

**ALCOHOLISMO Y  
DROGADICCIÓN EN CHILE**

*Dr. Eduardo Medina Cárdenas (\*)*

El consumo anormal de bebidas alcohólicas ha sido considerado en los últimos decenios el primer problema de Salud Pública de Chile. Sus consecuencias directas en el individuo - principalmente en el hombre adulto, y entre grupos poblacionales de bajo nivel socioeconómico - e indirectas en sus familias y en todo el grupo social, generan una alta cantidad de efectos inconvenientes de todo tipo. Desde mediados de la década de los 60 esta situación se ha agravado: por primera vez la ingestión inmoderada crónica se ha ampliado notoriamente no sólo entre mujeres adultas, sino también en grupos de adolescentes y jóvenes de ambos sexos; en este mismo lapso se ha empezado a detectar el uso inconveniente de otros psicotrópicos - especialmente marihuana, estimulantes y solventes volátiles - tanto en grupos de adolescentes y jóvenes, como entre niños mayores.

**1. ANTECEDENTES**

**1.1. Producción de bebidas alcohólicas (Cuadro 1).**

Chile es un país productor de bebidas alcohólicas. Cada producción anual es consumida casi por completo internamente, ya que la exportación no supera el 2 0/0 del total.

En los últimos años no ha sido posible acceder a los correspondientes montos, debido a que una reestructuración interna del Servicio de Impuestos Internos del Ministerio de Hacienda terminó

con el Departamento Técnico a cargo de centralizar esta información. Indirectamente, no obstante, resulta plausible suponer que ha habido algún descenso en la producción de vinos, ya que a través de la prensa es de conocimiento público que la producción de los últimos dos años no ha sido vendida por completo; por otra parte el relativo bajo precio de venta de ellas confirma tal situación. Respecto a cerveza y licores, parecería que la situación se ha mantenido estable.

**CUADRO 1**

**CHILE: PRODUCCIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS  
(en millones de litros) (1)**

Año	Vinos y Chichas	Cerveza	Licores
1970	363.6	227.9	10.3
1972	640.2	244.9	13.4
1974	466.5	107.7	15.0
1976	514.3	104.7	20.9
1978	561.2	158.8	27.3
1980	632.2 (2)	(3)	(3)

(1) Fuente: Servicio de Impuestos Internos

(2) Cantidad estimada

(3) Cantidad no conocida

(\*) Asesor en Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile.

**1.2. Tipos de bebedores de alcohol y criterios para su claisificación (Cuadro 2).**

El interés por conocer y actuar frente a la problemática del beber inmoderado ha llevado al desarrollo de las categorías de bebedores que se expone en el Cuadro 2. En la medida que la investigación en estas materias se ha abierto al campo de la Salud Pública y su enfoque habitual - la clásica tríada agente, huésped y medioambiente - ha sido posible contar con parámetros operacionales, útiles en la descripción evolutiva de la realidad y en la realización de comparaciones entre los diversos estudios nacionales y en el ámbito latinoamericano (10).

Diferenciar entre bebedor excesivo y alcohólico es importante en una perspectiva curativa, puesto que el primero puede moderar su hábito de ingestión, en tanto que el segundo necesariamente debe lograr la abstinencia completa y definitiva. Por ejemplo, actuar sobre el excesivo justificará programas educativos orientados hacia grupos vulnerables, mientras que tratar la dependencia física de sujetos alcohólicos requerirá procedimientos de desintoxicación, terapias indivi-

duales y familiares, procedimientos aversivos, seguimiento de las recaídas, agrupaciones rehabilitadoras. etc. Desde un punto de vista de la Salud Pública, en cambio, se justifica el concepto global de bebedor anormal porque, exceptuando la dependencia física del etanol, ambos pueden hacer similares complicaciones individuales y generar los múltiples efectos inconvenientes familiares y sociales.

**1.3. Tasas de bebedores en población adulta (Cuadros 3, 4 y 5).**

Una serie de estudios epidemiológicos realizados en los últimos 30 años ha ido precisando esta realidad (5, 7, 9, 11, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 29, 32, 33). Ellos han sido efectuados entre diversos grupos a lo largo del país utilizando por lo general metodologías similares, lo que obviamente facilita las comparaciones y permite precisar tendencias. En Chile son bebedores anormales el 15 0/o de la población adulta, lo que representa una cantidad aproximada de 1.170.000 personas. Entre ellas son excesivos 780.000 y alcohólicos 390.000 (\*). (Cuadro 3).

(\*) Datos calculados a partir del Censo de Población de 1982.

**CUADRO 2  
TIPOS DE BEBEDORES DE ALCOHOL Y CRITERIOS PARA SU CLASIFICACION (\*)**

TIPO DE BEBEDOR	CANTIDAD	FRECUENCIA	FACTOR INDUCTOR	CONDUCTA
Abstemio	No consume alcohol o lo hace en forma excepcional - hasta cinco veces en el año - sin embriaguez			Rechaza el alcohol.
Moderado	Hasta 100 cc. de etanol (**) en el día	Hasta una embriaguez al mes o 12 en el año.	Motivación socio-cultural	Ingiere por influencia del grupo
Excesivo	Más de 100 cc. de etanol (**) en el día	Más de una embriaguez al mes o más de 12 al año	Motivación sociocultural y/o psicopatológica.	Busca activamente la ingestión.
Alcohólico	Variable, parecido al excesivo	Embriagueces variables.	Motivación sociocultural psicopatológica y dependencia física.	Esta dominado por el alcohol. No puede evitar el consumirlo.

(\*) Adaptado de Dobert, M.T.; Gómez, B. y Medina, E. (4).

(\*\*) 100 cc. de etanol - 1 litro de vino, o 2 litros de cerveza, o 1/4 de litro de bebida destilada.

CUADRO 3

CHILE: TASAS DE BEBEDORES (0/0)  
(población adulta: 15 y más años) (\*)

Abstemios	30 0/0
Moderados	55 0/0
Excesivos	10 0/0 ( 5)
Alcohólicos	5 0/0 ( 3)

(\*) Tendencias según diversos estudios nacionales.

Los mismos estudios han detectado alguna relación con diferentes variables, entre las que destacan el **sexo** de los bebedores y su **nivel socioeconómico**. Así, el beber anormal se asocia directamente con el sexo masculino (Cuadro 4) e inversamente con el nivel socioeconómico (Cuadro 5). Otras variables concurrentes son la **edad** - el beber anormal se presenta en el adulto joven y de edad media -, el **nivel educacional** - inversamente proporcional y las **creencias religiosas** - la abstinencia como exigencia moral de ciertas confesiones protestantes -.

Algunas aproximaciones socioantropológicas en esta materia han descrito la existencia de una verdadera **subcultura de ingestión excesiva** en el país (4). Se manifiesta en la presencia de numerosas actitudes, valores y conductas que condicionan que una parte importante de la población - especialmente estratos populares urbanos y rurales - acostumbre beber en forma intemperante como una situación normal.

CUADRO 4

CHILE: TASAS DE BEBEDORES ANORMALES (0/0)  
SEGUN SEXO (\*)  
(rango de dispersión)

	H	M
Excesivos	10 - 25	0 - 3.0
Alcohólicos	4 - 20	0 - 3.0
Total	15 - 35	0 - 4.0

(\*) Tendencias según diversos estudios nacionales.

CUADRO 5

CHILE: TASAS DE BEBEDORES ANORMALES (0/0)  
SEGUN NIVEL SOCIOECONOMICO (\*)  
(población adulta 15 y más años)

	Alto - Medio	Bajo	Marginal
Excesivos	5.0	8.0	13.0
Alcohólicos	2.0	5.0	8.0
Total	7.0	13.0	21.0

(\*) Tendencias según diversos estudios nacionales.

Aunque habitualmente se tiende a considerar al beber anormal como un fenómeno de la población adulta, hay evidencia respecto a que ciertos grupos infantiles también corresponden a esta clasificación (30, 31). En efecto, una proporción importante de los hombres de familias participantes de la subcultura de ingestión excesiva parecería socializarse desde muy pequeños en los pautas adultas de ingestión que manifiestan sus padres o adultos hombres significativos.

#### 1.4. Algunos efectos del consumo anormal (Cuadros 6, 7 y 8).

El consumo efectivo de bebidas alcohólicas no es fácil de estimar. En primer lugar, se calcula a partir del registro oficial de producción, asumiendo que prácticamente todo se ingiere como tal y dentro de cada período medido. En segundo, no considera la producción clandestina, la que probablemente sea importante en algunas regiones del territorio nacional. Por último, no incluye la importación, que en los últimos años alcanzó gran importancia en el país (\*). Así, la estimación del consumo para el decenio 70-80, que incluye el Cuadro 6, sería la mínima existente pero, plausiblemente, si se la aumentara en un 10-20 0/0 estaría más de acuerdo con lo real. No obstante, en los últimos años (1981-1982) seguramente ha descendido en relación a la menor capacidad económica de la población, como

(\*) El Banco Central informó que para los años 1979-1981 se habían importado alrededor de US\$ 50.000.000 sólo por concepto de wisky escocés.

consecuencia de la recesión interna e internacional. A su vez, la mortalidad por cirrosis hepática -siguiendo lo habitual en este tipo de mediciones- está relacionada directamente con la cuantía del consumo durante el mismo decenio.

**CUADRO 6**

**CHILE: CONSUMO DE ETANOL PER CAPITA EN POBLACION ADULTA (15 años y más) Y MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA (1)**

Año	Consumo (2) (lts. etanol 100 0/o)	Mortalidad por cirrosis hepática (Tasas x 100 mil hab.s.)
1970	10.2	30.8
1972	15.0	48.7
1974	9.9	27.0
1976	10.7	26.8
1978	11.0	35.0
1980	12.0 (3)	29.6

(1) Fuentes: Servicio de Impuestos Internos  
Instituto Nacional de Estadísticas  
Ministerio de Salud

(2) Se refiere a la producción nacional de bebidas alcohólicas. No considera el consumo de importación.

(3) Cifras estimativas.

**CUADRO 7**

**CHILE: MORTALIDAD ASOCIADA A LA INGESTION INMODERADA DE ALCOHOL - AÑO 1981**

Homicidios	56.3 0/o (1)
Suicidios	39.5 0/o (1)
Accidentes del Tránsito	36.1 0/o (1)
Cirrosis hepática	29.05 x 100 mil hab.s. (2)

(1) Servicio Médico Legal "Anuario Estadístico 1981"

(2) Ministerio de Salud "Anuario 1981. Defunciones y causas de muerte".

El registro de muertes por accidentes y otras violencias, por otra parte, detecta una vez más, en 1981, una significativa asociación con el consumo anormal; en muchas de ellas fue establecida la existencia de cifras elevadas de alcoholemia (Cuadro 7).

**CUADRO 8**

**ESTIMACION DE ALGUNOS COMPONENTES DEL COSTO ECONOMICO DEL ALCOHOLISMO Y EL ABUSO DE ALCOHOL - CHILE - 1978**  
(Millones de dólares de 1970) (\*)

<b>Pérdidas de Producción</b>	
- Muerte prematura	US\$ 243,5
- Menor productividad	US\$ 371,0
- Accidentes y violencias	US\$ 15,4
<b>Reasignación de Recursos</b>	
- Gastos en Salud	US\$ 2,7
<b>TOTAL</b>	<b>US\$ 632,6</b>

El costo económico anual del alcoholismo y del abuso del alcohol es otra faceta importante de destacar (Cuadro 8). En la investigación realizada en 1978 -sobre datos y valores correspondientes a 1970- fueron considerados una serie de efectos en cuanto a pérdida de producción y reasignación de recursos, pero se omitieron rubros tan importantes como destrucción de activos (por ej.: vehículos motorizados), los costos para el sistema judicial y la policía en relación al beber anormal, los costos de los recursos orientados a investigar y programar en estas materias, etc.; más aún, en los gastos en salud sólo se tomó en cuenta la mortalidad por cirrosis hepática de ese año, desestimándose toda una variada gama de morbimortalidad derivada de la ingestión inmoderada. Desde marzo de este año se está realizando una actualización y ampliación de esta importante perspectiva, con información referida a 1981, pudiendo por ahora anticiparse que el costo anual probablemente alcanzará por lo menos al doble de la cantidad anterior (\*).

**1.5. Consumo de bebidas alcohólicas y otros psicotrópicos por niños y adolescentes (Cuadros 9 y 10).**

Parece ser costumbre en numerosos países occidentales separar el consumo de bebidas

(\*) López, A. Comunicación personal (septiembre de 1983).

alcohólicas del uso de otras sustancias psicotrópicas, no obstante tantos efectos fisiológicos y psicológicos comunes. Este criterio dual, manifestado institucionalmente tanto en la legislación como en los programas sanitarios preventivos, probablemente sólo expresa importantes factores socioculturales subyacentes: la antigüedad del consumo de las primeras condiciona su integración funcional entre todos los miembros de los grupos sociales donde son utilizadas, constituyendo éllas algunos de tantos artefactos culturales existentes; lo nuevo del consumo de estas otras, su utilización mayoritaria por sujetos jóvenes todavía en situación dependiente respecto de sus adultos próximos, y su frecuente interferencia con los rendimientos sociales prescritos, no sólo imposibilitan tal integración funcional sino también explican la actitud indiscriminadamente restrictiva y/o represiva de la mayoría de las autoridades.

Además de las bebidas alcohólicas, otras sustancias psicotrópicas utilizadas son la marihuana, los estimulantes no prescritos medicamento, y los solventes volátiles. Aunque existe algún uso inconveniente de opiáceos, su baja prevalencia no justifica por ahora acciones sanitarias preventivas abarcativas. Respecto a la cocaína, por otra parte,

el consumo es escaso, siendo Chile más bien un sitio de tráfico y, por ello, demandando sólo acciones policiales. El Cuadro 9 resume sus principales características, detectadas en varias investigaciones (1, 2, 3, 3, 6, 7, 8, 19, 22, 28, 35).

El enfoque preventivo conjunto de las bebidas alcohólicas y de estos otros psicotrópicos deriva de que su uso con frecuencia es común y en las mismas circunstancias, dentro de grupos de características sociológicas similares (por ej.: edad, nivel socioeconómico, ubicación de sus viviendas, etc.), con importantes factores dinámicos relacionados con la inestabilidad familiar y/o la desestructuración socioambiental, y con significados individuales más propios de las conductas inconvenientes o desadaptadas que de manifestaciones de condiciones morbosos psiquiátricas. Conviene también resaltar que el alcohol es el psicotrópico más frecuentemente usado, en comparación con las demás sustancias pesquisadas. El cuadro 10, a partir de tales investigaciones, intenta precisar algunos parámetros operacionales al respecto: lo reducido y reciente de tales estudios justifica que se los ofrezca a título preliminar, con la intención que sean más bien motivo de revisión crítica, y no como categorías analíticas ya configuradas.

CUADRO 9

SUSTANCIAS PSICOTROPICAS MAS USADAS POR NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE  
(Algunas características sociológicas) (\*)

TIPO	CARACTERISTICAS	NIVEL ETARIO	NIVEL SOCIOECONOMICO	OTROS
Bebidas alcohólicas (solas o combinadas)		Adolescentes (12 - 21 años)	Alto, medio, bajo y marginal	Fácil accesibilidad
Marihuana (plantaciones de cáñamo)		Id.	Id.	Tráfico y uso ilegal
Estimulantes (diversos medicamentos)		Id.	Id.	Uso no médico ilegal
Solventes volátiles (diversos productos industriales)		Niños y adolescentes iniciales (8 - 15 años)	Bajo y marginal	Fácil accesibilidad en el comercio

(\*) Tendencias según diversos estudios nacionales

CUADRO 10

SITUACION DE RIESGO Y PROBABLE CUANTIA DEL CONSUMO INCONVENIENTE DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS EN CHILE (\*)

TIPO	CARACTERISTICAS	SITUACION DE RIESGO (médico-social)	CUANTIA	FACTORES SOCIOLOGICOS ASOCIADOS
Bebidas alcohólicas		Uso excesivo (una o más embraiguez/mes)	10 - 50 0/o	Menor nivel socioeconómico, sexo masculino.
Marihuana		Uso habitual (una o más oportunidades de consumo/mes).	Poco conocida (tal vez menos de 5 0/o)	Poco conocidos
Estimulantes		Cualquier uso	Id. (tal vez entre 3-5 0/o)	Poco conocidos
Solventes volátiles		Id.	Id. (tal vez entre 3-8 0/o)	Marginalidad. Desorganización familiar.

(\*) Tendencias según diversos estudios nacionales.

2. BASES PROGRAMATICAS.

Aunque los intentos programáticos para prevenir y tratar el alcoholismo y el beber excesivo también son antiguos en el país, no es fácil pronunciarse sobre la eficacia de acciones que buscan efectos en el largo plazo y cuya realización requiere en muchos aspectos del concurso de otros sectores del Estado, además de Salud, y de la participación de diversas organizaciones comunitarias. Respecto a enfrentar el alcoholismo y la drogadicción en el adolescente la situación es todavía más incierta, puesto que no existe consenso respecto a sus factores causales dinámicos ni sobre las estrategias a seguir ni siquiera dentro de los mismos equipos sanitarios.

A continuación se expondrá brevemente las actuales bases programáticas de ambos tipos de problemas de salud (12, 13, 15, 22). Ellas siguen el modelo analítico usual de la Salud Pública, con sus tres áreas de prevención primaria, secundaria y terciaria, y también la estrategia de ordenamiento de los recursos del sector salud según las variables complejidad técnica/cobertura poblacional de las acciones, en niveles primario, secundario y terciario de atención.

2.1. Bases para la prevención del alcoholismo y del beber excesivo.

En los años 1979-1980 fueron definidas en el Nivel Central de Salud una serie de áreas-problema en relación al beber anormal, con sus correspondientes objetivos y estrategias para enfrentarlas, la mayoría de las cuales continúan siendo válidas hoy en cuanto a orientar las acciones al respecto. Las más importantes áreas-problema son las siguientes:

- Alta prevalencia de bebedores anormales entre la población adulta.
- Aumento del beber inmoderado entre niños y adolescentes, y entre población femenina adulta.
- Insuficiente conocimiento de la realidad socio-cultural respecto a la ingestión, en particular la denominada subcultura de ingestión excesiva.
- Insuficiente conocimiento del costo económico del beber anormal.
- Insuficiente capacidad de acción sobre las condiciones favorecedoras de la ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas.
- Insuficiencia de infraestructura y recursos locales para diagnosticar y tratar precozmen-

te al alcohólico y al bebedor excesivo con complicaciones.

- Escasas acciones de rehabilitación.
- Falta de coordinación intersectorial.
- Escasez de recursos humanos.

Los objetivos y estrategias en concordancia con estas áreas-problema han sido también variados en estos años, entre los cuales interesa destacar ahora los que se mencionan a continuación:

- Actualización y ampliación del conocimiento epidemiológico y sociocultural sobre la ingestión de bebidas alcohólicas de grupos poblacionales de características variadas (por ej.: edad, sexo, nivel socioeconómico, costumbres de ingestión, procedencia urbana o rural, etc.).
- Actualización del costo económico del beber inmoderado.
- El Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la Comunidad Escolar. Inicialmente actividad intersectorial mixta Educación-Salud, actualmente se está consolidando su extensión a toda la enseñanza básica fiscal nacional y avanzándola en la enseñanza media.
- Reforzamiento de la atención del alcohólico y de las complicaciones del beber excesivo por parte de los equipos generales (nivel primario asistencial) dentro de las actividades del Programa de Salud del Adulto y Senescente (23).
- Estímulo a las acciones de las organizaciones rehabilitadoras de alcohólicos. En el país existe desde antiguo la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH), con cerca de 200 clubes afiliados a lo largo del territorio nacional, los cuales son asesorados técnicamente por profesionales de los establecimientos locales de salud vecinos. Son de reciente surgimiento varios grupos de Alcohólicos Anónimos.
- Aunque existe acciones conjuntas habituales entre Educación y Salud respecto a prevención primaria, todavía no ha sido posible la creación de una instancia intersectorial amplia dedicada a coordinar en materias de alcohol y alcoholismo, que reuna no sólo a los

sectores sociales del Estado, sino también a los tecnoeconómicos, a los grupos de productores, etc.

- El Programa de Capacitación en Psiquiatría Básica para el Médico General, que pretende extenderse a todo el equipo de salud del nivel primario, quiere aumentar la cantidad y calidad de los recursos asistenciales básicos de salud, entre ellos sobre el beber anormal. Otra serie de capacitaciones técnicas en temas de alcohol y alcoholismo que han ido recibiendo diversos educadores en el ámbito nacional busca mejorar su participación en el Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la Comunidad Escolar.

## 2.2. Bases para la prevención del alcoholismo y la drogadicción en el adolescente.

Retomando lo esbozado en los antecedentes, los enfoques preventivos en estas materias pueden agruparse en dos: uno, que considera al beber inmoderado y el uso de otros psicotrópicos como conductas desadaptadas, producto de la desorganización familiar y/o la desestructuración socioambiental; y otro, que interpreta tales manifestaciones como signos y síntomas de procesos mórbidos propios del campo psiquiátrico o del de la salud mental. Las estrategias preventivas obviamente derivarán de los correspondientes marcos analíticos de referencia, orientándose hacia la realización de actividades familiares y/o de desarrollo social que permitan la manifestación de conductas adaptadas alternativas, o hacia la atención profesional sanitaria curativa y rehabilitadora de los usuarios de cualquiera de estas sustancias, respectivamente. En consecuencia, el primero impulsará las actividades intersectoriales y con la comunidad organizada, en tanto que el segundo propiciará el aumento de los recursos profesionales especializados en los servicios asistenciales.

Aunque el diseño programático del Ministerio de Salud destaca el primer enfoque, tampoco desconoce la validez del segundo en relación a una minoría de la población de este nivel etario. Así, en la práctica, ambos enfoques deberán ser complementarios.

Una actividad piloto intersectorial entre Justicia y Salud, recién finalizada luego de 3 años de extensión, definió otra serie de áreas-problema en relación al beber inmoderado y la drogadicción en el adolescente, con sus correspondientes objetivos y estrategias para enfrentarlas (13). No obstante su valor preliminar, es de interés exponer algunas de tales áreas-problema:

- Relación entre el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas y el abuso de los otros psicotrópicos, con diversas variables socio-económicas y culturales. Cabe destacar entre tales variables la pertenencia a sectores sociales marginales o en situación de extrema pobreza y el alto riesgo hacia asumir roles desadaptativos (por ej.: pandillaje, delincuencia, etc.).
- Insuficiente conocimiento de la cuantía del uso de estas sustancias.
- Asociación con inestabilidad del núcleo familiar y con el deterioro de las condiciones generales de vida de la comunidad.
- Existencia de reducidos recursos preventivos, la mayoría de ellos con escasa o nula interacción.
- Insuficiencia de los recursos técnicos curativos para tratar las complicaciones del abuso de estas sustancias y/o las patologías psiquiátricas subyacentes, causantes del abuso o que fueran desencadenadas por tal consumo.
- Escasa participación de otros sectores estatales y de organizaciones comunitarias en las acciones de prevención, curación y rehabilitación de estos adolescentes.
- Carencia de una instancia superior coordinadora y de una política nacional definida de acción.

Los objetivos y estrategias propuestos concuerdan con estas formulaciones. En lo más general, se orientan hacia acciones intersectoriales e intracomunitarias, mediante la coordinación de criterios y recursos de servicios públicos, organizaciones de base comunitaria, grupos privados, voluntariado, etc., en torno a la línea de gobierno interior local o municipal. Entre estas proposiciones es importante destacar algunas:

- Extensión del Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la Comunidad Escolar

a la enseñanza media fiscal nacional.

- Información teórica educativa para uso de organizaciones comunitarias y/o grupos de riesgo. Capacitación de monitores en prevención, para estos mismos contextos.
- Proponer a la autoridad competente la dictación de medidas que tiendan a que el adolescente marginal pueda asumir roles normales para su edad.
- Realizar mayores estudios sobre características y cuantía de la problemática del beber inmoderado y la drogadicción adolescentes.
- Reforzar la estabilidad familiar.
- Organizar a la comunidad para el mejoramiento del medio-ambiente inmediato.
- Estimular las acciones de otros sectores del estado y de las organizaciones comunitarias en la prevención del beber inmoderado y la drogadicción adolescentes.
- Capacitar a los equipos generales de salud en estas materias.

Lo reciente de estas actividades explica que muchos de los objetivos y estrategias se encuentren en etapas iniciales de desarrollo o de consolidación. Más aún, probablemente varios de ellos deberán ser modificados sustancialmente en el futuro. No obstante su valor relativo y escasa solidez, resulta plausible su formulación si se tiene presente que constituyen la búsqueda de pautas de acciones eficaces a partir de la constatación de la multifactorialidad de estos problemas y la mínima o nula eficacia de los enfoques sanitarios curativos aislados.

### **3. CONSIDERACIONES FINALES**

La revisión de estos antecedentes y bases programáticas acerca del alcoholismo y la drogadicción en Chile sugiere algunas consideraciones finales.

- 3.1. Necesidad de uniformar parámetros operacionales descriptivos y clasificatorios sobre el uso y abuso del alcohol y de otros psicotrópicos.** Ellos serían de utilidad en la realización de estudios epidemiológicos, en la medición de los efectos del consumo de estas sustancias, en el seguimiento de la evolución



de estos problemas y en la comparación de los resultados.

**3.2. Conveniencia de ampliar el clásico enfoque de la Salud Pública en estas materias.** La naturaleza propia de estos problemas supera su tratamiento análogo al de una enfermedad transmisible común, debido a la compleja multicausalidad de ellos, por lo que el enfoque técnico sanitario - la prevención a cargo de los recursos propios del sector salud - debe expandirse al enfoque político - la prevención mediante el consenso de los intereses de diversos sectores, tanto estatales como privados, y de la comunidad organizada -. El concurso de las ciencias sociales puede ser valioso no sólo en esta ampliación, sino también en acrecentar la eficiencia y eficacia de todos los recursos comprometidos y de los programas emprendidos.

**3.3. Importancia de una instancia centralizadora y difusora de información en el ámbito americano.** Aunque existen medios de difusión y oportunidades para intercambiar experiencia, por lo general su alcance es restringido, su interés es más académico y las motivaciones de los informes por lo general son individuales o grupales. Este tipo de situaciones hace sentir la necesidad de contar con algún mecanismo sistemáticamente más abarcativo. Además de los informes sobre estudios epidemiológicos y socioantropológicos, son muy necesarias las evaluaciones no sólo respecto a estrategias en el nivel primario asistencial, sino también en relación a acciones intersectoriales e intracomunitarias.

## RESUMEN

A través de una extensa revisión de la información disponible para el país sobre alcoholismo y drogadicción, el autor propone una modificación de los guarismos usuales: mientras el 5 0/o de adictos al etanol se mantiene, la cantidad promedio de bebedores excesivos se reduce a un 10 0/o. Por otra parte, este trabajo contiene algunas consideraciones cuali y cuantitativas sobre el consumo de

bebidas alcohólicas y otros psicofármacos por la población adolescente.

## SUMMARY

By means of an extensive revision of the available information for our country on alcoholism and drug addiction, the author proposes a modification of customary digits: while 5 0/o of adepts to etanol remain constant, the mean of great drinkers decreases to 10 per cent.

On the other hand, this paper includes some qualitative and quantitative considerations on the consumption of alcoholic beverages and other psycho-pharmaceutic products by the adolescent population.

## RESUME

Après une révision assez étendue des données épidémiologiques disponibles pour le pays sur l'alcoolisme et la drogue-addiction, l'auteur propose une modification des chiffres habituels: tandis que le 5 0/o d'adeptes à l'éthanol se maintient, la moyenne de buveurs excessifs se réduit a un 10 0/o.

Ce travail contient en plus quelques considérations quali et quantitatives sur la consommation de boissons alcoolisées et d'autres produits psycho-pharmaceutiques par la population d'adolescents.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Aguilera, A y otros. "Drogadicción: un diagnóstico para la acción". Seminario para optar al título de Asistente Social (2 tomos). Universidad de Chile, Depto. de Ciencias Sociales, Carrera de Servicio Social, Antofagasta, 1979.
2. Asún, D. "Comunicación personal", junio 1981.
3. Avendaño, A; Valenzuela, C. y Almonts, C. "Características de algunas conductas en 801 escolares adolescentes", Area Norte de Santiago, Noviembre 1976". *Pediatría (Santiago)* 20:51-59, 1979.
4. Dobert, M.T.; Gómez, B. y Medina, E. "Alcohol y Alcoholismo". Edit. GALDOC, Santiago de Chile, 1979.
5. Figueroa, J. y cols. "Prevalencia de alcoholismo y algunos factores condicionantes en la ciudad de Valdivia". II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo, Santiago de Chile, noviembre de 1981.
6. Florenzano, R. y cols. "Prevalencia y características del uso de sustancias químicas entre estudiantes de enseñanza media en Santiago de Chile", 1980. A mimeógrafo.

7. Godoy, C.; Montenegro, H. y Ugarte, G. "Prevalencia del hábito de ingesta alcohólica en escuelas básicas del Area Central de Santiago", *Rev. Médica de Chile*, Año (Vol.) 105, N° 8:548-552, agosto 1977.
8. Gomberoff, M; Thomas, J. y Florenzano, R. "Uso de marihuana en adolescentes", *Rev. Médica de Chile*, Año (Vol.) 99, N° 1: 75-80, enero 1971.
9. Horwitz, J. y cols. "Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile". *Rev. del Servicio Nacional de Salud*. Vol. III, N° 3-4, diciembre de 1958.
10. Horwitz, J.; Marconi, J. y Adiz Castro, G. "Epidemiología de alcoholismo en América Latina", *Acta*, Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires, 1967 (varios autores).
11. Marconi, J.; Varela, A.; Rosenblat, E.; Solari, G.; Marchesse, I.; Alvarado, R. y Enríquez, V. "A Survey of the Prevalence of Alcoholism among the Adult Population of a Suburb of Santiago", *Quart. J. Stud Alcohol*, 1955, 16, 438.
12. Medina, E. "Bases para un nuevo plan sobre alcoholismo en el Sector Salud". *Cuad. Médico-Sociales* 21, 1: 84-89, Santiago de Chile, marzo de 1980.
13. Medina, E. "Bases para la prevención del beber inmoderado y de la drogadicción en el adolescente". III Jornadas sobre Nivel Primario de Atención en Salud Mental, Valparaíso, Chile, abril 1982.
14. Medina, E. "Epidemiología del Alcohol y Drogas". Symposium Internacional de Alcoholismo - AIEPA, Santiago, octubre 1982.
15. Medina, E. "Políticas de alcoholismo del Ministerio de Salud de Chile". II Congreso Iberoamericano de Alcohol y Alcoholismo, Santiago de Chile, noviembre de 1982.
16. Medina, E. "Salud Mental en Chile: estado actual y perspectivas". *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* (1983) 21: 77-90.
17. Medina, E. "Atención Primaria en Salud Mental", XXXV Jornadas Clínicas de Verano y I Jornada de Atención Primaria, de la Fundación Lucas Sierra, Viña del Mar, enero de 1983.
18. Medina, E. y Marconi, J. "Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural de Cautín". *Acta Psiquiátr. Psicológ. Amér. Lat.*, 1970, 16, 273.
19. Medina, E. y Dobert, M.T. "Aprendamos sobre Drogas", Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1980.
20. Medina, E.; Giacconi, J.; Luengo, B.; Dobert, M.T.; Cifuentes, A.; Figueroa, J.A. y Rojas, S. "Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en Talca", *Cuad. Médico-Sociales*, Vol. XXI, N° 1: 26-40, Santiago de Chile, marzo de 1980.
21. Medina, E. y Dobert, M.T. "Chile: Programa de Prevención Primaria del Alcoholismo en la Comunidad Escolar", *Bol. Of Sanitaria Panamericana* 90 (2): 95-104, 1981.
22. Ministerio de Salud - Organización Panamericana de la Salud. "Jornadas Nacionales sobre Nivel Primario de Atención en Salud Mental", Santiago, noviembre de 1979 (varios autores).  
"II Jornadas Nacionales sobre Nivel Primario de Atención en Salud Mental", Santiago, diciembre de 1980. (Varios autores).  
"III Jornadas Nacionales sobre Nivel Primario de Atención en Salud Mental", Valparaíso, abril de 1982 (varios autores).
23. Ministerio de Salud. "Programa de Salud del Adulto y Senescente", 1982.
24. Moya, L.; Marconi, J.; Horwitz, J.; Muñoz, L.; Bahamonde, A y Saint Jean, H. "Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el Area Norte de Santiago de Chile", *Acta Psiquiátr. Psicol. Amér. Lat.*, 1969, 16, 137.
25. Muñoz, L.C., citado por el autor en "Introducción a la Higiene Mental", Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1982.
26. Ortíz, G.; Madariaga, M.E.; Rosales, H. y García, J. "Hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. I. Región de Coquimbo-Chile". Ministerio de Salud, Secretaría Regional Ministerial IV Región, Universidad de la Serena, 1982.
27. Pallavicini, J.; Legarreta, A. y cols. "Estudio comparativo sobre alcoholismo y otros hábitos de beber: Santiago, 1958 y 1982". *Rev. Psiquiatría Clínica*, 20: 48-66, Santiago de Chile, 1983.
28. Repetto, A.; Llanos, R. Guglielmetti, C. "Prevalencia de ingesta anormal de bebidas alcohólicas en alumnos de enseñanza media de la Comuna de La Reina", *Cuad. Médico-Sociales*, 24, 2: 84-90, 1983.
29. Ruff, F.; Montecinos, G.; Jaramillo, M.; Romo, V.; Herrera, M. y Palacios, H. "Prevalencia de desórdenes mentales en Chile". *Acta Psiquiátr. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 13, 59.
30. Sarué, E. y Medina, E. "Hábito inmoderado de ingestión de alcohol y contexto sociocultural". II Congreso Iberoamericano, Santiago de Chile, noviembre de 1981.
31. Stegen, G. "Consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil". *Rev. Chil. Pediatría*, 30, 53, 1959.
32. Tapia, I.; Gaete, J.; Muñoz, C.; Sescovic, I.; Miranda, I.; Minguell, J.; Pérez, G. y Orellana, G. "Patrones socioculturales de la ingestión de alcohol en Chile". *Acta Psiquiátr. Psicol. Amér. Lat.* 1966, 12, 232.
33. Tapia, I.; Gaete, J. e Ibáñez, R. "Patrones socioculturales y conducta de ingestión de alcohol en áreas rurales de la provincia de Ñuble". Seminario para optar al título de Licenciado en Sociología, Universidad de Chile - Facultad de Filosofía y Educación - Escuela de Sociología, 1969.