

ALCOHOLISMO Y ABUSO DE OTRAS DROGAS: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SANTIAGO, CHILE

Ramón Florenzano U.¹

En este trabajo se describen las actividades iniciadas en Chile en los años setenta para hacer frente el abuso del alcohol y de otras drogas por parte de adolescentes, y se discuten los actuales programas de promoción de la salud que se orientan a prevenir patrones de conducta peligrosos para la salud. En este sentido, se ha descubierto que el consumo de drogas en la adolescencia guarda una estrecha relación con conflictos familiares y problemas de toxicomanía en los padres, así como con ciertas características del comportamiento. Por lo tanto, las actividades de prevención deben concentrarse en los niños expuestos a alto riesgo, identificados por medio de instrumentos adecuados de detección. Las intervenciones tienen que realizarse en los planos individual, escolar, familiar, comunitario y social. Es importante asimismo analizar la factibilidad de poner en práctica actividades de prevención y de evaluar sistemáticamente su eficacia.

El uso indebido de sustancias psicoactivas es un fenómeno de creciente preocupación para quienes trabajan en el campo de la salud pública, pediatras y otros médicos de atención primaria. Mientras que el alcoholismo constituye actualmente una endemia en muchas regiones del planeta, en el mundo occidental ha habido varias epidemias de abuso de otras drogas, como barbitúricos, meprobamato, marihuana, alucinógenos y anfetaminas, en secuencias de intensidad variable a lo largo del presente siglo, sobre todo después de la segunda guerra mundial. La droga de moda en los años ochenta ha sido la cocaína, sustancia muy peligrosa no solo desde el punto de vista médico sino también socioeconómico (1).

En Chile se ha venido luchando contra esas epidemias desde finales de los años sesenta. El primer paso consistió en de-

terminar la prevalencia por medio de estudios epidemiológicos, para luego organizar programas de tratamiento y efectuar intervenciones preventivas. En el presente trabajo se examinan algunos de los resultados de estas actividades, junto con ciertos datos pertinentes de otros países de las Américas. Asimismo, se analizan específicamente las posibilidades de establecer un programa integrado de promoción de la salud de los adolescentes.

SITUACIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

Desde la década de 1950, en los estudios de la epidemiología del abuso del alcohol y de otras drogas se ha tratado de clasificar el consumo. Hoy en día se acepta

¹ Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Dirección postal: University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27599-7160, EUA.

ampliamente la diferencia entre consumo ocasional (o social), frecuente (o excesivo) y adictivo (o compulsivo). Con respecto al alcohol, en varios estudios efectuados en Chile (2, 3) se afirma que 5% de las personas mayores de 15 años se clasifican en la categoría de alcohólicos, 15% consumen una cantidad de alcohol excesiva, 60% son bebedores moderados ("normales") y 20% son abstemios. En otros estudios realizados en América Latina se ha llegado a conclusiones similares.

En San José, Costa Rica, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) ha estudiado varias poblaciones distintas de estudiantes (4). En una encuesta nacional sobre el consumo de bebidas alcohólicas que se llevó a cabo en una muestra representativa de jóvenes de 15 a 20 años de edad, 6,5% de los encuestados declararon que bebían en exceso, con episodios frecuentes de embriaguez, y esa proporción tendía a aumentar con la edad: de 3,1% entre los 15 y 17 años a 8,4% entre los 18 y 20 años. Por otra parte, en un estudio sobre los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de los estudiantes, se observó que 40% habían consumido alcohol, por lo general dentro del marco de interacción social de la familia. En promedio, el consumo de alcohol en Costa Rica se inicia a los 15,4 años de edad.

Los estudios hechos en Costa Rica han subrayado la importancia de investigar poblaciones especiales, como las de adolescentes del sector rural y las que viven en las zonas urbanas marginales o las comunidades indígenas. Es preciso estudiar las características de la farmacodependencia en el medio urbano marginal dado que los jóvenes de este medio están muy expuestos al riesgo de las drogas por factores tales como la falta de apoyo social, conflictos familiares y privaciones socioeconómicas. En las zonas marginales de las grandes ciudades —por ejemplo en São Paulo, Brasil— es muy frecuente el uso de solventes volátiles, que son sustancias muy tóxicas, no solo por parte de los adolescentes sino también de los niños pequeños (5).

Entre la gente joven hay pocos usuarios de alcohol u otras drogas con un grado de adicción muy elevado, ya que este

proceso puede llevar años o decenios en desarrollarse. Sin embargo, nuestros resultados (6) indican que de 10 a 50% de la población estudiantil de Chile consume alcohol y de 9 a 12% lo bebe en exceso. El consumo de alcohol aumenta mucho entre el segundo y tercer años de la escuela secundaria (figura 1), en cambio, el uso de marihuana y otras drogas ilegales es mucho menor.

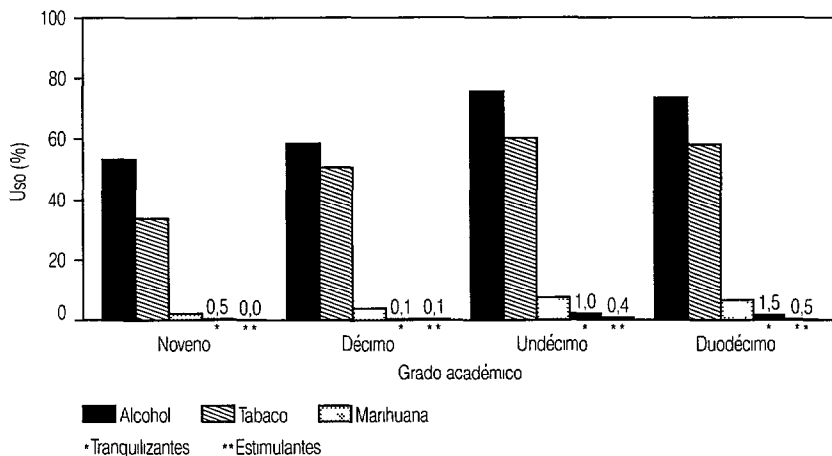
La situación difiere en otros países. El consumo de drogas ilegales es mucho más común en los países desarrollados que en los que están en desarrollo. Por ejemplo, la comparación de los datos de las encuestas nacionales de estudiantes de último año de secundaria en los Estados Unidos de América (7) con los datos de Colombia (8) muestra que en el primer país hay un mayor consumo de marihuana, cocaína y sustancias psicotrópicas. En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, la diferencia no es tan marcada (figura 2). La mayoría de los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que el consumo de alcohol y otras drogas por parte de los jóvenes y las mujeres parece aumentar tanto en frecuencia como en cantidad.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Marco conceptual

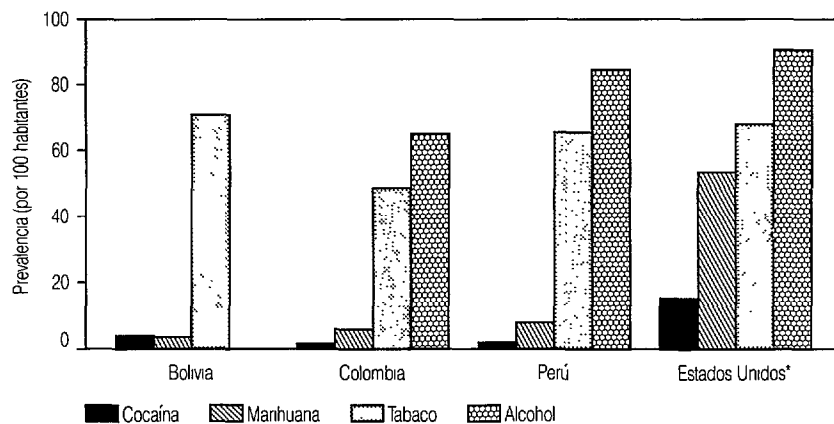
Se pueden realizar varios tipos de intervenciones preventivas. La *prevención primaria* se concentra en la búsqueda de causas del alcoholismo y del abuso de sustancias, como los genes que predisponen a algunas personas a desarrollar alcoholismo hereditario, y en la modificación de algunos de los factores sociales de riesgo (conflictos familiares, presión de los compañeros y los medios

FIGURA 1. Uso de algunas sustancias psicoactivas entre 1 240 estudiantes de secundaria de Santiago, Chile, según el grado académico; 1981



Fuente: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

FIGURA 2. Prevalencia del consumo de sustancias psicotrópicas por cada 100 habitantes en cuatro países de las Américas



Fuente: Producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas en los países de la Subregión Andina: Indicaciones para el análisis y diseño de las políticas y estrategias de prevención regional de la farmacodependencia. Washington, DC., Organización Panamericana de la Salud, 1988. Documento mimeografiado.

* Estas tasas corresponden únicamente a los estudiantes del último curso de secundaria.

de información, etc.) que pueden desencadenar el uso indebido de una sustancia. La prevención primaria constituye un método racional para hacer frente a los problemas que causan el alcoholismo y el consumo indebido de otras sustancias en los jóvenes. Dado que el abuso de sustancias químicas se inicia, en promedio, entre los 14 y 15 años, la mejor forma de prevenir sus consecuencias es comenzar los esfuerzos de prevención antes de la adolescencia.

En la *prevención secundaria* se buscan claves para descubrir los motivos que llevaron a la persona a usar alcohol o drogas a edad temprana. Esto puede hacerse mediante el examen de la población escolar con algunas de las escalas breves de que se dispone, como las formas modificadas de la prueba de Michigan para la detección del alcoholismo (9-11). Tanto los pediatras como otros proveedores de atención primaria están en excelentes condiciones de llevar a cabo esas actividades.

La *prevención terciaria* consiste en ayudar a los jóvenes que ya tienen el problema a evitar otras complicaciones peligrosas para la salud y la vida. Con la aparición de la epidemia del SIDA, la muerte ha pasado a ser una consecuencia real y menos remota del abuso de drogas por vía intravenosa, y ya no se considera una amenaza distante relacionada con este tipo de toxicomanía.

El número cada vez mayor de casos de farmacodependencia ha creado la necesidad de establecer más centros de tratamiento. La tendencia parece desplazarse de los programas de tratamiento hospitalario y residencial hacia los de desintoxicación ambulatorios y comunitarios. Estos últimos parecen ser más eficaces en función de los costos (12) y perturbar menos el equilibrio de la persona y la familia. Cuando se inician programas, por lo general solo reciben tratamiento las personas más enfermas que padecen afecciones crónicas.

Parte de la idea desfavorable que tienen muchos médicos respecto de los alcohólicos y de otros toxicómanos puede guardar relación con su formación hospitalaria, en que solo atendieron a alcohólicos de los barrios bajos con casos de dependencia terminales. El pronóstico de estos casos sigue siendo pesimista en lo que se refiere a tasas de supervivencia y de recidivas, por lo que la prevención secundaria (identificación temprana de casos) es una actividad prioritaria.

El programa chileno

El establecimiento de servicios de tratamiento en Santiago se ha trasladado de los hospitales psiquiátricos públicos con pabellones de desintoxicación para casos agudos a unidades psiquiátricas de los hospitales generales, y luego a toda una gama de servicios comunitarios. Se emplean varios métodos para atender a los adolescentes dentro del sistema de atención primaria. Se les examina en clínicas de este nivel de atención con programas especiales para grupos de su edad, en clínicas especializadas (para adolescentes toxicómanos, adolescentes embarazadas, etc.) y en servicios de salud integrados para adolescentes (dispensarios) (13). En la actualidad, se está haciendo una evaluación comparativa de la eficacia de esos métodos (14).

En el último decenio, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha podido comprobar que los programas de prevención primaria son difíciles de ejecutar y evaluar. El primer programa, formulado y ejecutado a finales de los años setenta, fue un esfuerzo conjunto de los Ministerios de Salud y de Educación por enseñar a los estudiantes de la escuela primaria los efectos y consecuencias del consumo de alcohol (15). Este programa se incorporó en el plan de estudios y fue ejecutado por maestros de todo el país. Después de 10 años de funcionamiento, se ha descubierto que la dificultad principal radica en su puesta en práctica (16). Los maestros manifiestan que no saben lo suficiente sobre los problemas del

uso indebido de alcohol y otras sustancias, o tienen una actitud desfavorable hacia ese asunto.

Nuestro terreno de pruebas fue una zona que abarca siete municipios situados en el este de la Región Metropolitana de Santiago. El Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) es el sistema encargado de prestar atención a una población de casi un millón de personas de esa zona. Un gran complejo de hospitales de atención terciaria y 17 clínicas ambulatorias ofrecen atención al segmento de la población que no puede pagar servicios privados, cuya proporción oscila entre 50 y 98% del total, según el barrio.

Se ensayaron varios modelos de prevención primaria del uso indebido de alcohol y otras sustancias. El primero se concentró específicamente en cambiar la actitud de los adolescentes y en enseñarles los efectos y consecuencias del abuso de drogas (17). Mediante una encuesta paralela en uno de los sistemas escolares de nuestra zona de estudio (La Reina) se comprobó que el uso indebido de alcohol y otras sustancias ocupaba un lugar de mínima importancia en la lista de problemas o preocupaciones reconocidas por los estudiantes. Por lo tanto, estos no se mostraron muy interesados en asistir a un taller de seis horas sobre farmacodependencia. Además, la tecnología audiovisual que empleamos (cintas de video o presentaciones de diapositivas de 10 a 15 minutos de duración) tampoco fomentó la participación activa de los estudiantes.

Pasamos luego a un procedimiento diferente, en el que el interés se centró en promover la salud mental de los jóvenes en términos más amplios y se trataba indirectamente el uso indebido de sustancias. Los temas de este taller, que sí tuvo una par-

ticipación muy activa, se concentraron en mejorar los conocimientos prácticos de comunicación, la autoestima y las técnicas de adopción de decisiones, e incluyeron tareas entre las sesiones. Este método fue mejor acogido por los estudiantes, como se indica en la evaluación ulterior del estudio (18).

Por último, utilizamos un método todavía más amplio que se concentra en la promoción de la salud de los adolescentes. Hemos descubierto que el uso indebido de sustancias es solo un elemento de toda una gama de comportamientos de riesgo o no saludables que tienen lugar en la adolescencia, como la experimentación sexual a edad temprana (que a menudo lleva al embarazo), la conducción imprudente de vehículos así como otros tipos de conducta impulsiva que causan accidentes. Hemos preparado un taller de planificación cautelosa para la vida destinado a preadolescentes, en el que se ofrecen enseñanzas a los niños de 10 a 14 años sobre el riesgo que entrañan esos comportamientos y se fomentan hábitos que protegen y mejoran la salud.

En forma paralela a este intento de formular, ejecutar y evaluar actividades de prevención primaria, se ha organizado una red de servicios de salud para adolescentes. En los hospitales generales y pediátricos de la zona de estudio se han abierto clínicas especializadas de obstetricia y ginecología que ofrecen servicios a adolescentes, clínicas psiquiátricas y de salud mental que atienden a los jóvenes con problemas emocionales y de comportamiento y clínicas de endocrinología para tratamiento de niños con defectos de desarrollo. Los pacientes son remitidos a esos establecimientos por el sistema de atención primaria de salud, ya que las 17 clínicas ambulatorias generales de la zona atienden a adolescentes. Hay dos clínicas, en las que un equipo multidisciplinario atiende a pacientes de 10 a 19 años. Varios otros "centros de adolescentes" se concentran sobre todo en el tratamiento de toxicómanos. Algunas veces trabajan con un médico general o de familia que examina y trata otros problemas. Estas últimas clínicas se han establecido aparte del sistema de salud local y dependen directamente

del Ministerio del Interior. Actualmente se acopian datos para evaluar la eficiencia y eficacia de los diferentes tipos de clínicas.

La descripción anterior ilustra el surgimiento de una red de servicios preventivos y terapéuticos para adolescentes en la zona este de la Región Metropolitana de Santiago. Se realizan otros esfuerzos semejantes en todo el país. Creemos que esta red permite atender una nueva necesidad de salud cuya importancia aumentará con el tiempo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La gama de actividades descritas se fundamenta en la hipótesis básica de que se debe fomentar la buena salud física, mental y social, meta mucho más amplia que el simple tratamiento de la enfermedad. El trabajo de promoción de la salud de los adolescentes es de gran importancia, pues permite llegar a esa población antes de que comiencen muchas enfermedades. Además, los hábitos sanos adquiridos en la juventud pueden durar toda la vida. Por tanto, los problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias son prevenibles, pero se necesita más información sobre tecnologías de intervención eficaces.

Cabe evaluar también la forma en que los adolescentes perciben sus problemas y necesidades de salud. Nuestros datos recientes muestran que los adolescentes se preocupan más por su futuro, la ecología y la salud reproductiva que por las drogas. El consumo de drogas es motivo de preocupación solo para un tercio de los adolescentes y a menudo estos no lo declaran como algo peligroso para la salud.

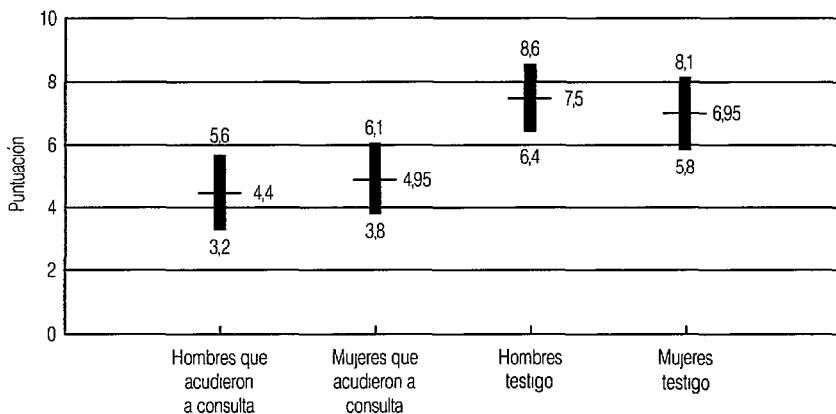
Factores relacionados con el abuso de alcohol y drogas

En una encuesta regional de estudiantes realizada en La Serena, Chile, se comprobó que ciertas características de la familia eran importantes factores relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes. Esos factores incluían el trabajo de la madre fuera del hogar, el desempleo del padre, una familia numerosa (más de seis miembros), el abuso de los niños, el uso frecuente de alcohol y otras sustancias químicas por los padres y la ausencia del hogar de uno de los padres o de ambos. Los alcohólicos jóvenes se caracterizaban asimismo por un rendimiento académico inferior al promedio, falta de participación en deportes, antecedentes criminales, deficiencia nutricional y entretenimiento frecuente en juegos electrónicos.

Muchos otros estudios han confirmado que los problemas de la familia parecen guardar estrecha relación con el consumo frecuente y adictivo de alcohol u otras drogas por parte de los adolescentes (19). Se ha empleado el cuestionario de selección Apgar de la familia, preparado por Smilkstein (20), para determinar la forma en que se percibe el funcionamiento de la familia en diferentes aspectos, como la comunicación, apoyo, aptitud para adoptar decisiones, distribución del tiempo libre y expresión emocional. Por medio de este cuestionario, en nuestro estudio (21) se encontraron diferencias significativas ($P < 0,001$) entre los estudiantes de la población general y los que acudían a algunas de las clínicas de atención primaria con problemas de salud de cualquier tipo (figura 3).

En sus investigaciones pioneras en Cali, Colombia, Climent determinó la prevalencia del abuso de sustancias químicas entre los adolescentes y luego estudió los factores de riesgo relacionados con dicho abuso. En una muestra aleatoria de 1 937 estudiantes de 54 escuelas de esa ciudad, los factores de mayor importancia estadística asociados con el uso indebido de drogas fueron una relación distante con los padres y falta de interés de

FIGURA 3. Valores obtenidos en la prueba de Apgar de la familia para los adolescentes que acudieron a los dispensarios de atención primaria de salud, en comparación con las del grupo testigo. Santiago, Chile, 1986



parte de estos, permisividad paterna y, entre los usuarios del sexo masculino, impulsividad (22). Una lista de factores de riesgo más extensa preparada por Newcombe (23) incluye un promedio bajo en las calificaciones académicas, poca dedicación religiosa, consumo de alcohol a edad temprana, falta de autoestima, depresión, malas relaciones con los padres, incumplimiento de la ley, búsqueda de sensaciones y uso indebido de drogas observado en los compañeros y los adultos.

Basándose en el estudio de Cali, Climent *et al.* (24) han elaborado y sometido a prueba una escala de 53 puntos (la escala del riesgo de uso de drogas) que tiene buena sensibilidad y especificidad para determinar el riesgo que representa el uso indebido de drogas para los adolescentes en el futuro. Este instrumento podría resultar muy útil para intervenciones con fines de prevención secundaria. (Para mayor información sobre estos estudios véase el artículo de Climent *et al.*, páginas 568–576.) La mayoría de los estudios han permitido demostrar que las condiciones de vida de la familia parecen ser un factor crucial para determinar la aparición o no del consumo excesivo de drogas (25).

Modelo básico de acción para la promoción de la salud

Perry (26) describe diversas clases de conducta que protegen o amenazan la salud y propone un interesante modelo para sistematizar los datos citados anteriormente. En un estudio prospectivo realizado en Denver, Colorado, Jessor y Jessor (19) mostraron que las clases de conducta problemáticas suelen congregarse en el mismo subgrupo de adolescentes.

El modelo de Perry también abre la posibilidad de intervención. La tarea de promoción de la salud implica fomentar comportamientos que protegen la salud y desestimular los que la amenazan. Perry propone intervenciones dirigidas al individuo, la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad. En cada uno de estos niveles se pueden realizar actividades de promoción de la salud.

CUADRO 1. Actividades de promoción de la salud para prevención del uso indebido de sustancias entre adolescentes

Nivel	Actividades para fomentar la conducta en pro de la salud	Actividades para desestimular la conducta peligrosa para la salud
Individuo	Ejercicios diarios para conservar el buen estado físico. Participación en deportes.	Evitar el tabaquismo y las drogas. Demorar el comienzo del consumo de alcohol.
Familia	Uso conjunto del tiempo libre. Mejor comunicación de la familia.	Evitar el uso de sustancias psicoactivas en el hogar. Campaña de los padres de familia contra la conducción en estado de embriaguez.
Escuela	Programas extraacadémicos. Plan de estudios de salud. Educación emocional.	Adoptar normas contra el uso de drogas. Realizar programas de examen.
Comunidad	Programas de recreo. Adiestramiento para empleo. Foro de oradores.	Proporcionar: —servicios de información sobre drogas —servicio telefónico para emergencias —clínicas de tratamiento de crisis —clínicas de salud para adolescentes
Sociedad	Promoción del mensaje contra el uso de drogas en los medios de información. Ambiente sin drogas.	Redactar una legislación. Establecer una política contra las drogas.

En el cuadro 1 se presenta el diseño de estas intervenciones. Creemos que este esquema puede ser útil para seleccionar actividades específicas que sean apropiadas y factibles en diferentes lugares y situaciones.

En la etapa de planificación de programas, es importante decidir si se va a cubrir a todos los adolescentes o si se va a concentrar la atención solo en los que están más en riesgo. El primer enfoque tiene aparentemente más alcance, pero no es tan eficaz en función de los costos, ya que se gasta mucho tiempo y esfuerzo en niños que no están en riesgo ni interesados en el tema. Nosotros hemos preferido identificar a los niños en riesgo por medio de programas de salud escolar, basándonos en las siguientes razones: los preadolescentes son un grupo apropiado para dirigir las intervenciones, ya que todavía no han comenzado a usar drogas (en promedio, el consumo comienza a los 14,5 años); en nuestra zona de estudio, 98% de los niños asisten a la escuela y, por tanto, son una población "cautiva", y existe una arra-

gada tradición de cooperación entre maestros y profesionales de la salud y en el pasado se han lanzado muchas campañas conjuntas de salud y educación.

Programa integrado de promoción de la salud

Hace poco tiempo, se reformuló el programa integrado de promoción de la salud que la Universidad de Chile diseñó para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente. El nuevo plan de acción se divide en cinco partes, que incluyen la creación y mantenimiento de un sistema de atención de salud

para adolescentes; selección permanente de adolescentes en riesgo para hacerlos participar en talleres de planificación para la vida; fomento de la participación de los padres por medio de talleres sobre crisis durante el ciclo de vida de la familia; búsqueda del compromiso de las autoridades comunitarias por medio de "talleres centinela", y promoción de la participación de la sociedad mediante el establecimiento de una semana de concienciación sobre el abuso de alcohol con la ayuda de los medios de información.

Sistema de atención de salud de los adolescentes.

En la actualidad, las clínicas de atención primaria que tienen unidades especiales para adolescentes están dotadas de investigadores residentes en medicina de los adolescentes, estudiantes posgraduados en prácticas de pediatría y psiquiatría, psicólogos y trabajadores sociales, y estudiantes de medicina, odontología y enfermería. Se emplea una historia clínica estandarizada y los datos acopiados se incorporan a una base de datos computadorizada para realizar investigaciones y evaluar el programa. Se han fortalecido los vínculos con el nivel terciario a través de unidades clínicas auxiliares en los hospitales donde se presta apoyo al primer nivel de atención.

Actividades de selección. Se han organizado talleres de planificación para la vida en cuatro sistemas escolares. Se empleará regularmente una escala de selección (como la escala del riesgo de uso de drogas, de Climent) y se harán encuestas del consumo de alcohol y otras drogas. Los consejeros escolares examinarán los casos detectados y, según sea necesario, los enviarán para evaluación detallada a la clínica local de atención de salud de adolescentes. Las encuestas sobre factores de riesgo y uso indebido de alcohol y otras drogas se analizarán anualmente con objeto de establecer un sistema para vigilar la prevalencia de los problemas de los estudiantes, así como las clases de conducta que amenazan la salud.

Apoyo a la salud de la familia. Se ofrecerán talleres sobre el ciclo de vida de la familia para maestros y padres de niños en alto riesgo. Estos talleres se concentran en las crisis comunes de la vida de familia (enfermedad de un familiar, abuso de alcohol o de otras drogas, desempleo, embarazo precoz, conflictos conyugales, etc.) y en las técnicas de resolución de problemas y de adaptación, y se destinan a explicar las consecuencias de las perturbaciones familiares para la salud de los adolescentes. Los casos que necesiten atención personal se enviarán a las unidades locales de salud mental de las clínicas de atención primaria. Se mantendrán registros adecuados del número y el tipo de casos atendidos.

Participación de la comunidad local.

Para promover la participación comunitaria se emplearán las técnicas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud. Según lo indicado por Friedman *et al.*, en cada localidad se realizará un taller "centinela", en el cual participarán autoridades locales y otros miembros de la comunidad que tengan capacidad de tomar decisiones (27). A medida que los alcaldes, jefes de policía, directores de clínicas, jueces, sacerdotes, docentes y dirigentes juveniles conozcan los problemas del abuso del alcohol, comprenderán mejor las necesidades de los adolescentes y participarán en las actividades destinadas a los jóvenes de la localidad, dándoles un orden de prioridad más adecuado. Se les instará asimismo a que incorporen sus ideas al programa integrado que se describió antes y a que sean innovadores y activos en la formulación de opiniones y programas independientes.

Actividades en el plano nacional. En los países con gobierno centralizado, como es el caso de Chile, las políticas nacionales tienen un efecto muy directo tanto en las comunidades locales como en la vida individual. Este sistema, más el hecho de que nuestro trabajo se llevó a cabo en la capital del país, hace necesaria la realización de actividades en el plano nacional con el fin de alcanzar el medio local. Por ejemplo, los miembros de nuestro equipo han trabajado activamente en la organización de una red de grupos de salud de los adolescentes y también han ofrecido asesoría técnica al Ministerio de Salud. En este programa en particular, se ha tratado de trabajar con los medios de información para poner en práctica la idea de celebrar una semana de concienciación sobre el consumo de alcohol. Durante esta semana, en los medios de difusión se prestaría especial atención a los problemas relacionados con el alcohol. Los periodistas y las estaciones de televisión tendrían acceso a un "foro de oradores" con el fin de instar al público a adoptar una actitud firme en relación con este problema.

Lo anterior es solo un breve resumen de nuestro plan de acción actual y representa una posible combinación de actividades que, en nuestro caso, parecen ser oportunas y factibles.

Problemas relativos a la ejecución del programa

Dada la complejidad del conjunto de actividades que se describieron, antes de ejecutarlas hay que analizar diferentes aspectos relacionados con su factibilidad; algunos de ellos se indican a continuación.

Factibilidad técnica. Las intervenciones preventivas no se han evaluado sistemáticamente. No es posible ofrecer hoy una "vacuna contra comportamientos de riesgo" para evitar el comienzo del consumo indebido de drogas. Sin embargo, hay suficiente información para afirmar que los hijos de familias con problemas de alcoholismo u otras perturbaciones suelen comenzar a usar drogas más pronto, y de una manera más peligrosa,

que quienes no se ven afectados por estas situaciones. Por tanto, afirmamos que las intervenciones que fortalecen la capacidad de resolución de problemas de la familia podrían tener un efecto beneficioso en estos casos. Para complementar dicho plan se necesita también un sistema de evaluación apropiado.

Factibilidad política. El rechazo por parte de la sociedad constituye un poderoso factor disuasivo de la acción en este campo. El alcoholismo y otros tipos de comportamiento relacionados con el uso indebido de sustancias están tan arraigados en nuestra estructura social que las autoridades a menudo no se dan cuenta de sus efectos nocivos. Esta situación es muy clara en muchos países de las Américas hoy día. En consecuencia, se debe tratar de que las autoridades encargadas de formular políticas en los diversos niveles reconozcan esos problemas y preparen medidas para combatirlos. También se necesita un criterio realista acerca de la conveniencia y oportunidad de algunos métodos. A veces es mejor esperar y acopiar información hasta que el escenario político sea más propicio para la acción en ciertos campos. Cuando se abren esas "ventanillas de oportunidad", se puede aprovechar el material preparado previamente.

Factibilidad financiera. Los programas de prevención no son tan costosos como el tratamiento prolongado. Sin embargo, no se debe subestimar su costo. La necesidad de conseguir expertos y profesionales de distintas disciplinas, así como de preparar con cuidado programas de adiestramiento bien diseñados, puede exigir cuantiosos recursos. La recaudación de fondos para estas actividades es una tarea compleja que debe comenzar con adecuados análisis y planificación de los aspectos financieros. Para desarrollar nuestras actividades preventivas, se han obtenido fondos de entidades locales (municipales y privadas), de la universidad y del Gobierno, así como algunos recursos externos. Hay que señalar que el aporte de las asociaciones de vo-

luntarios, los grupos de autoayuda y, sobre todo, de los adolescentes mismos no debe sobrestimarse.

Factibilidad administrativa. Las actividades intersectoriales a menudo desencadenan disputas por razones de jurisdicción. Es obvio que la prevención de la toxicomanía no compete a ningún grupo ni profesión determinados en exclusiva. Los problemas que crea la epidemia de alcoholismo y farmacodependencia deben ser afrontados por grupos con amplia representación en la comunidad, apoyados por equipos de trabajo especiales con responsabilidades bien definidas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En su aspecto cuantitativo, los problemas más graves que plantea el abuso de drogas en la Región de las Américas son los causados por el alcohol y el tabaco, aunque la cocaína y las sustancias inhalantes también acarrearán consecuencias nefastas. Los grupos de alto riesgo están formados por personas que sufren diversas privaciones. La familia y los compañeros guardan estrecha relación tanto con la causa como con la solución del problema. Los conflictos familiares, el consumo de sustancias químicas por los padres y su permisividad se asocian a una elevada incidencia de uso indebido de drogas entre los adolescentes. Otras clases de comportamiento de riesgo lo constituyen la experiencia sexual a edad temprana, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la conducta arriesgada en general.

Las intervenciones preventivas deben concentrarse en los grupos de alto riesgo. En el pasado se han empleado varios métodos, sin que se haya podido evaluar bien su éxito. La escala del riesgo de uso de drogas de Climent es un instrumento de selección actualizado que puede resultar muy útil. Se ha observado que las actividades de intervención dirigidas por compañeros también constituyen un método apropiado (28). En todos los casos las intervenciones deben ser creativas y someterse a evaluación sistemática. Cuando se va a adoptar una estrategia de acción, no hay que perder de vista el contexto cultural, ya que un método que funciona bien en un lugar puede ser inapropiado en otro. La ayuda internacional tiene que aprovecharse tanto para difundir información sobre enfoques alternativos como para realizar pruebas evaluativas en colaboración. El trabajo pendiente es enorme y habrá que emprenderlo mediante la creación de redes no solo dentro de los países, sino además entre los que afrontan amenazas similares.

REFERENCIAS

- 1 Arif, A., ed. *Adverse Health Consequences of Cocaine Abuse*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987.
- 2 Horwitz, J. et al. Epidemiología del consumo de alcohol en Gran Santiago. In: Mariátegui, J. y Adis Castro, G., eds. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, ACTA, 1966.
- 3 Medina, E. *Alcohol y alcoholismo*. Santiago de Chile, GALDOC, 1983.
- 4 Madrigal, E. y Míguez, H. *Combined Epidemiological Approaches to Study Adolescent Drinking Behavior in Costa Rica*. Helsinki, Finnish. Foundation on Alcohol Studies (ALCO) (en prensa).
- 5 Carlini-Cotrin, B. y Carlini, E. A. The use of solvents and other drugs among homeless and destitute children living in the city streets of São Paulo, Brasil. *Soc Pharmacol* 2(1):51-62, 1988.

- 6 Florenzano, R. y Medina, A. M. El alcoholismo en la adolescencia y la juventud: la experiencia chilena. In: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1985. Publicación Científica 489.
- 7 Lettieri, D.J. y Ludford, J.P., eds. *Drug Abuse and the American Adolescent*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1982. National Institute on Drug Abuse Research Monographs Serie 38.
- 8 Torres de Galvis, Y. y Murelle, L. Consumo de sustancias que producen dependencia en Colombia. *Bol Of Sanit Panam* 107(6):485-494, 1989.
- 9 Florenzano, R., Feuerhake, O. et al. Validez en Chile de un cuestionario para seleccionar bebedores problema en poblaciones (TSBP). *Cuad Med-Soc* (Santiago de Chile) 21:59-64, 1980.
- 10 Orpinas, P., Valdés, M. et al. Validación de la escala breve para la detección de beber (sic) anormal (EBBA). *Educ Med Alcohol* (Santiago de Chile) 8: 2-10, 1987.
- 11 Babor, J., De la Fuente, J. R. et al. *The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): Guidelines for Use in Primary Health Care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
- 12 Hayashida, M., Alterman, A. I., McLellan, A. T. et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *New Eng J Med* 320(6):358-365, 1989.
- 13 Maddaleno, M. Atención de salud del adolescente: Un modelo en el nivel primario de atención en un sector urbano marginal de Santiago de Chile. In: Florenzano, R., Maddaleno, M. y Bobadilla, F., eds. *Salud del Adolescente en Chile*. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1988.
- 14 Florenzano, R., Maddaleno, M. y Ringeling, I. Informe final del proyecto de investigación sobre análisis comparativo de sistemas de atención del adolescente en el Sector Oriente de Santiago de Chile. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1989. Documento de trabajo.
- 15 Medina, E., Gómez, M. y Dobert, M. T. *Programa de prevención primaria del alcoholismo en la comunidad escolar*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, 1976.
- 16 Heath, D., ed. *Alcohol Use in Latin America: Cultural Realities and Policy Implications*. Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Brown, y Centro de Estudios Latinoamericanos y Caribeños, Universidad de Connecticut, 1987. Occasional Papers in Latin American Studies 2.
- 17 Florenzano, R., Feuerhake, O. y Zegers, B. Prevención primaria de las dependencias químicas en los adolescentes. Descripción de un proyecto en Santiago de Chile. *Bol Of Sanit Panam* 95(2):142-155, 1983.
- 18 Gazmuri, C., Langdon, C. y Florenzano, R. Prevention of drug abuse by promoting mental health among adolescents. *Bull Nar* 37(2-3):107-112, 1985.
- 19 Jessor, R. y Jessor, S. L. *Possible Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. Nueva York, Academic Press, 1979.
- 20 Smilkstein, G. The family Apgar: A proposal for a family functioning test and its use for physicians. *Fam Pract* 6:24-30, 1978.
- 21 Jara, C., Maddaleno, M. y Florenzano, R. Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar. Diferencias entre adolescentes consultantes en el nivel primario y población escolar. *Bol Hosp San Juan de Dios* (Santiago de Chile) 36:16-20, 1989.
- 22 Climent, C. E. y De Aragón, L. V. Factores asociados con el uso de drogas en estudiantes de secundaria en Cali. I. Aspectos epidemiológicos y psicométricos. *Colombia Med* 17(2):58-69, 1986.
- 23 Newcombe, M. D., Maddahain, C. y Bentler, P.M. Risk factors for drug use among adolescents. Concurrent and longitudinal analyses. *Am J Public Health* 76(5):525-531, 1986.
- 24 Climent, C. E., De Aragón, L. V. y Plutchik, R. Prediction of risk for drug use in high school students. *Int J Addiction* (en prensa).
- 25 Florenzano, R., Mantelli, E., Zalaras, M. E. et al. Características del grupo familiar de adolescentes usuarios frecuentes de alcohol, cigarrillos y marihuana. In: Ugarte, G. y Medina, F., eds. *Alcoholismo*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud/AIEPA, 1982.
- 26 Perry, C. y Jessor, R. The concept of health promotion and adolescent drug abuse. *Health Educ Q* 12:169-184, 1985.
- 27 Friedman, H. WHO and Adolescent Health. Discurso pronunciado ante la Sociedad de Medicina de Adolescentes, San Francisco, California, marzo de 1989.
- 28 Perry, C. y Grant, M. Comparing peer-led to teacher-led youth alcohol education in four countries. *Alcohol Health Res World* 12(4):322-326, 1988.

SUMMARY

ALCOHOLISM AND OTHER SUBSTANCE ABUSE: PREVENTIVE PROGRAMS IN SANTIAGO, CHILE

This paper describes efforts that began in the 1970s to prevent alcohol and drug abuse among adolescents in Chile and discusses current health promotion programs that focus on prevention of health-endangering behaviors. Adolescent substance abuse has been found to be strongly correlated with familial dysfunction and parental drug abuse as well as with certain behavioral characteristics.

Therefore, prevention activities should target high-risk children as identified by screening instruments. Interventions should be carried out at the individual, school, family, community, and societal levels. It is important to analyze the feasibility of implementing prevention activities and to systematically evaluate their effectiveness.

Tabaquismo en los Estados Unidos

Las actitudes hacia el consumo de tabaco en los Estados Unidos de América se han modificado drásticamente en los últimos 25 años. De 1965 a 1987, la prevalencia de fumadores se redujo de 40 a 29%. Como resultado de decisiones orientadas a desestimular el consumo de tabaco, entre 1964 y 1985 se evitaron o pospusieron 75% de las defunciones asociadas a este hábito, lo cual representó en promedio un aumento de dos décadas en la esperanza de vida. Sin embargo, una de cada seis defunciones que ocurren en los Estados Unidos sigue siendo consecuencia del tabaquismo, aún la principal causa prevenible de muerte en este país.