

PSICOLOGÍA Y DERECHO. EL CASO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Ma. Elena MEDINA-MORA
Clara FLEIZ*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El marco conceptual*. III. *El problema*. IV. *Las políticas de prevención*. V. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Las políticas en materia de abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas tienen una larga historia. Entre las culturas prehispánicas no se permitía, por ejemplo, el consumo antes de los 52 años; el uso de pulque estaba restringido a ceremonias religiosas, pero, en festividades especiales, toda la población podía beber y embriagarse (Viesca, 1994). A partir de la Conquista, el consumo de alcohol se amplió, de acuerdo con Taylor (1979) debido a la adopción de las múltiples festividades del calendario cristiano, en donde se consumía alcohol, a la inclusión de todos los grupos de la población en el mercado de consumo y a la comercialización del pulque. Este incremento en la ingesta profana vino acompañado de un incremento importante de problemas, debido a la pérdida de poder de las autoridades indígenas que otrora ejercieran un control social frente al poderío español (Rojas, 1942). La primera evidencia de preocupación pública sobre el consumo excesivo y de los problemas que esta práctica conlleva, aparece poco después de la Conquista hacia mediados del siglo XVI. Las medidas instrumentadas estuvieron orientadas hacia la restricción de la venta con el fin de reducir el desorden público (Viqueira, 1987). La Constitución de 1917 incluyó la obligación de desarrollar un programa

* Jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", Instituto Nacional de Psiquiatría.

contra el alcoholismo y estableció que la vagancia y la embriaguez consuetudinaria eran motivo de pérdida de los derechos ciudadanos. En la década de los setentas empezó a manifestarse una preocupación social por el tema de las drogas y aparecieron los primeros centros especializados en la investigación y tratamiento. A partir de la década de los ochenta aparecen medidas orientadas con criterios de salud y que incluyen la salud como un derecho constitucional y la obligación de desarrollar programas nacionales contra las adicciones, el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas.

La forma en que los gobiernos enfrentan el consumo de alcohol puede derivarse de intereses económicos, de la necesidad de mantener el orden público o de preservar la salud (Mäkelä y Viikari, 1977). También existe un orden simbólico que se manifiesta en el papel que tiene el consumo de alcohol y algunas plantas alucinógenas en los rituales religiosos y sociales (Simpura y Moskalewicz, 2000).

Los gobiernos tienen intereses económicos en la producción y comercialización de las bebidas alcohólicas, ya que éstas representan un ingreso por impuestos y, como mecanismo de desarrollo económico, suponen una contribución al PIB, son importantes en el comercio exterior y constituyen una fuente de empleo. Sin embargo también inciden en pérdidas derivadas de la falta de productividad asociada con el consumo, y causan costos por muerte prematura e incapacidad que resultan del abuso de alcohol por personas a las que se ha educado y entrenado, y que dejan de ser productivas. Las políticas en este nivel están también influidas por las presiones externas en materia de aranceles como el GATT, y de los tratados con los socios comerciales.

Las políticas orientadas a mantener el orden público y la seguridad de los ciudadanos se ocupan del orden en las calles y en el lugar de trabajo, y se manifiestan en penas impuestas a personas que presentan embriaguez pública. La intoxicación representa una amenaza por su papel en los accidentes de tráfico y por su relación con riñas y otras formas de violencia. El interés del gobierno en este ámbito incluye también las actividades criminales derivadas de la producción ilegal o el contrabando.

Un cuarto rubro de interés para el gobierno está en la salud, en la vida familiar y crianza de los hijos, y en la longevidad y capacidad de trabajo. La embriaguez y el consumo fuerte y crónico pueden interferir con el desempeño de los roles en la familia y en el trabajo, y puede ocasionar enfermedad e incapacidad (Room, 1999).

Las medidas de salud pueden orientarse a la reducción de la demanda (e.g. mejoramiento de las condiciones de vida proporcionando alternativas contra el abuso de sustancias), al control de la oferta (e.g. impuestos, control de la producción, horarios de venta, etcétera); el éxito de estas políticas depende del acierto para controlar la producción no regulada y la oferta al público, y presenta un conflicto entre los intereses de una economía de libre mercado y los esfuerzos por regular un bien de consumo con base en el bienestar de la población. La educación, la prevención y el tratamiento son también campos para la política gubernamental.

El derecho de los gobiernos a interferir en las decisiones individuales de consumir alcohol o drogas estaría fundamentado en que algunas formas de consumo afectan el bienestar de la sociedad y en que las personas pueden eventualmente actuar en contra de su mejor interés. Dado que el alcohol y las drogas pueden afectar la capacidad de los individuos para tomar decisiones adecuadas, la intoxicación puede asociarse con conductas de riesgo como manejar después de haber bebido. El abuso de alcohol por parte de un conductor puede ocasionar lesiones y aun la muerte de terceras personas en accidentes de tráfico o laborales (Skog, 1999).

Las dependencias gubernamentales dictan políticas muy variadas y, en general, las interesadas en el incremento de la producción y consumo de alcohol son diferentes de las encaminadas a prevenir los daños asociados; por lo tanto las decisiones usualmente se toman de forma independiente. Los intereses del gobierno, los beneficios económicos y la responsabilidad en la normatividad están también divididos en los ámbitos, central, estatal y municipal.

La contraparte está representada por los intereses de la sociedad civil manifestados a través de las presiones ejercidas por el sector social y por los organismos no gubernamentales, que pueden jugar un papel importante en los cambios de políticas de gobierno; por ejemplo, en la promoción del derecho a tratamiento para trabajadores que presentan una enfermedad crónica, como la dependencia de sustancias.

La política de salud en materia de adicciones presenta dos vertientes: alcohol y drogas. ¿Qué hace el gobierno para regular una sustancia legal como es el alcohol que afecta la salud, es motivo de desorden social, tiene un costo elevado en procuración de justicia, en recursos para atender la dependencia y sus secuelas y en falta de productividad y desarrollo, pero al que se le atribuyen también características positivas en su papel protec-

tor, en algunos grupos de la población, de enfermedad isquémica asociada con el consumo de pequeñas cantidades?

Por otra parte las drogas tienen un estatus diferente y, en general, se considera que su uso debe de prevenirse por intereses de salud y orden público, y también por razones económicas derivadas de actividades ilegales ligadas a la producción, tráfico, distribución, y de seguridad nacional.

La respuesta de los gobiernos frente a estos fenómenos se expresa en leyes, reglamentos y normas que regulan las acciones de las diferentes instancias oficiales en el control de la producción y comercialización, en la prevención, tratamiento y rehabilitación. La contraparte es la conducta de los individuos y el grado en que ésta puede afectarse mediante las normas dictadas por el gobierno.

La decisión de beber o usar drogas, y de cómo comportarse cuando se está intoxicado, tiene un papel muy importante en lo que ocurre mientras el individuo lo está. La mayor parte de las conductas y de los estados subjetivos que fácilmente atribuimos a la intoxicación —sociabilidad o tristeza, tranquilidad o atrevimiento, agresión o pasividad— no se deriva directamente de la sustancia, sino que refleja la personalidad de quien bebe y las circunstancias sociales en las que ocurre el consumo.

También se sabe que las normas son efectivas cuando son conocidas y aceptadas por la población y cuando su aplicación sigue inmediatamente a la conducta. Así, resulta claro que una política integral debe contemplar medidas de protección a la salud expresadas en normas y medidas que impliquen cambios en la conducta de los individuos, para que no consuman drogas y moderen el consumo de bebidas alcohólicas, y prohibiendo el consumo en circunstancias de riesgo (v.g. durante el embarazo).

Partimos del supuesto que las prácticas de consumo de alcohol y de otras drogas son complejos colectivos que tienen una larga historia y que son autónomos y resistentes a los esfuerzos del gobierno para cambiarlos de una manera rápida. Sin embargo, algunas acciones del gobierno pueden afectar las prácticas de consumo de maneras trascendentes y, en ocasiones, de una manera deseada.

En el imaginario social, los fenómenos de abuso de alcohol y drogas han seguido caminos diferentes: el abuso del alcohol es comúnmente tolerado mientras que se prohíbe el de las drogas. Se considera con más frecuencia que el primero es una decisión personal en la que el gobierno jugaría un papel menor; en el segundo caso, el papel del gobierno se con-

sidera fundamental y se coloca el énfasis mayor en el control de la oferta, mientras que el primero tendría un mayor énfasis en el control de la demanda. Es claro que la percepción social de ambos fenómenos debe modificarse para incluir la posibilidad de introducir políticas que limiten la oferta de bebidas alcohólicas y la demanda de drogas ilegales.

Este trabajo plantea un marco conceptual que orienta la política de salud en la materia, describe brevemente la naturaleza del problema que se desea modificar y propone una serie de medidas orientadas a tal fin.

II. EL MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con Frenk (1994), los niveles de salud de una comunidad se afectan por la confluencia en mayor o menor medida de tres tipos de elementos: el armamento biológico con el que cada quien es dotado a través de los mecanismos genéticos que permiten el funcionamiento armónico de un individuo; los que se encuentran en el medio ambiente que nos rodea, es decir, tanto las condiciones de vida como el contacto con los agentes patógenos o sustancias que perturban el funcionamiento armónico, y los que resultan del comportamiento humano, es decir las conductas que implican riesgos para la salud.

En los niveles de salud también influye la respuesta social para contender con el problema, la cual ha mostrado variaciones importantes en el tiempo. Moore & Gerstein (1981) consideran tres puntos de vista para el caso del alcohol: i) el punto de vista colonial, cuando el alcohol era valorado como una costumbre social y el exceso era considerado como una debilidad moral. Ante esta manera de conceptualizar el problema, la respuesta apropiada era la disciplina pública; ii) el punto de vista de la temperancia, cuando el alcohol era considerado como un veneno adictivo, por lo que su venta era una amenaza pública y el uso de la ley para restringir su uso era considerada como la respuesta apropiada; iii) el punto de vista del alcoholismo, que lo consideró una enfermedad y, si bien se desconocían sus causas, la respuesta apropiada era el tratamiento de aquellos individuos afectados.

De acuerdo con estos autores, las concepciones tienen sus residuos en la política actual. El punto de vista colonial prevalece en las medidas para combatir la embriaguez pública; la segunda concepción, si bien se ha alejado de su manifestación más extrema, la prohibición, se ve reflejada en las medidas de regulación del comercio. La tercera idea ha impactado

menos, pues hasta hace relativamente poco la responsabilidad se dejaba en manos de las organizaciones de autoayuda y sólo recientemente se han iniciado esfuerzos por dar a esta enfermedad crónica su lugar dentro del espectro de enfermedades de esta naturaleza, considerando la conveniencia de instrumentar programas de tratamiento en el sistema de salud.

En el caso de las drogas puede decirse que la mayor parte de los esfuerzos se ha centrado en el control de la oferta. Toda política orientada al control de sustancias tiene sus riesgos inherentes. En el caso del abuso de sustancias, podemos ubicar dos tipos de consecuencia: aquéllas derivadas del consumo directo y las que son resultado de las políticas de control. Ejemplos del primer tipo se han mencionado en este artículo (i.e. accidentes, dependencia y trastornos psicológicos, mortalidad por cirrosis, etc.); en el segundo caso, encontramos problemas tales como delitos, corrupción, sobrecupo de instituciones carcelarias, entre otras, como resultado de la definición de ilegalidad y del interés persistente del ser humano en consumir este tipo de sustancias. Un programa ideal buscaría minimizar o disminuir ambos tipos de consecuencia.

A pesar de que se puede citar un buen número de logros de las políticas actuales, mucho se habla también de que la guerra se ha perdido y de la conveniencia de la legalización que trae consigo otro tipo de problemas. Frente a la legalización, se ha propuesto un modelo de regulación que elimine las consecuencias de la prohibición sin reproducir el modelo actual de control del tabaco y alcohol, cuyas fallas originan, entre otras cosas, que sean las sustancias responsables de la mayor cantidad de muertes prevenibles.

La amplia variedad de sustancias con diferentes efectos obliga a la reflexión sobre si deben o no legalizarse drogas específicas, si debe de regularse la producción, la distribución o el consumo y, en este último caso, el uso casual, que provoca poco o ningún daño; el uso peligroso, que implica cierto daño; o el abuso, que tiene repercusiones importantes no solamente para el individuo, sino también para los que lo rodean.

La prohibición misma es causa de problemas, transforma el mercado y la perspectiva de los problemas. Una alternativa, propuesta recientemente y que ha logrado notoriedad, es el cambio del foco de atención de la política actual de “cero tolerancia” a la “disminución del daño”: con ello se pretende minimizar las consecuencias del consumo, al tiempo que se defienden los derechos humanos de los adictos. Sus postulantes sostienen que la política actual constituye una barrera para que los adictos reciban

el lugar que les corresponde en la sociedad, y limita la posibilidad de tratamiento. Al normalizar el consumo, los daños pueden minimizarse mediante la integración social de los usuarios, en vez de aislarlos en clínicas u otro tipo de instituciones.

Quienes postulan esta medida sostienen que la minimización del daño tendría efectos sobre el usuario, el índice de violencia derivado de la ilegalidad, la corrupción, el crimen organizado y el exceso de encarcelamiento. Las metas más importantes de este modelo son, como su nombre lo indica, la reducción del daño, el incremento en el nivel de seguridad y el proporcionar tratamiento a todos los que lo necesitan.

Muchos son los puntos de debate, entre ellos, las diferencias en el valor que se otorga a la libertad individual, al derecho a la privacidad, a la salud pública, a los derechos de otros, a los costos de las medidas y al papel regulador del gobierno. Otro aspecto importante es el incremento de la vulnerabilidad de la población al aumentar la disponibilidad de sustancias. ¿Deben enfocarse las medidas de control en los adictos más severos y no en los usuarios que controlan el uso? ¿Debe pesar más el potencial de daño de las sustancias frente a la voluntad de los individuos?

El costo social e individual de una nueva política también debe ser soportado: el decremento en el costo social derivado de la disminución de la violencia y de la corrupción ¿justifica el incremento en el costo de salud derivado del aumento en el consumo? La realidad es que el debate ocurre en ausencia de suficiente evidencia empírica que oriente la toma de decisiones: ¿cómo pueden maximizarse los beneficios de un modelo de libre mercado y minimizar sus riesgos?

Entre los diferentes modelos tenemos el del “supermercado”: libre acceso, regulado por oferta y demanda. Frente a éste, se ha propuesto el modelo del derecho al acceso regulado. Nuevamente aquí ¿qué es lo que se debe de regular? Otro modelo es el prohibicionista, una de cuyas variantes es la actual política denominada por sus críticos “cero tolerancia”, que actualmente prevalece para la mayor parte de las sustancias, una de cuyas alternativas es el modelo de la reducción del daño.

Recientemente se ha incorporado una visión de salud pública cuyos resultados son más alentadores. Las ideas principales que subyacen en este modelo pueden resumirse en tres puntos: i) que el foco de atención son las tasas de problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas, más que las sustancias en sí mismas; ii) se considera que estas tasas son contingentes a los arreglos sociales que involucran, tanto el consumo como

las conductas en que se involucran los individuos, y iii) que es racional intentar disminuir los problemas derivados del abuso de sustancias con alcohol, modificando los arreglos sociales más que tratar solamente sus resultados. El modelo supone que los problemas no surgen de un pequeño grupo de dependientes crónicos, sino de los hábitos de consumo de la población general y, por tanto, son éstos el foco de atención, y no solamente la población que ha desarrollado dependencia.

Desde la perspectiva de la regulación de la oferta, las políticas de prevención pueden ubicarse en tres grupos: i) las medidas de control de la disponibilidad de alcohol mediante licencias para establecimientos; prohibiciones limitadas (en el caso de los menores de edad), y precios; ii) prácticas de consumo que pueden modificarse principalmente por la ley y por la educación, y iii) intervenciones ambientales basadas en el supuesto de que algunas consecuencias sólo podrían ocurrir si se combinan ciertas características físicas y socioculturales.

A pesar de que estas medidas pueden tener un valor significativo para controlar los problemas derivados del abuso de sustancias, su influencia es indirecta; pueden producir diferencias en las prácticas de consumo y la distribución de los problemas sólo en la medida en que los consumidores individuales reaccionen de manera personalizada a la disponibilidad comercial.

Los gobiernos pueden integrar las concepciones de normas tolerables en estatutos y reglamentos (por ejemplo, leyes que prohíben manejar en estado de intoxicación). Estos modos legales se basan de manera importante en los recursos morales, económicos y políticos del gobierno. Cuando la política no se basa en conceptos compartidos por la población, se requiere mayor esfuerzo económico y en tiempo para instrumentar la política y para validar la legitimidad del gobierno de regular las conductas individuales de sus ciudadanos.

Las dos áreas en que los gobiernos han intervenido más para modificar conductas mediante leyes respaldadas por penas criminales, son el conducir automóviles después de haber bebido y la embriaguez pública. La evidencia sugiere que la conducta responde al riesgo percibido de ser arrestado. Cuando las leyes sean adecuadamente aplicadas, disminuirán la frecuencia con que se consume alcohol, los accidentes y las muertes asociadas. Además, ayudarán a difundir la noción de que manejar después de beber es desaprobado socialmente y proporcionarán una oportunidad para

atacar agresivamente una conducta si la sociedad está dispuesta a que se publicite la medida y se otorguen los recursos necesarios para que esta convicción sea un fenómeno social más que un concepto abstracto.

III. EL PROBLEMA

La forma en que el abuso de sustancias se manifiesta en nuestro medio ha sido objeto de múltiples publicaciones (ENA, 1998; Villatoro y cols., 1999; Medina-Mora, Ortiz Carreño y cols., 1998; Medina-Mora, Villatoro, Fleiz, 1999; CIJ, 1999; SISVEA, 1997; Ortiz y cols., 1998). Se resumen aquí los principales datos que sirven de base a las propuestas de políticas de salud.

El consumo *per capita*, estimado a partir de las ventas sujetas a un control fiscal, es de 5.54 litros de alcohol absoluto para la población mayor de 15 años.¹ Este indicador, que sigue el trayecto del desarrollo económico del país, ha mostrado variaciones en los últimos treinta años, con un incremento importante en relación con el nivel de consumo observado en 1970, cuando representaba 3.82 litros para la población mayor de 15 años, y alcanzó su elevación máxima en 1980, 6.0 litros, y su punto más bajo en 1986, 4.48 litros. Desde entonces aumenta sin haber alcanzado los niveles observados dos décadas antes (Rosovsky y Borges, 1996; Gutiérrez, 2000). Cabe mencionar de que este indicador no incluye el alcohol no reglamentado, que según algunos estudios puede alcanzar proporciones importantes en el mercado local (Consultores Internacionales, 1999).

El consumo *per capita* más elevado se observa en los países desarrollados y por las economías en transición de Europa del Este y de los países que conformaban la Unión Soviética, cuyo consumo es superior al observado en países en vías de desarrollo. En estos últimos países, los niveles más altos se observan en América Latina (Jeringan, 2000a).

De acuerdo con la OMS, el consumo *per capita* en los países desarrollados, después de un acelerado crecimiento entre mediados del siglo XX hasta alrededor de 1985, ha mostrado, a partir de entonces, un decremento importante; en tanto que en los países más pobres, el consumo tiende a incrementarse (WHO, 1999). En los países desarrollados, estos cambios

1 Incluye el total de la producción que paga impuestos, más las importaciones y resta las exportaciones.

en el consumo *per capita* se han asociado con una reducción en la mortalidad por cirrosis. Por ejemplo, en Francia, entre 1970 y 1988, el consumo de alcohol disminuyó en 24% de (22.3 litros a 16.9 litros), y la mortalidad por cirrosis disminuyó en 24% (Rutherford, 2000). Entre 1970 y 1996, España tuvo una reducción de 34%, Suecia de 13% e Italia de 46%. En el consumo *per capita* y la reducción promedio en Europa de la tasa de mortalidad por cirrosis fue de 28%, con reducciones entre 45% y 64% en los países mediterráneos y en Suecia (Ramstedt, 1999).

En América Latina se observa un decremento del consumo per cápita de 43% en Chile, de 44% en Argentina y de 40% en Perú, en tanto que en México el consumo aumentó en 39%; en Brazil, 74%, y en Costa Rica, 34% en este periodo. En México, este incremento se acompañó de un aumento en la tasa de mortalidad por cirrosis alcohólica. En los hombres, aumentó en 72% entre 1970 y 1995, y presentó un aumento de 13% para las mujeres. Durante el mismo período, la mortalidad por cirrosis hepática asociada a otras causas disminuyó en 33% para los hombres y en 20% para las mujeres. (SSA, 1970 y 1998).

Jeningen (2000b) ha documentado cómo, en las tres décadas pasadas, las compañías alcoholeras internacionales usaron sus sofisticadas formas de *marketing* y acción política perfeccionadas en los países desarrollados, y encontraron un campo propicio social y político derivado de una baja conciencia de los problemas de alcohol, y de pocos recursos para la prevención y el tratamiento. En 1995, la compañía Philip Morris dijo, en relación con su subsidiaria, la cervecera Miller, que “más de las dos terceras partes del crecimiento industrial en los próximos cinco años se espera provengan de América Latina y Asia, y es allí donde estamos enfocando nuestras iniciativas de expansión”.

En México, el consumo de alcohol en el sector femenino de la población se ha incrementado en los últimos años, lo que se manifiesta en una disminución importante de las tasas de abstinencia, que pasaron de 63.5% en 1988 a 55.3% en 1998, en tanto que entre los varones, los índices disminuyeron en menor proporción en este periodo (de 27% a 23%).

Entre los varones, la tasa de reducción más importante se dio en el grupo más joven, entre 18 y 29 años, de 27% a 22%, y entre 30 y 39 años de 24% a 18%, en tanto que en los grupos de mayor edad no se observaron diferencias importantes. Entre las mujeres, en cambio, las variaciones más importantes se observaron en aquéllas de mayor edad. La tendencia hacia el decremento disminuye con la edad, en el grupo entre 18 y 29

años disminuyó de 61% a 55%, y hubo reducciones de 7%, 10% y 12% en los siguientes grupos de edad considerados en el análisis (30-39, 40-49, 50-65).

La tendencia internacional apunta hacia un incremento en la preferencia por la cerveza, que representa 54% (1994) del mercado internacional de alcohol. En México, la cerveza es la bebida de preferencia (63% del consumo *per capita*), seguida de los destilados (34%) y, en mucho menor proporción, los vinos (1%). Sin embargo, el consumo de esta última bebida se ha incrementado más que el de ninguna otra, con un porcentaje de variación de 300% entre de 1970 y 1997 luego de la aparición de un nuevo producto, los “coolers” (0.027 litros de consumo *per capita* en 1997) y cocteles (0.015 litros), con contenido alcohólico de 5 grados los primeros y de 12 grados los segundos, y que se comercializan como bebidas refrescantes, cuyo mercado principal es el sector joven de la población.

No se observan diferencias en el índice de dependencia que desarrollan las personas cuya bebida de preferencia es la cerveza, los destilados o el vino de mesa. Alrededor del 12% de los varones y del 3% de las mujeres que los consumen, presentan dependencia al alcohol, lo cual se observa en cambio en el 42% de los varones y el 26% de las mujeres que prefieren los aguardientes o el alcohol de 96 grados (ENA, 1998).

La evidencia de que se dispone sugiere la necesidad de instrumentar políticas para las bebidas alcohólicas en conjunto sin excluir a la cerveza, a la par de poner más énfasis en el control de aguardientes y otros productos de baja calidad y del alcohol de 96 grados para el consumo como bebida alcohólica.

El alcoholismo afecta al 9% de los varones y al 1% de las mujeres entre 18 y 65 años que viven en zonas urbanas del país. A pesar de estos elevados índices de consumo, pocos son los que buscan ayuda. Los estudios de población general señalan que solamente una de cada tres personas dependientes del alcohol, solicita ayuda para atender sus problemas (ENA, 1998).

Los estudios transculturales que han compartido metodologías similares en México y Estados Unidos reportan que en México se tienen tasas más bajas de dependencia (8% en comparación con 18% en la población norteamericana; Vega y cols., 1998), tasas más altas de consumo poco frecuente y de grandes cantidades (24% y 6%) y tasas menores de consumo frecuente de bajas cantidades (3% y 12%; Caetano, Medina-Mora, 1988); se observan también tasas más altas de ingreso a salas de urgencia

con niveles positivos de alcohol en sangre (21% y 11%; Cherpitel y cols., 1993), lo que sugiere que, en México, una proporción importante de los problemas que se derivan del abuso de alcohol son resultado de prácticas inadecuadas por parte de personas no dependientes (se ha estimado que sólo 7% de los ingresos a salas de urgencia presentan niveles positivos de alcohol en sangre, y 2% de los trabajadores que han tenido accidentes laborales tienen dependencia al alcohol; Borges y cols., 1999; Medina-Mora y cols., 1998). Todos estos casos son susceptibles de ser influidos por programas de educación y de aprendizaje social.

Se ha estimado que el abuso de alcohol, por sí solo, representa el 9% del peso total de la enfermedad² en México. Los padecimientos asociados con el consumo de alcohol que más pérdida de días de vida saludable provocan son la cirrosis hepática (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%). A pesar de su elevado costo, los programas de prevención de abuso del alcohol tienen un elevado nivel de efectividad. Se ha estimado que el control del abuso es una de las nueve acciones de salud pública con mejor nivel de recuperación de la inversión (costo/beneficio), junto con programas de control del tabaquismo, de salud escolar, información sobre salud, nutrición, planificación familiar y control de vectores (Frenk y cols., 1994)

México, de ser un país de paso para las drogas, se ha convertido en un país consumidor. Al tradicional problema de uso de inhalables entre los menores y de marihuana entre los jóvenes y algunos grupos de la población adulta (con incrementos, en el caso de esta última sustancia, de 2.99% en 1988, a 3.32% en 1993 y 4.70% en 1998), se suma un consumo cada vez mayor de cocaína, que ha llegado a los niños y a los sectores pobres de la población. En los adultos, se incrementa su uso por vía intravenosa, y se detecta un brote epidémico de heroína en algunas regiones de la frontera norte, así como la aparición de nuevas drogas como las metanfetaminas.

La cocaína ha sido causa del importante incremento del abuso de sustancias, fenómeno que se refleja en todos los sistemas de información disponibles, las encuestas nacionales de adicciones muestran incrementos de

2 Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes o violencia, y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISAs. Frenk, J. *et al.*, *Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de Salud en México. Informe final*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

0.33%, 0.56%, 1.45% (ENA, 1989, 1993 y 1998). El sistema de registro de la Ciudad de México (SRID) refleja un incremento del número de usuarios de drogas que ahora prefieren consumir esta sustancia, que aumentó del 4% de los casos en 1986 al 39% en 1997 (Ortiz y cols., 1998). La proporción de casos que utilizan esta droga atendidos en Centros de Integración Juvenil aumentó 3.8 veces de 1990 a 1997, de 12% de los pacientes atendidos a 46%.

El sistema de vigilancia epidemiológica, SISVEA, que recoge información de centros de tratamiento gubernamentales y no gubernamentales, de salas de urgencia y del SEMEFO, entre otras fuentes, reporta también un incremento en el número de usuarios que usan cocaína sin haber utilizado otra sustancia ilícita antes ni haber inhalado algún disolvente volátil. En 1991, 6% de las personas que habían usado esta sustancia se habían iniciado con ella, proporción que sube a 16% en 1997 (Tapia-Conyer y cols., 1998).

Los estudios llevados a cabo en población estudiantil reflejan también un incremento en el índice de menores que han experimentado con la cocaína; en la Ciudad de México el índice aumentó de 0.5% en 1976 a 4% en 1997, con dos brotes importantes en 1989 y en 1997. En este último año se encontró que el 4% había experimentado con esta sustancia y el 1% la usó en el último mes. (Castro y cols., 1986; De la Serna y cols., 1991; Medina-Mora y cols., 1993, 1994; Villatoro y cols., 1999)

Aunado al crecimiento de la cocaína, se incrementa el uso de drogas por vía intravenosa. El SISVEA reporta también un importante crecimiento de centros de atención para adictos de heroína a cargo de organizaciones no gubernamentales y, con éstos, el número de casos atendidos en la frontera, fenómeno que se observa menos en otras regiones. En 1994, el 13.3% de los adictos atendidos por estas organizaciones reportó la heroína como droga de impacto; en 1999, el porcentaje ascendió a 44%; estas proporciones en ciudades no fronterizas era de 1.6 y 7.4% respectivamente (Tapia y cols., 1998).

En tanto el uso de inhalables parece estar disminuyendo porque la población usuaria prefiere la cocaína, el uso entre varones descendió de 4% en 1991 a 3% en 1997 según se desprende de las encuestas en escuelas (Medina-Mora y cols., 1993; Villatoro y cols., 1999), tendencia observada también en el sistema de registro de casos detectados en instituciones de salud y procuración de justicia (Ortiz y cols., 1998), y de los pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil. (CIJ, 1999)

Estos mismos sistemas de registro advirtieron de un nuevo fenómeno: la aparición de drogas sintéticas del tipo de las anfetaminas y el incremento del uso de psicotrópicos y drogas disponibles por nuevas vías. Se abusa de sustancias con utilidad médica como el flunitracepam, que se refleja en el número de veces que los usuarios de drogas detectados en el sistema de registro de la capital del país reportaron su uso, que aumentó de 16 menciones en 1988 a 105 en 1994, manteniendo un nivel alto desde entonces (Ortiz y cols., 1998).

Además aparecieron en el mercado nuevas formas de cocaína como el *crack*, forma más adictiva y dirigida al mercado de menos recursos y que consume anfetaminas (la más común conocida como “éxtasis”). El consumo de esta sustancia empieza a documentarse en los primeros años de esta década, y es más frecuente en la frontera noroccidental del país. El sistema de registro de pacientes de Centros de Integración Juvenil señala una media nacional de 2.7% para 1995, año en el que 42% de los pacientes atendidos en el centro ubicado en la Ciudad de Tijuana, Baja California, los había consumido.

IV. LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN

Con base en el diagnóstico del problema y el marco conceptual planteado, se proponen las siguientes acciones. A las medidas que lleva a cabo la PGR para el control de la disponibilidad de drogas ilícitas, y la SSA en cuanto a la prevención de la desviación de narcóticos y psicotrópicos con utilidad médica del mercado lícito, deben sumarse esfuerzos de restricción de la disponibilidad de disolventes y otras sustancias susceptibles de abuso por inhalación, como es el caso del tolueno, que se expende en lugares de suministro de drogas ilícitas. Idealmente, los esfuerzos deben incluir acuerdos con comerciantes a fin de restringir el acceso a estos productos (industriales y domésticos) por parte de los menores de edad. El cuidado de la calidad de las bebidas con alcohol es un factor que debe ser considerado. Los esfuerzos en esta línea deben incluir los disolventes inhalables, en especial aquellos utilizados por los menores y en procesos industriales, incluyendo la norma que evite la exposición.

La mortalidad y discapacidad a causa de accidentes y violencia, usualmente asociadas con el consumo de sustancias en circunstancias de riesgo, pueden prevenirse mediante programas interinstitucionales que inclu-

yan: i) programas de movilización comunitaria encaminados a concientizar a la población sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias y la conducción de automóviles, con el fin de hacerlos partícipes de los programas; ii) revisión y modificación de los reglamentos de policía y tránsito con el fin de determinar los niveles de alcohol en sangre permitidos para conducir vehículos, la autorización de los cuerpos de policía para solicitar pruebas de niveles de alcohol en sangre mediante dispositivos de aliento, así como sanciones en caso de violación de los reglamentos con énfasis en la consistencia de su aplicación más que en su severidad; iii) modificaciones en las autorizaciones de uso de suelo y licencias a establecimientos que expenden bebidas alcohólicas con el fin de evitar su venta a menores de edad, prohibición de las prácticas comerciales que favorezcan la intoxicación, tales como las barras libres, las horas felices o los concursos, entre otros, y fomentar la corresponsabilidad de los establecimientos en el regreso seguro de los clientes, para lo que se sugiere contar con sitios de taxis controlados fuera de los establecimientos; iv) la capacitación de los proveedores de servicios a fin de que sean capaces de identificar signos de intoxicación para prevenir que sus clientes lleguen a tales estados.

La prevención debe recibir más apoyo en todos los sentidos, especialmente en el orientado a desarrollar habilidades para enfrentar los riesgos ambientales y buscar un desarrollo sano. Es necesario ampliar la cobertura de los servicios de salud, especialmente de los sistemas residenciales dirigidos a la población con bajos recursos. El desarrollo de la farmacología y la aparición de nuevas modalidades de intervención psicosocial basados en el mejor entendimiento de la forma en que el alcohol y las drogas actúan en el cerebro, ha traído nuevas perspectivas. Los avances en la farmacoterapia han abierto nuevas perspectivas para el manejo de la desintoxicación y para la prevención de recaídas. El uso de medicamentos para reducir la probabilidad de éstas se ha extendido de forma importante en la práctica clínica, por lo que se cuenta con mejores opciones de tratamiento psicosocial.

Estos avances han llevado a una reconceptualización del papel del tratamiento en la política de salud, ya que a pesar de que existen recaídas, los períodos de abstinencia que logran los pacientes, aun siendo breves, aumentan su esperanza de vida y reducen la utilización de servicios médicos.

La experiencia clínica indica que diferentes tipos de individuos responden de manera distinta a diversos tipos de tratamiento, de ahí que sea necesario ofrecer una variedad de opciones de tratamiento e instrumentar mecanismos de diagnóstico que permitan a los pacientes recibir el tratamiento que mejor se adecúa a sus necesidades. Nuevamente, es indispensable incluir un componente de evaluación de impacto y de revisión continua de los programas.

Es importante lograr una mejor integración de los programas existentes con el fin de ofrecer apoyo de desintoxicación, internamiento y tratamiento de complicaciones médicas a los pacientes que son atendidos por instituciones no gubernamentales a través de los servicios de salud; desarrollar normas de operación y ofrecer apoyo financiero a aquellos programas que cumplan con éstas. La meta última será proporcionar el mejor tratamiento posible a los enfermos.

A pesar de los elevados índices de dependencia, pocos son los adictos que buscan ayuda. A la escasa disposición del adicto se suma el poco interés del personal de salud por atender al paciente con dependencia, de ahí que sea recomendable incluir programas en la comunidad y de capacitación y sensibilización del personal de salud para el manejo de estos pacientes.

Un programa de esta naturaleza debe ser manejado por un organismo coordinador, a través del establecimiento de acuerdos con los gobiernos de los estados y con las dependencias involucradas en los sectores público (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, PGR, SEP, SG, SHCP, SCT, SECOFI, entre otros), social y privado. Es importante desarrollar mecanismos que normen la calidad de los servicios y su vigilancia, con énfasis en organismos de autoayuda y ONGs.

Se buscaría desarrollar un modelo que integre al derecho y a la psicología como disciplinas complementarias, orientado a asegurar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a crecer en un ambiente protegido de las consecuencias adversas del alcohol y, en la medida de lo posible, de la promoción de bebidas alcohólicas; a garantizar el derecho de todas las personas a una vida protegida de accidentes, violencia y otras consecuencias del abuso de alcohol, a recibir una información válida e imparcial y a la educación sobre las consecuencias del abuso sobre la salud individual desde las etapas tempranas de la vida; a resguardar el derecho al bienestar de la familia y de la sociedad, así como el derecho de las personas que consumen alcohol con niveles de riesgo o daño y de sus familias a recibir

tratamiento y el derecho que tienen todas las personas que no deseen consumir alcohol por razones de salud, religiosas o de cualquier índole, a ser protegidos contra las presiones para beber y a ser apoyados en su conducta de no consumo.

V. BIBLIOGRAFÍA

- BORGES, G. *et al.*, “Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo”, *Salud Pública de México*, 1999, vol. 41, núm. 1, pp. 3-11.
- CAETANO, R., y MEDINA-MORA, M. E., “Acculturation and Drinking among People of Mexican Descent in Mexico and the United States”, *Journal of Studies on Alcohol*, 1988, 49, pp. 462-471.
- CASTRO, M. E. *et al.*, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, 1986, vol. 9, núm. 4, pp. 80-85.
- Centros de Integración Juvenil, *El consumo de drogas ilícitas en México. Población general, estudiantes, menores trabajadores, pacientes usuarios de drogas*, México, 1999.
- CHERPITEL, CH. *et al.*, “Drinking in the Injury Event: A Comparison of Emergency Room Populations in the United States, Mexico and Spain”, *International Journal of the Addictions*, 1993, 28, pp. 931-943.
- Consultores Internacionales, *Prospectiva del mercado mexicano de bebidas alcohólicas destiladas al año 2025*, FISAC, México, 1999.
- FRENK, J., LOZANO, R. y GONZÁLEZ, M. A., *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1999.
- GUTIÉRREZ, R., “Consumo *per capita* de alcohol puro, 1970-1997”, información proporcionada por la Industria de Bebidas, Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, reporte interno, 2000.
- JERINGAN, D., “The Alcohol Industry in Developing Countries”, *Journal of Substance Use*, 2000a, vol. 5, núm. 1, pp. 14-20.
- *et al.*, “Towards a Global Alcohol Policy”, *The International Journal of Public Health. Bulletin of the World Health Organization*, 2000b, vol. 78, núm. 4, pp. 491-499.
- MÄKELÄ, K y VIKARI, M., “Notes on Alcohol and the State”, *Acta Sociológica*, 1977, vol. 20, pp. 155-179.

- MEDINA MORA, M. E. *et al.*, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, 1993, vol. 16, núm 3, pp. 2-8.
- *et al.*, “Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar. Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal, 1993”, reporte estadístico, Secretaría de Educación Pública, 1994.
- *et al.*, *Model Program for the Prevention of the Abuse of Alcohol and other Drugs by Workers and their Families. Statistical Report*, International Labor Office, United Nations Program for International Drug Control, World Health Organization, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1998.
- *et al.*, “Uso indebido de sustancias”, *Estudio de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años, trabajadores en 100 ciudades*, DIF-UNICEF-PNUFID, 1999, vol. 7, pp. 369-374.
- MOORE, M., y GERSTEIN, D., *Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition*, Washington, D.C., National Academy Press, 1981.
- ORTIZ, A. *et al.*, *Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias 1987-1997*, México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998.
- RAMSTEDT, M., “Liver Cirrhosis Mortality in 15 European Countries. Differences and Trends During the Post-War Period”, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, English Supplement, 1999, vol. 16, pp. 55-73.
- ROJAS G. F., “Estudio histórico-etnográfico del alcoholismo entre indios de México”, *Revista Mexicana de Sociología*, 1942, vol. IV, núm. 2, pp. 111-125.
- ROSOVSKY, H, y BORGES, G., “Consumo *per capita* de alcohol en México (1979-1994) y sus correcciones con datos de las encuestas poblacionales”, Trabajo presentado durante la reunión: “Alcoholismo” CO-NADIC, México, 1996.
- ROOM, R., “The Idea of an Alcohol Policy”, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, English Supplement, 1999, vol. 16, pp. 7-20.
- RUTHERFORD, D., “Alcohol Policy in Europe: Lessons Learned and New Challenges”. *Journal of Substance Use*, 2000, vol. 5, núm. 1, pp. 21-29. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epide-

- miología, Consejo Nacional contra las Adicciones, “Tercera encuesta nacional de adicciones”, 1998.
- , Dirección General de Estadística Informática, “Tabulación sobre defunciones”, 1970 y 1998.
- , Dirección General de Epidemiología, “Segunda encuesta nacional de adicciones”, 1993.
- , Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, “Primera encuesta nacional de adicciones”, 1989.
- , Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Adicciones (SISVEA), “Reporte”, 1997.
- SERNA, J. *et al.*, “Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989”, *Anales. Reseña de la VI Reunión de Investigación*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1991, pp. 183-187.
- SKOG, O., “Alcohol Policy: Why and Roughly How?”, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. English Supplement, 1999, vol. 16, pp. 21-34.
- SIMPURA, J. y MOSKALEWICZ, “Alcohol Policy in Transitional Russia”, *Journal of Substance Use*, 2000, vol. 5, núm. 1, pp. 39-46.
- TAPIA, R. *et al.*, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), “Informe”, 1998.
- TAYLOR, W. B., *Drinking, Homicide and Rebellion in Colonial Mexican Villages*, Stanford, Cal., Stanford University Press, 1979.
- VEGA, W. *et al.*, “Lifetime Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders among Urban and Rural Mexican Americans in California”, *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 55, pp. 771-778.
- VIESCA, C., “Bosquejo histórico de las adicciones”, en TAPIA-CONYER R., *Las adicciones; dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno, 1994, pp. 1-24.
- VILLATORO, J. *et al.*, “La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997”, *Salud Mental*, 1999, vol. 22, núm. 1, pp. 18-30.
- VIQUEIRA, J. P., *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la Ciudad de México durante el Siglo de las Luces*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- WHO, “Global Status Report on Alcohol”, Ginebra, WHO/HSC/SAB/99.11, Substance Abuse Department, Social Change and Mental Health, World Health Organization, 1999.