señalar que el comportamiento agresivo y otras manifestaciones de desinhibición causadas por la embriaguez son poco toleradas y provocan una reacción punitiva (17).

Tomando en cuenta el número de licencias emitidas, Galeano Muñoz estimaba en 5,000 la cantidad de expendios de bebida en

Montevideo en 1967 (15), lo que significa la proporción de un expendio por cada 240 habitantes. En ciertas zonas, el abuso es considerado como una manifestación de virilidad, y los individuos que demuestran capacidad para soportar grandes dosis provocan admiración y respeto. Estos valores culturales se reflejan en los temas y fórmulas publicitarias; hace algunos años, cuando la venta de bebidas gaseosas comenzaba a expandirse en Argentina, la industria vitivinícola lanzó una activa campaña promocional con el lema "Beba vino, la bebida de los pueblos fuertes" (16).

La mayor prevalencia del abuso alcohólico en los hombres con respecto a las mujeres y niños no es tan marcada en las clases pobres o en las poblaciones rurales. Un estudio de Stengen (18) demostró que 11.5% de una muestra de niños en un barrio obrero de

Santiago de Chile, pertenecía a la categoría epidemiológica de “bebedores excesivos”; y Heath (17) y Simmons (19) observaron que en dos comunidades campesinas, las mujeres y los niños bebían y se embriagaban junto con los hombres.

Varios estudios de prevalencia realizados sobre muestras de población general en América Latina utilizan cuestionarios en los que se inquiriere a los sujetos seleccionados sobre los siguientes temas: descripción de sus hábitos de consumo en términos de frecuencia, cantidad y tipo de bebida, síntomas de alcoholismo tales como la embriaguez y la aparición de cuadros de abstinencia y complicaciones crónicas. El cuadro 2 incluye una muestra de tres estudios epidemiológicos realizados en países diferentes, pero utilizando definiciones y metodologías comparables (21, 22).

El porcentaje de “bebedores/problema” que muestra este cuadro resulta de la suma de los sujetos identificados como “bebedores excesivos” y “alcoholistas” en las encuestas citadas—individuos que admitieron embriagarse por lo menos 12 veces por año o sufrir síntomas de dependencia alcohólica—o bien ambas cosas. Estudios similares llevados a cabo en Estados Unidos, encuentran un promedio de 31.5 “bebedores/problema” por cada 100 adultos en la población general (4). Si se toma en cuenta la diferencia de edad entre las muestras latino-

americanas (15 años o más) y estadounidenses (21 años o más), se puede concluir que los porcentajes en ambas regiones se aproximan bastante. Sin embargo, en América Latina la prevalencia del alcoholismo femenino parece ser considerablemente menor. Un promedio de las tasas obtenidas en los tres estudios latinoamericanos muestra una proporción hombre/mujer de 10.4 a 1, mientras que en Estados Unidos la cifra es de 5 a 1. Este hallazgo es coherente con las tasas de mortalidad femenina por cirrosis hepática.

Los estudios de prevalencia indican también que las tasas de alcoholismo son más elevadas en las clases pobres de la población. La encuesta efectuada por Mariátegui en un distrito de clase media de Lima, obtuvo un porcentaje de 2.7 alcoholistas (24); mientras que Rotondo *et al.* encontraron la cifra de 8.8% en un sector obrero de la misma ciudad (25). Hallazgos similares se observan en estudios realizados en Santiago de Chile (26, 27), Buenos Aires (28) y Ciudad de México (29).

Las tasas de mortalidad por causas asociadas con el abuso alcohólico, observadas en algunos países de América Latina, se sitúan entre las más elevadas del mundo. Un estudio internacional que cubre el período 1962–1964, indica que la mortalidad por cirrosis hepática en Santiago de Chile era el doble de la de San Francisco, Estados Uni-

CUADRO 2—Estudios de prevalencia.

Ciudad y autor	Muestra <sup>a</sup>	Año	% Bebedores	% Bebedores/problema
Buenos Aires, Argentina Grimson <i>et al.</i>	Representativa, urbana	1969–1970	84.7	23.2
Pôrto Alegre, Brasil E. Luz (h.)	Al azar, clase pobre suburbana	1973	60.3	10.3
Santiago, Chile Horwitz <i>et al.</i>	Al azar, urbana y suburbana	1958	66.6	12.9

<sup>a</sup> Población general, edad 15 años o más.

dos, y 63 veces superior a la de Bristol, Inglaterra (30).

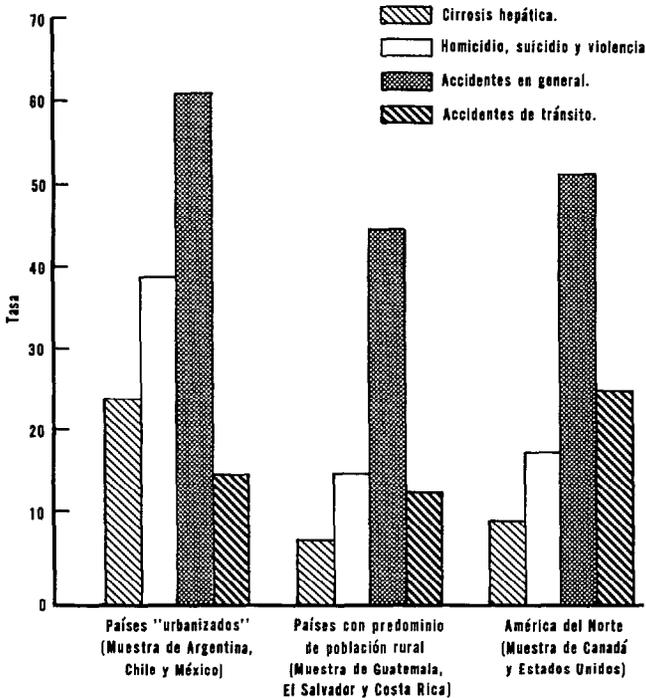
Dado que parece existir una relación entre el abuso del alcohol y los accidentes de tránsito (31-33) o de otro tipo (34, 35), los suicidios (36, 37) y el comportamiento violento en general (38, 39), es de interés verificar esas tasas de mortalidad.

Como puede observarse en la figura 1, la mortalidad debida a causas externas es alta en América Latina y particularmente elevada en los países con mayores concentraciones urbanas. Es evidente que la ocurrencia de muertes violentas es el resultado de muchos factores, si bien es interesante notar que las frecuencias altas corresponden a los países latinoamericanos con cifras de consumo alcohólico y con tasas de cirrosis hepática más elevadas (Argentina y Chile).

Estudios latinoamericanos sobre la epi-

demiología de los accidentes de tránsito indican que la mayoría de las muertes son causadas por atropellamiento (40, 41); por otra parte se sabe que el abuso alcohólico aumenta considerablemente el riesgo de accidentes en los peatones (42), por lo que cabe suponer que el alcohol es un factor de significación en dicho cuadro epidemiológico. En América Latina también es elevado el número de delitos "contra las personas" y quienes los cometen actúan bajo los efectos del alcohol, que según distintos estudios alcanzaron la proporción de 28.4% en Argentina, en 1960 (43), 64.0% en México, en 1964 (36) y 52.0% en Chile, en 1950 (44). Un informe peruano estima que la intoxicación alcohólica es un factor causal importante en 80% de los 3,095 casos de lesiones estudiados en un servicio de urgencia de El Callao (9).

FIGURA 1—Tasas de mortalidad.<sup>a</sup> Causas asociadas al consumo de alcohol.



<sup>a</sup> Tasas por 100,000 habitantes, corregidas por grupos de edad, años 1969-1972.

Fuente: Figura elaborada por el autor según datos tomados de *Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972*. Publicación Científica de la OPS 287, Washington, D.C., 1973. (23)

Los datos disponibles sobre alcoholismo en el campo laboral son netamente insuficientes. Sin embargo, se puede afirmar que en América Latina existe una tendencia condicionada culturalmente, que fue observada también en otras sociedades de origen latino (45) y que consiste en una actitud bastante tolerante para con el ausentismo y la baja productividad. Un informe sobre ausentismo en un grupo de refinerías de México indica que, cada día, 2% del total del personal falta a sus tareas por causa del abuso alcohólico (36). En una muestra de empresas manufactureras en América Central, se atribuye al alcoholismo un porcentaje de 7.6 del total mensual de ausencias (6).

Por último, parecería que en América Latina el alcohol no está asociado a las rupturas matrimoniales en tal alto grado como en otras culturas (46, 47). Los alcohólicos latinoamericanos son, en general, mejor tolerados por sus cónyuges y familiares (9). Esta tendencia cultural puede estar determinada, en parte, por la orientación católica que prevalece en la región. Se sabe por ejemplo, que en América del Norte los alcohólicos de religión católica muestran una mayor tendencia a permanecer con sus familias que los protestantes (48).

Los datos analizados precedentemente no dejan lugar a dudas sobre la magnitud de los problemas relacionados con el alcoholismo. En efecto, tomando en cuenta indicadores objetivos de patología social tales como porcentaje de individuos dependientes, tasas de mortalidad, morbilidad e invalidez, ausentismo y pérdida de ingresos, costo de servicios, etc., el abuso alcohólico se evidencia como el más importante problema de farmacodependencia que aflige al continente latinoamericano.

#### Drogas

El problema de las drogas requiere un análisis especial en América Latina, diferente del que se hace en América del Norte. En la primera de las regiones mencionadas

existen dos tipos marcadamente diferenciados de farmacodependencias: 1) a las drogas de consumo tradicional o folklórico sobre todo por poblaciones nativas de zonas rurales (49) y 2) a los productos farmacéuticos y drogas de tráfico internacional, difundidas en los centros urbanos.

#### *Farmacodependencias tradicionales*

Un sector importante de la población latinoamericana mantiene costumbres y prácticas tradicionales de uso de sustancias psicoactivas. El número de personas involucradas y la frecuencia del consumo justifican asignarle a este problema—junto con el alcoholismo y el abuso de productos farmacéuticos—una alta prioridad en los programas preventivos en América Latina. Ejemplos ilustrativos de este tipo de farmacodependencia son el coqueo, el peyotismo, el uso de ayahuasca (harmina), san pedro (mescalina), teonanácatl (psilocibina), ololiuque (amida d-lisérgica y metilcarbinolamida del ácido d-lisérgico) y, en menor grado, el consumo de preparaciones de *Datura* que se practican en la cuenca del Amazonas (51-54).

*Coqueo:* La masticación de las hojas de la planta de coca (*Erythroxylon coca*) es un hábito muy difundido en la zona de los Andes Centrales (Bolivia, Perú, norte de Argentina) pues cuenta en la actualidad con unos tres millones de adeptos (55-57). En el caso de la coca, la dependencia no es grave y puede cesar espontáneamente si el individuo se desplaza a regiones donde el hábito no existe o no es tolerado. Una encuesta realizada en el Perú mostró una correlación positiva entre el coqueo, la pobreza y el analfabetismo (9) que ha sido captada por el lenguaje popular de ese país en epítetos como “cholo coquero.”

Los indígenas del altiplano usan la expresión “mamita kukita,” con la que califican el papel esencialmente confortante y protector que asignan a la coca. Dada la creencia tradicional de que esta droga facilita el

esfuerzo físico y aumenta la capacidad de trabajo manual, el consumo es predominantemente masculino, aun cuando las mujeres también practican el hábito del coqueo, sobre todo en las zonas más aisladas de la sierra peruana y del altiplano boliviano; en el Perú se estima que 43% del total de coqueros son mujeres. El hábito se inicia generalmente en la adolescencia, con el primer empleo. Un habitado común consume de 10 a 100 gramos de hojas secas por día; no hay evidencias que indiquen una necesidad progresiva de aumentar la cantidad diaria (tolerancia) e incluso un coquero puede abstenerse por largos períodos sin sufrir síntomas de privación.

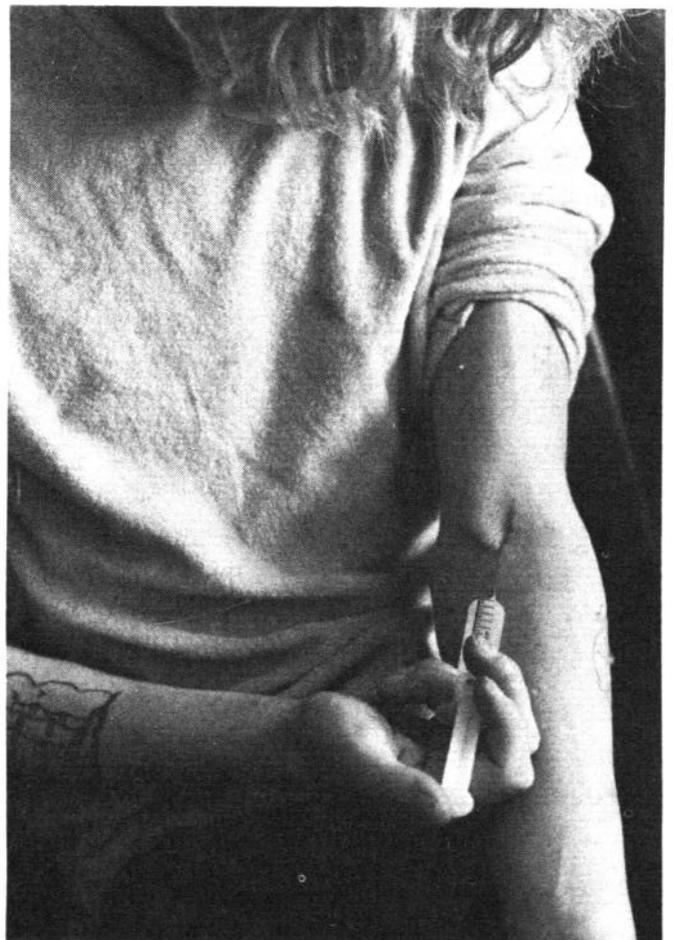
La sociedad se muestra indulgente hacia el hábito del coqueo. Los empleadores de las zonas afectadas lo aceptan, y hasta lo estimulan entre sus trabajadores; en ciertas regiones una ración de hojas forma parte del pago por trabajo realizado. La venta de coca es libre y muy difundida; es posible adquirirla en ferias y mercados. En 1970, la Empresa Nacional de la Coca registró una cifra de consumo de 9,079,472 kilos en Perú (9). Dicha cantidad representa un aumento considerable sobre los ocho millones de kilos que se consumían en 1964.

La identificación de efectos nocivos atribuibles a la acción de la coca es un hecho relativamente reciente. Como resultado de un estudio realizado en 1950 por Gutiérrez Noriega, se observó que individuos adictos a la coca obtienen puntajes más bajos que sujetos testigo en ciertas pruebas de inteligencia (Terman, Porteus y Binet-Simons) (58). Ese mismo año, Zapata Ortiz presentó su tesis sobre los efectos depresivos de la cocaína en el sistema nervioso central (59); posteriormente, en un estudio subvencionado por la Organización Mundial de la Salud, se demostró la existencia de un déficit psicológico de tipo cognoscitivo asociado al uso crónico de hojas de coca (60).

En la figura 2 se constata que existe una correlación entre los años de coqueo y los

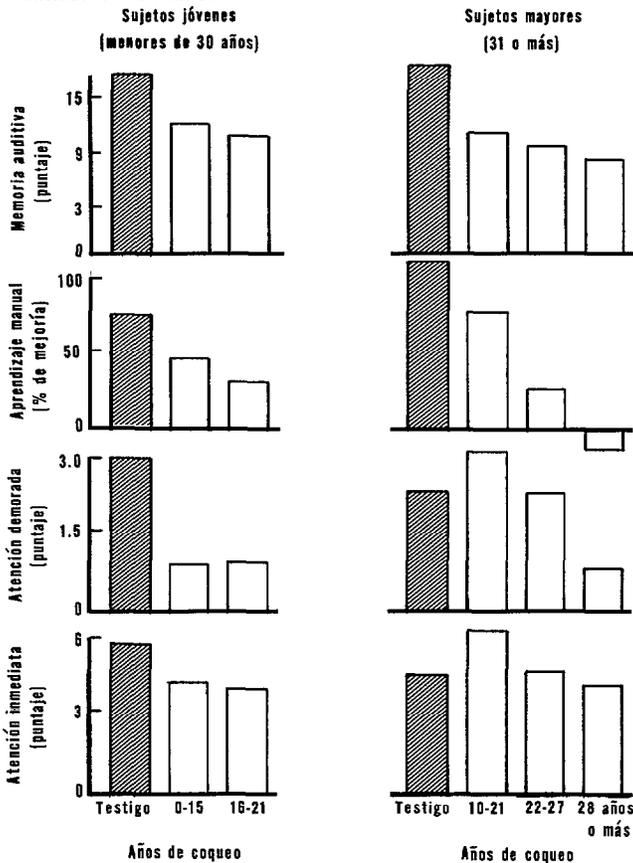
puntajes más bajos. El diseño del estudio, así como la cuidadosa selección del grupo testigo, permiten excluir otros factores que podrían justificar las diferencias encontradas, por ejemplo, edad, sexo, instrucción, ocupación, régimen alimenticio y estado de nutrición. Dichos aspectos fueron objeto de un análisis socioantropológico, efectuado en forma paralela en los mismos sujetos (61, 62). Un estudio posterior permitió precisar que la dificultad principal se sitúa a nivel del aprendizaje, sobre todo a causa de una disminución en la capacidad de abstracción (63).

Es necesario señalar aquí que el déficit psicológico causado por el coqueo crónico, solo se pone en evidencia cuando el sujeto es sometido a una cuidadosa medición de sus funciones psíquicas superiores. Generalmente, esta deficiencia no se manifiesta en su desempeño social ni en su nivel de pro-



En los últimos años la población joven de las grandes ciudades de América Latina ha experimentado una epidemia de farmacodependencias (foto: OMS, E. Mandelmann).

FIGURA 2—Efectos del coqueo en individuos con diferentes niveles de cronicidad en el hábito.



Fuente: Negrete, J. C. y H. B. M. Murphy. Estudio sobre el coqueo y sus efectos psicológicos. *Acta Psiquiat Psicol Ame Lat* 14:268, Buenos Aires, 1968.

ducción en el trabajo. Es decir, en cuanto al funcionamiento social en general no existen diferencias notables entre coqueros y no coqueros. Sin embargo, nuestros hallazgos indican que el coqueo crónico puede contribuir grandemente a la inmovilidad social de las poblaciones afectadas. Con su capacidad de aprendizaje alterada, los coqueros están limitados en sus posibilidades de adquirir el nivel de instrucción, conocimientos técnicos y comprensión de los cambios sociales, los cuales les permitirán salir de la situación marginal en la que viven. Cuando se constata que el coqueo es practicado por 50% de la población rural económicamente activa del Perú, no se puede

dudar de la importancia de esta farmacodependencia en el campo de la salud pública.

**Drogas psicodislépticas.** El uso de alucinógenos es practicado activamente por numerosos grupos indígenas en América Latina. Se lo observa, sobre todo, en poblaciones aborígenes de México y de la Cuenca Amazónica (Ecuador, Perú y Brasil) (64-66).

En las comunidades aludidas, el uso de alucinógenos tiene carácter ceremonial, forma parte de las prácticas curativas y se halla integrado a las costumbres sociales vigentes. Sin embargo, a medida que el proceso de aculturación avanza, que el mestizaje se realiza y las comunidades ur-

banas crecen, la utilización de estas drogas pierde sus características originales y se extiende a sectores de la población ajenos a la cultura aborigen (67-69).

Es así como el ayahuasca y la mescalina son actualmente usados, en el contexto del curanderismo urbano, por individuos de todo origen racial y socioeconómico (70-72). El peyote, por su parte, no solo es consumido sin fines religiosos por individuos de las clases urbanas en México, sino que ha sido adoptado como elemento ritual por grupos indígenas y mestizos en Estados Unidos y Canadá. Esta expansión es relativamente reciente y dio lugar a la formación de la "Native Church of North America", que cuenta con más de 200,000 miembros (72).

En cuanto a la salud, la importancia de estos fenómenos culturales es, indudablemente, la misma que se atribuye al uso de alucinógenos en otros sectores de la población. Las observaciones científicas disponibles indican claramente que el peyote (73), el ayahuasca (74-76) y el san pedro (77) inducen estados psicóticos comparables a los causados por el LSD o los alcaloides psilocibina y mescalina. Desde un punto de vista epidemiológico, interesa señalar que es probable que el número de personas que se entrega a estas prácticas folklóricas, sea considerablemente mayor que el de los adictos urbanos. Por ejemplo, Dobkin estima que en la pequeña comunidad costera que visitó en el norte del Perú había una centena de curanderos que usaban el san pedro (54). Ríos<sup>8</sup> tomó conocimiento de 30 centros de tratamiento con ayahuasca, durante los dos años que pasó en Iquitos estudiando ese tema; teniendo presente que cada curandero reúne grupos de 20 personas o más, dos o tres veces por semana, se puede concluir que el total de individuos que usan el alucinógeno alcanza cifras importantes. Contrariamente a lo que ocurre en ciertas comunidades selváticas primitivas (65, 66), el uso del ayahuasca en el curanderismo urbano incluye a

mujeres y niños mayores de seis años. La administración del ayahuasca se limita, por lo general, a unas pocas sesiones; sin embargo, es posible que un individuo consulte al mismo curandero en más de una ocasión, o que visite varios curanderos sucesivamente.

Poco se sabe sobre los efectos nocivos de estas drogas. Ríos observó en Iquitos algunos casos de reacciones adversas en los que el sujeto experimentaba efectos desagradables, discordantes con el comportamiento general del grupo. Estas intoxicaciones "patológicas" y cuadros psicóticos, que aparecen después de que la intoxicación aguda ha pasado, se observan también con los psicodislépticos de consumo urbano (78, 79); y se dan, sobre todo, en individuos cuyo estado emocional está perturbado, o cuya integración cultural a la experiencia es limitada (80). Los hallazgos sobre el LSD (81), sugieren la posibilidad de alteraciones permanentes en ciertas funciones cerebrales superiores, sin embargo, se hace necesario obtener mayores informaciones sobre la posible existencia de secuelas, resultantes del uso repetido de estas drogas.

#### *Farmacodependencias urbanas*

A semejanza de los países industrializados, en los últimos diez años los grandes conglomerados urbanos de América Latina han sido teatro de una epidemia creciente de uso no médico de drogas. A pesar de las características fluctuantes del problema, es posible identificar ciertas tendencias epidemiológicas que distinguen la situación en América Latina. Así, por ejemplo, se puede afirmar que el uso del opio o sus derivados no constituye un problema en la Región con excepción de Puerto Rico y Panamá, donde el consumo de heroína ha adquirido proporciones importantes (82). También es evidente que el número de dependientes a ciertas drogas como la cannabis y los alucinógenos, es considerablemente menor en

<sup>8</sup> Información dada al autor en entrevista personal.

las ciudades latinoamericanas que en otros países (cuadro 3) (83-86).

El examen de los resultados obtenidos en un grupo de encuestas en poblaciones estudiantiles señala una marcada tendencia al uso de productos farmacéuticos en las ciudades latinoamericanas. En efecto, cuando se considera la edad de la población encuestada en estos estudios, sorprende el alto porcentaje de jóvenes de Medellín y São Paulo que admiten haber utilizado tranquilizantes y estimulantes, productos disponibles en farmacias y droguerías. La tendencia observada, puede estar relacionada con la tradicional liberalidad en el expendio de medicamentos en América Latina (87). En la mayoría de los países de la Región, las drogas psicoactivas se obtienen fácilmente, sin prescripción médica; en un país donde la venta libre de psicofármacos está prohibida por la ley, la industria farmacéutica ha sabido arreglárselas mediante la producción de compuestos que no se incluyen en la lista; por ejemplo, la venta de Diazepam está controlada, sin embargo, es posible

adquirir libremente un "antidistónico" (Diazepam + antihistamínico) en cualquier farmacia.

Los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha, revelan que la mayoría de los dependientes en América Latina son jóvenes y que pertenecen a las clases media y alta con marcada predominancia masculina. Sin embargo, en el caso de los psicoestimulantes, se trata de compuestos anoréxicos cuyo uso está más extendido entre las mujeres (9, 88-92).

#### Prevención y control

El diseño y la ejecución de programas de prevención y de medidas de control, requieren un conocimiento objetivo de las características locales del alcoholismo y otras dependencias que solo puede obtenerse mediante un riguroso registro de datos y un esfuerzo sostenido de investigación científica.

Cuando se examina la producción latinoamericana, se constata que los investigadores han mostrado una marcada preferencia por el estudio de los aspectos culturales,

CUADRO 3—Uso de drogas en poblaciones estudiantiles en ciudades de tipo industrial.<sup>a</sup>

Lugar y referencia bibliográfica	Medellín, Colombia <sup>b</sup>	São Paulo, Brasil <sup>c</sup>	México, D.F., México <sup>d</sup>	Toronto, Canadá <sup>e</sup>
Muestra	Preuniversitarios (Secundario VI) N=493	Universitarios N=1894	Preuniversitarios (Preparatoria) N=540	Preuniversitarios (Grado XIII) N=1198
Año	1972	1974	1970	1972
Cannabis	24.0	9.2	6.4	31.3
Alucinógenos		2.4	0.7	13.2
Narcóticos		0.9	0.3	4.8
Estimulantes	8.9	16.8	0.3	8.9
Tranquilizantes	31.4	21.8		10.9
Hipnóticos		9.4	1.1	18.0
Solventes			0.7	2.4

<sup>a</sup> Porcentaje de respuestas afirmativas, uso ocasional o habitual de productos farmacéuticos.

Fuentes:

<sup>b</sup> Gómez, M. et al. *Magnitud del consumo de drogas en estudiantes de VI de bachillerato en el municipio de Medellín*. Colombia, 1972.

<sup>c</sup> Zanini et al. Trabajo presentado al I Congreso Internacional sobre uso de Tóxicos por la Juventud Universitaria. São Paulo, 1974.

<sup>d</sup> Cabildo Orellano, H. M. et al. *Salud Pub Mex*, 1972.

<sup>e</sup> Smart, R. G. et al. *Addictions* 20 (N°1):62, 1973.

epidemiológicos y biológicos del problema. Los trabajos de índole institucional, operacional y clínico-terapéutica, han recibido mucho menos atención hasta el presente.

Sin embargo, la creación del Centro de Estudios sobre Alcoholismo en San José de Costa Rica en 1973, permite esperar un aumento de las contribuciones en la materia. Este Centro ha lanzado un ambicioso programa de investigaciones y funciona en estrecho contacto con los organismos asistenciales del Instituto Nacional sobre Alcoholismo de ese país (93).

Dwight B. Heath, autor pionero en este campo (94), ha realizado una reciente revisión de los estudios etnográficos y antropológicos sobre el uso de alcohol realizados en América Latina.

Los epidemiólogos latinoamericanos también han trabajado activamente en el campo de las farmacodependencias y sus esfuerzos han recibido el apoyo constante de organismos técnicos de la Organización de las Naciones Unidas. En ese sentido, la Oficina Sanitaria Panamericana organizó varias reuniones a nivel continental y está actualmente coordinando la realización de un estudio multinacional con la participación de Costa Rica, República Dominicana, Venezuela, Colombia, Perú y Brasil. Por su parte, el Instituto de Investigaciones para la Defensa Social de las Naciones Unidas (UNSDRI), está patrocinando un programa de estudios sobre otras dependencias. Dicho proyecto incluye encuestas de tipo epidemiológico y cuenta con la participación del Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencias y el Instituto de Criminología de la Universidad de São Paulo en Brasil.

El Instituto de Investigaciones sobre Alcoholismo de la Universidad de Chile, merece mención especial por su constante producción en el campo de las ciencias básicas. Los trabajos de este centro sobre aspectos farmacológicos, genéticos y metabólicos del abuso alcohólico han alcanzado amplia difusión y reconocimiento interna-

cional (95-100). Otras importantes contribuciones en el campo de la biología de las dependencias provienen de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima (101, 102) y de la Escola Paulista de Medicina en Brasil (103).

### *Prevención primaria*

Las acciones preventivas de nivel primario tienen el propósito de reducir la incidencia de casos de abuso y dependencias en la población. Consisten principalmente en medidas tendientes a limitar la disponibilidad y el acceso a las drogas así como en programas educativos que promueven actitudes de rechazo hacia las mismas. Algunas acciones de este tipo han sido implantadas en América Latina, pero su alcance es limitado y sus resultados son poco aparentes. Así por ejemplo, el control sobre la producción de bebidas destiladas por medio del monopolio estatal no ha logrado disminuir el consumo en Uruguay y Costa Rica. En efecto, mientras que en este último país la producción estatal se ha mantenido más o menos uniforme, la destilación clandestina no ha cesado de crecer. En Uruguay se registra un aumento constante en las ventas de productos del monopolio estatal (15). La política de impuestos fiscales practicada en el Continente, parece tener como finalidad la protección de la industria nacional, más que la reducción del consumo por parte de la población. Mientras que el acceso a las bebidas importadas está limitado a la minoría pudiente, los productos locales pueden comprarse a un costo menor que muchos alimentos básicos.

Otro importante aspecto preventivo que se encuentra descuidado en América Latina, es el control de la calidad de la producción de bebidas alcohólicas; de ahí que con regularidad se observen casos de envenenamiento por compuestos tóxicos (104).

Cabe mencionar la actitud de ambigüedad que prevalece con respecto al control de la producción y comercialización de drogas

tales como la coca y productos farmacéuticos. En América Latina los laboratorios obtienen con rapidez y facilidad licencias de distribución de nuevos medicamentos, lo que aumenta el número de productos disponibles (87).

Entre las realizaciones de importancia en el campo de la prevención primaria, cabe mencionar los programas de educación sanitaria en gran escala iniciados en Costa Rica y Chile (93, 105), así como las restricciones legales recientemente impuestas sobre la publicidad de bebidas alcohólicas en Colombia y Costa Rica (106, 107).

### *Prevención secundaria y rehabilitación*

Las acciones de tipo represivo y asistencial, representan una alta proporción de los programas oficiales de control de las dependencias en los países latinoamericanos; dichas acciones muestran una neta predominancia sobre los esfuerzos de prevención primaria.

Es frecuente que la identificación de casos se realice a través de la acción de las fuerzas policiales que trabajan, generalmente, desvinculadas de los servicios de salud. El manejo negligente o incompetente de personas en estado de agitación o confusión, es un importante problema que aguarda solución en el Continente. Individuos con delirium tremens, por ejemplo, son en ocasiones objeto de violencia física. Esta situación es particularmente grave en los países con mayor escasez de servicios clínicos adecuados.

En casos de toxicomanía en un país de la Región, los jueces al dictar la sentencia pueden optar por la reclusión en presidio o por la internación en un establecimiento sanitario (108); no obstante, la escasez de estos últimos conduce a que en muchos casos pasen largos períodos en prisiones comunes o en los llamados manicomios judiciales donde deben alternar con delincuentes de todo tipo, sin recibir atención especializada. Costa Rica ofrece un ejemplo positivo de

integración entre las autoridades y los servicios médicos. En efecto, el Gobierno de ese país acaba de sancionar una reforma al Código Penal, obligando a todo individuo detenido por embriaguez a someterse a una evaluación y tratamiento obligatorio (109).

Desde el punto de vista estrictamente médico, la situación actual en América Latina se caracteriza por la pobreza de recursos y ciertas deficiencias en la orientación terapéutica. La mayoría de los casos de dependencia al alcohol y otras drogas, reciben tratamiento médico en manicomios de tipo tradicional. Con excepción de Chile (110) y Costa Rica (8), los servicios existentes no proveen una cobertura adecuada a la masa de la población. Se constata, sobre todo, una gran insuficiencia de servicios de tratamiento de tipo ambulatorio y una falta de programas de seguimiento poshospitalario (111). Por lo general, los sistemas de seguro social y de salud no cubren los gastos de tratamiento externo en casos de alcoholismo o farmacodependencia. Esta orientación ha dado lugar a que se produzcan ciertos vicios asistenciales en los establecimientos dependientes de dichos sistemas: hospitalizaciones innecesarias, permanencia prolongada y alto porcentaje de readmisiones (112).

La creciente influencia de agrupaciones tales como Alcohólicos Anónimos, cuentan actualmente con filiales en México, América Central, Argentina, Brasil, Colombia, Perú y Venezuela, con un total aproximado de 7,000 miembros.<sup>9</sup> En Chile, los Clubes de Abstemios están adquiriendo mayor importancia.

Finalmente cabe señalar la actuación preventiva y rehabilitadora de ciertas prácticas religiosas y curativas tradicionales de América Latina; en Perú, los curanderos demostraron gran competencia en el manejo del alcoholismo tanto desde el punto de vista de la intervención individual, como de la manipulación de situaciones familiares o

<sup>9</sup> Información cedida por el General Services Staff Office de A.A., Nueva York.

sociales que interferían en la rehabilitación del enfermo (113).

Los ritos afroamericanos practicados en Haití y Brasil, parecen ejercer una influencia moderadora sobre el uso del alcohol y las drogas (114). Dado el papel asistencial que les asigna la cultura (115) y su gran alcance popular, es necesario tenerlos presente en la planificación de programas preventivos y asistenciales.

### Resumen

En este trabajo se analiza el problema de las farmacodependencias desde una perspectiva social. En la actualidad, el consumo de alcohol en América Latina incluye toda clase de bebidas; el uso de preparaciones domésticas de baja concentración alcohólica y difícil conservación adquiere importancia epidemiológica en ciertos países con poblaciones rurales indígenas numerosas: México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia. El vino es la bebida de mayor consumo en Argentina, Chile y algunas regiones de Brasil y Uruguay. Estudios sobre el alcoholismo en América Latina indican que: existe una mayor prevalencia en los hombres y las tasas de abuso alcohólico son más elevadas en las clases pobres de la población.

Los accidentes de tránsito, los delitos "contra las personas," el ausentismo y la baja productividad están directamente relacio-

nados en un alto porcentaje con el abuso del alcohol.

En el análisis del problema de las drogas, se diferencian las drogas de consumo tradicional, sobre todo en poblaciones de zonas rurales, y los productos farmacéuticos y drogas de tráfico internacional, de uso en las zonas urbanas.

En cuanto al primer tipo de farmacodependencia (coqueo, peyotismo, ayahuasca, san pedro) existe una correlación estrecha entre el hábito, la pobreza y el analfabetismo. El consumo de alucinógenos es practicado activamente por numerosos grupos indígenas en América Latina. Por lo que toca a las farmacodependencias urbanas puede afirmarse que el uso del opio y sus derivados no representa un problema en la Región y que, en cambio, el consumo de heroína ha adquirido relativa importancia en Puerto Rico y Panamá. Se concluye que tanto el alcoholismo como la dependencia a las drogas constituyen un problema de salud de la misma magnitud cuya prevención no se ha emprendido con profundidad.

Finalmente se sintetizan los esfuerzos privados y públicos de lucha contra las farmacodependencias y las medidas de prevención primaria y secundaria que se están realizando y que se traducen en políticas tendientes a limitar el consumo de fármacos y en establecer programas educativos en gran escala. □

### REFERENCIAS

- (1) OMS. 20° Informe del Comité de Expertos en Farmacodependencia. *Ser Inf Téc* 551, 1974.
- (2) Faria Alvim, C. de. Aspectos antropológicos de alcoholismo. *Rev Brasil Psiquiat* 6:51, 1972.
- (3) Mariátegui, J. Ingestión de alcohol y factores socioculturales. En Horwitz, J., J. Marconi, y G. Adis Castro (eds.) *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Acta (Buenos Aires), 1967.
- (4) Rosenberg, S. S. et al. *First Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. DHEW Publication N° (HSM) 73-9031, Washington, D.C., 1971.
- (5) OMS. Problems and Programmes Related to Alcohol and Drug Dependence in 33 Countries. WHO Offset Pub. N° 6, Ginebra, 1974, Pág. 27.
- (6) Gutiérrez Pimentel, R. *Alcohol y Alcoholismo en Centroamérica*. Organización de Estados Centroamericanos. Serie de Informes Técnicos, N° 2, San Salvador, 1970, pág. 14.
- (7) Vidal, G. El alcoholismo en Argentina. En Horwitz, J., J. Marconi y G. Adis Castro (eds.) *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Acta, (Buenos Aires), 1967, pág. 63.
- (8) Costa Rica. Comisión sobre Alcoholismo. *Programa Nacional sobre Alcoholismo para 1973*. San José, 1973, pág. 16.
- (9) Caravedo Carranza, B. y M. Almeida Vargas. *Alcoholismo y toxicomanías; un in-*

- forme actual sobre los problemas del alcohol, el coquismo y las drogas en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, 1972.
- (10) Bunzel, R. The role of alcoholism in two Central American cultures. *Psychiatry* 3:361, 1940.
  - (11) Canelos, P. y R. Cevallos. Manifestaciones psiquiátricas y psicológicas del alcoholismo crónico en la población indígena. *Arch Criminol Neuropsiquiat Disc Conexas* (Quito) 15:92, 1967.
  - (12) Simmons, O. The sociocultural integration of alcohol use: a Peruvian study. *Q J Stud Alcohol* 29:152, 1968.
  - (13) Heath, D. B. Peasants, revolution and drinking: interethnic patterns in two Bolivian communities. *Human Org* (Ithaca), 30:179, 1971.
  - (14) Tapia, P. et al. Patrones socioculturales de la ingestión de alcohol en Chiloé. *Acta Psiquiátr Psicol Amér Lat* 12:232, 1966.
  - (15) Galeano Muñoz, J. Alcoholismo en Uruguay. En Horwitz, J., J. Marconi, y G. Adis Castro (eds.) *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina*. Acta (Buenos Aires), 127-137, 1967.
  - (16) Negrete, J. C. Factores culturales en estudios epidemiológicos sobre alcoholismo. *Acta Psiquiátr Psicol Amér Lat* 20:112, 1974.
  - (17) Heath, D. B. Drinking patterns of the Bolivian Camba. *Q J Stud Alcohol* 19:491, 1961.
  - (18) Stengen, G. Consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil. *Rev Child Pediatr* 30:53, 1959.
  - (19) Simmons, O. G. Ambivalence and the learning of drinking behaviour in a Peruvian community. *Amer Anthropol* 62: 1018, 1960.
  - (20) Horwitz, J. et al. Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile. *Rev Serv Nac Salud* (Santiago), 3:277, 1958.
  - (21) Luz Jr., E. Estudio da prevalencia do alcoolismo numa vila-marginal de Pôrto Alegre. *Rev Med ATM* (Pôrto Alegre), 11:407, 1974.
  - (22) Grimson, W. R. et al. Investigación epidemiológica en entidades psiquiátricas. *Bol Of Sanit Panam* 73:572, 1972.
  - (23) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972*. Publicación Científica 287. Washington, D.C., 1974, pág. 163.
  - (24) Mariátegui, J. et al. *Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima; un estudio de prevalencia en Lince*. Edición de Revista de Neuropsiquiatría, Lima, 1969.
  - (25) Rotondo, H. et al. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. En *Estudio de psiquiatría social en el Perú*. Ediciones del Sol, Lima, 1963.
  - (26) Marconi, J. et al. A survey on the prevalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago. *Q J Stud Alcohol* 16:438, 1955.
  - (27) Moya, L. et al. Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile (comparación de poblaciones de tres niveles socioeconómicos). *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat* 15: 137, 1969.
  - (28) Tarnopolsky, A., G. Del Olmo, e I. Levav. Survey of alcoholism and excessive drinking in a suburb of Buenos Aires. *Psychol Med* 5:193-205, 1975.
  - (29) Cabildo, H. et al. Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. *Salud Pública Méx* 11:759, 1969.
  - (30) Puffer, R. et al. Investigación internacional colaborativa sobre mortalidad. *Bol Of Sanit Panam* 55:1, 1965.
  - (31) Bacon, S. D. (ed.) Studies on Driving and Drinking. *Q J Stud Alcohol*. Suplemento 4, 1968.
  - (32) Negrete, J. C. Alcohol y tránsito. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat* 20:132, 1974.
  - (33) Kaye, S. Influencia del alcohol en las muertes por accidentes de tránsito en Puerto Rico. *Bol Asoc Méd* 65:135-139, 1973.
  - (34) Wechsler, H. et al. Alcohol level and home accidents. *Public Health Rep* 84:1043, 1969.
  - (35) Medina, E. L. The role of alcohol in accidents and violence. En Popham, R. (ed.) *Alcohol and Alcoholism*, University of Toronto Press, Toronto, 1970, pág. 350.
  - (36) Calderón Narváez, G. y H. M. Cabildo. El alcoholismo en México. En Horwitz, J., J. Marconi y G. Adis Castro (eds.) *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Acta, (Buenos Aires), 1967, pág. 114.
  - (37) Pittman, D. J. y C. W. Gordon. *Revolving Door: A Study of the Chronic Police Case Inebriate*. Monografía N° 2. Rutgers Center of Alcohol Studies. New Brunswick, 1958.
  - (38) Caravedo Carranza, B. y M. Almeida Vargas. El alcoholismo, problema de salud pública. *Rev Psiquiat Per (Lima)* 1:39, 1957.
  - (39) Tinklenberg, J. R. Alcohol and Violence. En Fox, R. y P. Bourne (eds.) *Alcoholism: Progress in Research and Treatment*. Nueva York, Academic Press, 1972.
  - (40) Laurenti, R. et al. Epidemiología dos accidentes de tránsito em São Paulo. *Rev Saúde Publ* (São Paulo), 6:329, 1972.
  - (41) Giraldo, C. A. Accidentes de tránsito fatales. *Ant Médica* (Medellín), 23:63, 1973.

- (42) Haddon, W. *et al.* A controlled investigation of the characteristics of adult pedestrians fatally injured by motor vehicles in Manhattan. *J Chron Dis* 14:655, 1961.
- (43) Negrete, J. C. Alcohol y Delito. *Rev Fac Med* (Tucumán), 4:213, 1962.
- (44) Marconi, J. El alcoholismo en Chile. En Horwitz, J., J. Marconi y G. Adis Castro (eds.) Epidemiología del alcoholismo en América Latina. *Acta* (Buenos Aires), 1967, Pág. 96.
- (45) Negrete, J. C. Les attitudes envers le comportement des alcooliques; étude comparée sur trois sous-cultures québécoises. *Toxicomanies* (Quebec), 3(N° 2): 193, 1970.
- (46) Bailey, M. B. Alcoholism and marriage. *Q J Stud Alcohol* 20:81, 1960.
- (47) Ullman, A. D. Sociocultural backgrounds of alcoholism. *Annals* 315:48, 1958.
- (48) Negrete, J. C. Cultural influences on social performance of chronic alcoholics; a comparative study. *Q J Stud Alcohol* 34: 905, 1973.
- (49) Negrete, J. C. Coutumes traditionnelles génératrices d'une pathologie psychosociale en Amérique Latine. *Toxicomanies*. (Quebec), 2:39, 1969.
- (50) Kuhn, W. D. Ethnobotanical Survey of Latin American Drugs. Tesis, California State College, Fullerton, Calif. 1970.
- (51) Cruz Sánchez, G. Estudio folklórico de algunas plantas medicamentosas y tóxicas en la región norte del Perú. *Rev Med Experimental* (Lima), 8:159, 1949.
- (52) Del Pozo, E. C. La botánica medicinal indígena de México. *Estudios de Cultura Náhuatl* 5:57, 1965.
- (53) Marini-Bettolo. Allucinogenici del bacino amazonico e dell'Orinoco *Am Inst Super Sanità* 1:784, 1965.
- (54) Dobkin, M. *Trichocereus pachanoi*; A mescaline cactus used in folk healing in Peru. *Economic Botany*. 22:191, 1968.
- (55) ONU. UNESCO. Informe de la Comisión de Encuesta sobre la Coca. Año 5, 12° sesión, Suplemento especial N° 1. *Documento E/1666-E/CN. 7/AC. 2/1*, París, 1950.
- (56) OMS. Informe del Comité de Expertos sobre Drogas Adictivas. *Ser Inf Téc* 57, 1952.
- (57) OMS. Informe del Comité de Expertos sobre Drogas Adictivas. *Ser Inf Téc* 57, 1964.
- (58) Gutiérrez Noriega, C. Inteligencia y personalidad en adictos a la coca. *Rev Neuropsiq* (Lima) 13:22, 1950.
- (59) Zapata Ortiz, U. Efectos depresivos de la cocaína sobre el sistema nervioso central. Tesis, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, 1950.
- (60) Negrete, J. C. y H. B. M. Murphy. Psychological deficit in chewers of coca leaf. *Bull Narc* 19:11, 1967.
- (61) Goddard, D. y Goddard, S. *The Social Conditioning of the Use of Coca among Field Labourers in Northern Argentina*. Informe preparado para la OMS, 1967.
- (62) Goddard, D., J. Goddard y P. C. Whitehead The effect of coca on health: A research note. *Int J Addict* 5:165, 1970.
- (63) Murphy, H. B. M., O. Ríos y J. C. Negrete. The effects of abstinence and of retraining on the chewer of coca leaf. *Bull Narc* 21:41, 1969.
- (64) Benítez, F. *En la tierra mágica del peyote*. México, Ediciones Era, 1968.
- (65) Siskind, J. *To Hunt in the Morning*, Nueva York, Oxford University Press, 1973.
- (66) Naranjo, P. Etnobotánica del ayahuasca. *Ciencia y Naturaleza* (Quito), 10:3, 1969.
- (67) Chiappe, M. *Curanderismo, psiquiatría folklórica peruana*. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1974.
- (68) Dobkin de Ríos, M. A note on the use of ayahuasca among urban mestizo population in the Peruvian Amazon. *Am Anthropol* 72:1419, 1970.
- (69) Castañeda, C. *The Teachings of Don Juan*. Middlesex, Penguin Books, 1972.
- (70) Valvidia Ponce, O. *Hampicamayoc; medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*. Publicaciones UNMSM, Lima, 1975.
- (71) Dobkin, M. Folk curing with a psychedelic cactus in the north coast of Peru. *Int J Soc Psychiat* 17:256, 1971.
- (72) La Barre, W. *The Peyote Cult*. 3ª edición. Nueva York, Schocken Books, 1971.
- (73) Benzi, M. Visions des Huichols sous l'effet du peyote. *Hyg Ment au Canada* 3:60, 1969.
- (74) Naranjo, P. Estudio comparativo de la harmina, el L.S.D. 25 y la mescalina. *Rev Confed Med Panam* (La Habana), 6:1, 1959.
- (75) Ríos, O. *et al.* Estudios sobre la harmina y el ayahuasca. *Rev Cienc Psicol Neurol* 1:3, 1965.
- (76) Ríos, O. Ayahuasca, its religious implications in healing. En Prince, R. y R. Fisher (eds.) *The Rational and the Mythical*. Nueva York, Gordon & Breach. (En prensa.)
- (77) Chiappe, M. El curanderismo con alucinógenos en la costa y la selva del Perú. En Valdivia Ponce, O. y F. Pendola. (eds.). *Psiquiatría Peruana*. Amauta, Lima, 1970.
- (78) Negrete, J. C. Psychological adverse effects of cannabis smoking: a tentative classification. *CMA Journal* 108:195, 1973.

- (79) Ungerleider, J. T. *et al.* A statistical survey of adverse reactions to L.S.D. in Los Angeles. *Am J Psychiatry* 125:108, 1968.
- (80) Negrete, J. C. y M. W. Kwan. Relative value of various etiological factors in short lasting, adverse psychological reactions to cannabis smoking. *Internat Pharmacopsych* 7:249, 1972.
- (81) McGlothlin, W. H., D. Arnold y D. X. Freedman. Organicity measures following repeated L.S.D. ingestion. *Arch Gen Psychiatry* 21:704, 1969.
- (82) Pacheco, A. Informe presentado en el Seminario Internacional sobre Factores Socio-Culturales en el uso no medico de drogas. Instituto de Criminología, Universidad de Maryland, noviembre, 1975.
- (83) Gómez, M. S., A. Cumplido *et al.* Magnitud del consumo de drogas en estudiantes de VI de bachillerato en el municipio de Medellín. Depto. de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1972.
- (84) Zanini, A. C. *et al.* Conceito e uso de drogas psicoativas entre universitarios na região de São Paulo. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional sobre uso de tóxicos por la Juventud Universitaria. Universidad de São Paulo, agosto, 1974.
- (85) Cabildo Arellano, H. M. *et al.* Investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes entre los menores y jóvenes del distrito sanitario XVI. *Salud Pub Méx* 14:17, 1972.
- (86) Smart, R. G., D. Fejer, y W. J. White. Trends in drug use among Metropolitan Toronto high school students: 1968-1972. *Addictions* (Toronto) 20 (N° 1): 62, 1973.
- (87) Illich, I. *Medical Nemesis; the expropriation of health.* Londres, Calder & Boyars Ltd., 1975.
- (88) Belsasso, G. Observaciones generales sobre el problema de las drogas en México. *Neurol-Neuroci Psiquiat* (México) 11: 307, 1970.
- (89) Mejía, B. La situación de las farmacodependencias en Colombia. Informe presentado al 1° Seminario Latinoamericano sobre Programas de Investigación en Farmacodependencia. Cocoyoc, México, 1974.
- (90) Rendón Aponte, R. y C. Valedón. Drogadicción y adolescencia epidemiología y psicopatología. Trabajo presentado al 1° Simposio Venezolano sobre el Uso Indebido de Drogas. Caracas, 1972.
- (91) Angel Panameño, P. A. Drug abuse in El Salvador. *Bull Narc* 24:37, 1972.
- (92) Gomberoff, M., J. Thomas, y R. Florenzano. El uso de marihuana por adolescentes. *Rev Med Chil* 99:75, 1971.
- (93) Chassoul, C. Informe sobre el grado de progreso de las actividades del Centro de Estudios sobre Alcoholismo. Copia mimeografiada. CESA San José, Costa Rica, 1975.
- (94) Heath, D. B. Perspectivas socioculturales del alcohol en América Latina. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat* 20:99, 1974.
- (95) Mardones, J. Evidence of genetic factors in the appetite for alcohol and alcoholism. *Ann N Y Acad Sci* 197:138, 1972.
- (96) Mardones, J. Pharmacogénétique de l'alcoolisme. *Actual Pharmacol* (Paris), 21:1, 1968.
- (97) Segovia-Riquelme, N. A. *et al.* Appetite for alcohol. En Israel, Y. y J. Mardones, *Biological Basis of Alcoholism.* Nueva York, Wiley & Sons, 1971.
- (98) Cruz Cooke, R. Correlation between colour vision disturbance and appetite for alcohol. *Clin Genet* (Kokenham) 3:404, 1972.
- (99) Varela, A. *et al.* Colour vision defects in non-alcoholic relatives of alcoholic patients. *Br J Addict* (Edimburgo) 64:67, 1969.
- (100) Ugarte, G. R. *et al.* Relationship of colour blindness to alcoholic liver damage. *Pharmacology.* (Basilea) 4:308, 1970.
- (101) Montesinos, A. Metabolism of cocaine. *Bull Narc* 17:11, 1965.
- (102) Zapata Ortiz, V. The chewing of coca leaves in Peru. *Int J Addict* 5(2):287, 1970.
- (103) Carlini, E. A. *et al.* Marihuana effects in laboratory animals and in human beings. *Br J Pharmacol* 50:299, 1974.
- (104) Márquez-Mayaudon, E. Brote de intoxicación por alcohol metílico en el Estado de Michoacán. *Salud Púb Méx* 11:339, 1969.
- (105) Muñoz, L. C. y A. Parada Hernández. *Enseñanza sobre alcohol en las Escuelas.* Sección Salud Mental, Servicio Nacional de Salud, 1966.
- (106) Colombia. Decreto ley N° 1188, 24 de Junio, 1974.
- (107) Costa Rica. Ley N° 5489, 6 de marzo, 1974.
- (108) Brasil. Ley N° 5726, 29 de octubre, 1971.
- (109) Costa Rica. Ley N° 5823, 3 de noviembre, 1975.
- (110) Chile. Servicio Nacional de Salud. Programa Nacional de Control de Alcoholismo y de los problemas del Alcohol. *Rev Chil Neuropsiq* 2:13, 1971.
- (111) Hudgens, R. W. *et al.* Psychiatric illness in a developing country: A clinical study. *Am J Public Health* 60:1788, 1970.
- (112) Cerqueira, L. *Um quinquênio de Assistê-*

- cia psiquiátrica no Brasil*. Cópia mimeografiada Coordenadoria de Salud Mental, Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, Brasil, 1973.
- (113) Chiappe Costa, M. *et al.* Psiquiatria folklórica peruana: tratamiento del alcoholismo. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat* 18:385, 1972.
- (114) Douyon, E. Alcoolisme et toxicomanies en Haïti. *Toxicomanies* (Quebec), 2:31, 1969.
- (115) Negrete, J. C., T. O. Lima, y U. Simões. Estudio comparativo entre individuos que procuram serviços num centro de saúde e num centro *Umbanda*. Trabajo presentado en el Seminario Nacional sobre Prácticas Curativas Folklóricas. Salvador, Brasil, 1974.

### Alcohol and drugs as health problems in Latin America (Summary)

Drug addiction is discussed from a social standpoint. At present the consumption of alcohol in Latin America includes beverages of all kinds. The taking of homemade preparations that have a low alcohol content and are difficult to keep is of epidemiologic importance in certain countries that have large rural Indian populations such as Mexico, Guatemala, Ecuador, Peru and Bolivia. Wine is the most widely consumed beverage in Argentina and Chile and in parts of Brazil and Uruguay. Some beverages with a high alcohol content—tequila, rum, pisco—have achieved international fame and sizable volumes of them are exported. Studies on alcoholism in Latin America show that: the condition is more prevalent in males; in some rural communities the women and children get drunk with the men; the alcoholism rate is high among the poor.

Traffic accidents, crimes against persons,

absenteeism, and low productivity are in many cases directly related to alcohol abuse.

The traditional consumption of drugs, especially in Indian rural communities, is different from the consumption of internationally traded pharmaceutical products and drugs in urban areas.

In the first type of addiction (to the use of coca, peyote, ayahuasca, San Pedro cactus, tobacco), there is a close correlation between the habit, poverty, and illiteracy. In addition, the taking of these drugs induces psychotic states comparable to those caused by LSD or alkaloids. Hallucinogens are widely used by Indian groups in Latin America. Opium is not a problem among urban drug addicts but heroin has become a serious problem in Puerto Rico and Panama. It is concluded that both alcoholism and drug addiction are major health problems whose prevention still remains to be attacked on an intensive basis.

### O álcool e as drogas como problemas de saúde na América Latina (Resumo)

Analisa-se neste trabalho o problema social das farmacodependências. O consumo de álcool na América Latina abrange hoje todos os tipos de bebidas; o uso de preparados domésticos de baixa concentração alcoólica e difícil conservação adquire importância epidemiológica em países com numerosas populações rurais indígenas, como o México, a Guatemala, o Equador, o Peru e a Bolívia. O vinho é a bebida de maior consumo na Argentina, no Chile e em certas regiões do Brasil e do Uruguai. Algumas bebidas de alto teor alcoólico—tequila, rum e pisco—adquiriram fama internacional e são exportadas em consideráveis quantidades. Estudos sobre o alcoolismo na América Latina indicam que existe maior prevalência entre os homens, que as mulheres e crianças de certas comunidades rurais se embriagam junto com os homens e

que os índices de abuso do álcool são mais altos entre as classes pobres da população.

Os acidentes de trânsito, os crimes "contra a pessoa", o absentismo e a baixa produtividade guardam alta percentagem de relação direta com o abuso do álcool.

Na análise do problema das drogas, diferenciam-se as drogas de consumo tradicional, sobretudo entre populações nativas de zonas rurais, e os produtos farmacêuticos e drogas de tráfico internacional, de consumo urbano.

Quanto ao primeiro tipo de farmacodependência (coca, mescalina, "ayahuasca", "san pedro", tabaco), estreita é a correlação entre o hábito, a pobreza e o analfabetismo. Ademais, seu uso induz a estados psicóticos comparáveis aos causados pelo LSD ou pelos alcalóides. O consumo de alucinógenos é

ativamente praticado por numerosos grupos indígenas na América Latina. No tocante às farmacodependências urbanas pode-se afirmar que o uso do ópio não representa um problema na Região e que, contrariamente, o consumo de heroína adquiriu significativas proporções em Porto Rico e no Panamá. Conclui-se que o alcoolismo e a dependência de drogas constituem problemas de saúde de idêntica magni-

tude, cuja prevenção a fundo não foi empreendida.

Finalmente, sintetizam-se os esforços privados e públicos de combate às farmacodependências e as medidas de prevenção primária e secundária que vêm sendo adotadas e que se traduzem em políticas tendentes a limitar o consumo de drogas e a estabelecer programas educativos em grande escala.

### L'alcool et les drogues, problèmes de santé en Amérique latine (Résumé)

Le présent travail analyse le problème des pharmacodépendances d'un point de vue social. Actuellement, la consommation d'alcool en Amérique latine comprend une vaste gamme de boissons; l'utilisation de préparation domestiques de faible concentration alcoolique à conservation difficile acquiert une grande importance épidémiologique dans certains pays où vivent de nombreuses populations rurales indigènes (Mexique, Guatemala, Equateur, Pérou et Bolivie). Le vin est en Argentine, au Chili et dans certaines régions du Brésil et de l'Uruguay la boisson la plus couramment consommée. Quelques boissons à haute teneur d'alcool—tequila, rhum et pisco—sont connues à l'échelle mondiale et exportées en grande quantité. Il ressort d'études faites sur l'alcoolisme en Amérique latine que le problème affecte surtout l'homme mais que dans certaines collectivités rurales, femmes et enfants se saoulaient avec les hommes. De plus, les taux d'abus de l'alcool sont plus élevés dans les classes pauvres de la population.

Les accidents de la circulation, les délits "contre autrui", l'absentéisme et une productivité médiocre sont tous directement liés à un pourcentage élevé de cas d'abus de l'alcool.

L'analyse du problème des drogues fait une différence entre les drogues de consommation traditionnelle—principalement dans les popu-

lations natives des zones rurales—et les produits pharmaceutiques et drogues de trafic international absorbés dans les zones urbaines.

Pour ce qui est du premier type de pharmacodépendance (coque, peyotisme, ayahuasca, san pedro, tabaquisme) il y a une relation étroite entre l'habitude, la pauvreté et l'analphabétisme. En outre, l'usage de ces drogues provoque des états psychotiques comparables à ceux que causent le lsd et les alcaloïdes. La consommation d'hallucilogènes est pratiquée activement par de nombreux groupes indigènes en Amérique latine. En ce qui concerne les pharmacodépendances urbaines, on peut affirmer que l'usage de l'opium n'est pas un problème dans la région mais que par contre la consommation d'héroïne a pris des proportions considérables à Porto Rico et au Panama. Il se dégage que l'alcool et la pharmacodépendance constituent un problème de santé de la même ampleur pour lequel on n'a pas pris des mesures de prévention sévères.

Enfin, l'article synthétise les efforts de lutte privés et publics contre les pharmacodépendances ainsi que les mesures de prévention primaire et secondaire qui sont prises et qui se traduisent par des politiques tendant à limiter la consommation de produits pharmaceutiques et par l'établissement de programmes éducatifs à grande échelle.