

Factores psicosociales en drogodependencias

Francesc Freixa
Institut Català de la Salut

Uno de los aspectos más olvidados de la problemática de las drogodependencias son los factores psicosociales que pueden condicionar, mantener y consolidar el consumo de cualquier sustancia dependiendo del entorno sociocultural al que pertenece el individuo. Después de una somera revisión conceptual, el artículo se centra en el estudio del paralelismo que puede existir en el consumo de dos drogas aparentemente tan dispares como el alcohol, depresor del S.N.C. y droga legal por excelencia, y la cocaína, estimulante e ilegal. El proceso de reconocimiento de las repercusiones negativas que sobre la Salud Pública trae el consumo de bebidas alcohólicas, ha sido largo y difícil, a pesar de que en la actualidad existe un cierto consenso entre la comunidad internacional a partir de los estudios realizados tanto prospectiva como retrospectivamente, sobre las implicaciones de este consumo a nivel biopsicosocial. La revisión histórica del consumo de coca en las zonas de la cordillera andina presenta un paralelismo en su aceptación social al del alcohol en los países vitivinícolas y las implicaciones socioeconómicas del consumo de ambas drogas siguen manifestando asombrosas coincidencias.

Palabras clave: Alcohol, coca, economía, historia, aspectos psicosociales.

Some of the most commonly overlooked aspects in drug dependence are the psychosocial factors, which can condition, keep and strengthen drug-taking depending on the individual's background. After a brief theoretical review this paper focuses on the study of the correspondence of taking two apparently unlike drugs such as alcohol, a CNS depressor and the legal drug par excellence, and cocaine, stimulative and illegal. The acknowledgement of the negative effects of alcoholic drinks on Public Health has been slow and difficult, although there is certain agreement in the international community nowadays based on prospective and retrospective studies on its biopsychosocial consequences. A historical revision of cocaine-taking in areas of the Andine System and alcohol-drinking in viticultural countries show correspondence in social acceptance and the socioeconomic involvement of both drugs show amazing coincidences.

Key words: Alcohol, Cocaine, Economy, Psychosocial factors.

El abordaje de la relación o vinculación del hombre a sustancias químicas capaces de modificar su propia manera de sentirse, vivirse y analizar la realidad, erróneamente se dice en los siglos XIX-XX «que se pierde en la lejanía de la historia y de la prehistoria», asimilando, con profundo desconocimiento de la realidad sociocultural de nuestros predecesores, a nuestro contexto *científico-técnico* y confundiendo el uso chamánico, mágico, sobrenatural, espiritual, bruñeril, etc. (Brau, 1968) de las pócimas, colutorios, vapores, friegas, ungüentos, filtros, etc., con el concepto de *droga*, muy reciente en las lenguas europeas (Comromines, 1982) (s. XV-XVI) e inexistente en las lenguas madres clásicas (griego, latín). En inglés, contrariamente a las lenguas neolatinas, aún quedan resabios de la vieja confusión, puesto que la palabra *droga* puede ser un *fármaco* de uso tecnológico estrictamente terapéutico.

La secuela de esta confusión ha sido, aún en la actualidad, valorar estrictamente los aspectos supuestamente *más* técnico-científicos (farmacólogos, médicos, etc.) o en el otro extremo realizar un ceremonial de confusión alegando *mágicas cualidades* del usuario hombre, ocultándolas en constructos teóricos psicológicos asaz complejos y ambiguos, que hacen imposible una aproximación epistemológica y en consecuencia imposibilitando todo control técnico con metodología replicable, científica (Nahas, 1988).

Ha sido característico olvidar, escotomizar o menospreciar *el medio* —en su sentido más amplio— una característica constante del análisis de la problemática de las drogodependencias.

El *medio* representa el marco estructural-referencial que hace posible la expresión de la conducta. En los inicios de la evolución del sujeto —nacimiento— los factores ambientales que posibilitarán la supervivencia serán estrictamente biológicos (oxígeno, agua, alimentos, etc.) pero prontamente sobrevivir será *adaptarse* por una parte a las disponibilidades genéticas básicas y por otra a las relaciones, contactos e interacciones con el medio, modificado por el propio hombre. Esta adaptación generará respuestas propias, biológicas (frío-calor), aprendizajes, no sólo del sistema de plasticidad adaptativa funcional —Sistema Nervioso Central (SNC)—, sino de los sistemas enzimáticos hepáticos, por ejemplo, que tienen que efectuar un proceso de maduración y aprendizaje adaptativo, también complejo (Foldes, 1978). Pero las conductas elementales de tipo adaptativo tendrán que acomodarse progresivamente a las realidades objetivas del medio, el comportamiento adaptativo final será aquél que, en último término, el medio permita y el sujeto sea capaz de articular flexiblemente mediante los complejos procesos relacionales, educativos, culturales, etc., que interactúan en el medio social, globalmente considerado (San Martín, 1982).

Toda drogodependencia precisa de un encuentro entre un sujeto y una sustancia química que tenga determinadas características en su actividad biológica (Lipton y Di Magio, 1982). Cómo, en dónde, en qué circunstancia, qué es lo que hace posible este encuentro, establecer esta relación biológica, bioquímica —con *alto riesgo* de modificar aprendizajes, conductas y comportamientos adaptativos socioculturalmente preexistentes— y cambiar la trayectoria previsible de la evolución sociocultural del sujeto, modificándola ostensiblemente, dependerá de la complejidad de las relaciones del sujeto con el medio y, no tenemos que olvidar-

lo, de lo intrincado del propio medio sociocultural y de su estructura político-económica, resultado de un nivel de interacción evolutivo colectivo.

La drogodependencia no es una cualidad comportamental exclusiva de la especie humana; la acción de las drogas toxicomanígenas sobre los neurotransmisores del SNC se da también en mamíferos y en mayor medida en antropoides. Lo que realmente es distinto es el medio que condiciona esta posibilidad de relación entre droga y SNC, tan distinto en el hombre a las condiciones de los laboratorios de bioneurofarmacología animal. El animal tiene que ser físicamente expulsado de su hábitat, modificado su medio «ecológico» e incluso violentado en sus aprendizajes adaptativos básicos para lograr estudiar los efectos de la neurotoxicidad y neuroadaptación (Edwards, Arif y Hodgson, 1982).

No existe una sustancia química capaz de condicionar un alto riesgo de conducta prioritaria de uso, que lenta o rápidamente sea dominante y en consecuencia subvalore comportamientos considerados con anterioridad más importantes, sin una acción bioquímicamente inequívoca sobre los neurotransmisores y a su vez alterando las funciones de determinadas estructuras encefálicas.

Pero siendo imprescindible en el animal —en especial antropoides superiores— y en el hombre esta acción de *neuroadaptación*, no podemos dejar de evaluar y analizar en qué condiciones el medio limita y posibilita el contacto-relación con la sustancia. Sería fácil entender este fenómeno, si los supuestos en estudios animales de «placer-recompensa» se dieran (Valdman, 1986) con exacto paralelismo en especie humana, pero se da la paradoja de que muchos aprendizajes iniciáticos de uso de una sustancia son totalmente aversivos, disuasorios y desalentadores, pero el medio sociocultural ofrece el refuerzo positivo, que momentáneamente el SNC sólo expresa como una neuropsicotoxicidad y/o toxicidad sobre otros órganos o sistemas, en especial reacciones tóxicas de respuesta neurovegetativa desagradable en extremo (también resultado de la alteración de los neurotransmisores y estructuras del Sistema Nervioso Autónomo) (Leavitt, 1974).

Drogodependencia

No existe ninguna duda de que la vinculación de uso prioritario con una sustancia que no se precisa ni para la supervivencia, ni para la reproducción de la especie, tiene connotaciones, alcance y significado radicalmente discordante con los comportamientos de «necesidad» biológica de uso del oxígeno, del agua, de los alimentos, etc. Es precisamente la conversión en imprescindible —biológica-conductualmente— la que diferencia una sustancia conceptualizada como *droga* de otra que no es capaz de originar esta modificación comportamental de necesidad reiterada de uso; sin que podamos confundir este uso necesario —con imposibilidad de abstraerse de sus efectos y uso— con la carencia de una determinada sustancia —hormona, vitamina, enzima, etc.— por cualesquiera causalidades, en general patológicas, cuya ausencia tiene que ser indefectiblemente substitui-

da, y realiza por lo tanto una función vicariante. Por ello no puede ni debe establecerse esta absurda división entre una dependencia psicológica —tradicionalmente *sine materie*— y una dependencia biológica o adicción (Goldstein, 1983). La relación es un riesgo con valores estadísticamente definidos en la experimentación y observación animal, hasta cierto punto medible como *tendencias de riesgo* valorables en especie humana; es por ello que las posibles aplicaciones prácticas de un fármaco van precedidas de los estudios farmacológicos previos correspondientes de riesgo adictivo en especie animal, por el paralelismo con el hombre como valor de riesgo. Es importante pues tener en cuenta que desde los primeros efectos sobre el SNC, la forma de vivirlos y sentirlos —vivenciarlos— y el efecto sobre la conducta, es un *continuum* hasta la evidencia de una vinculación bioquímica (Kissin y Begleiter, 1971).

Las conductas para la reiteración del uso, la continuidad espacio temporal de las sucesivas dosis, y los efectos modificadores de determinadas respuestas biológicas y comportamentales, están íntimamente relacionadas con el medio sociocultural, económico-político y estructural, que propicia la relación sujeto-substancia. E incluso la estructura de la relación puede favorecer o entorpecer el ritmo de la autoadministración y aumentar o disminuir el *riesgo* de condicionar una conducta o síndrome de drogodependencia. Sin una acción externa bioquímica básica que afecte al SNC no existirá una drogodependencia, pero según el mecanismo de la relación en el *medio*, el riesgo sincronicodiacrónico de dicha relación será muy alto o muy bajo. Así una relación conductualmente y estrictamente codificada (Benítez, 1972, 1976), que no permita usos continuados, hace muy difícil el establecimiento de una drogodependencia o toxicomanía. Como sucede aún en la actualidad con el empleo chamánico-brujeril del mescal (mescalina) o del hongo psilocibe o del yagé. También el uso litúrgico —una estructura de codificación— disminuye, retarda o impide la toxicomanía. El uso de analgésicos de opiáceos dentro de los «rituales» del quehacer médico convencional, aunque no exentos de riesgo —toxicómanos yatrógenos— no pueden aún hoy compararse con los riesgos de la «experimentación» con opiáceos fuera del marco de las estructuras del empleo médico-terapéutico (Courtwright, 1982).

Dos sustancias: bebidas alcohólicas - coca

Dos sustancias pueden servir para el análisis de esta situación compleja, por una parte el alcohol o sea realmente el uso de las bebidas alcohólicas y por otra parte toda la complejidad del uso de todos los derivados de la planta erithroxilón coca. Las semejanzas podrían centrarse en elevado número de usuarios de las bebidas alcohólicas aparentemente sin conflicto y a su vez centrándonos en Perú, Bolivia, una zona del norte de Argentina (El Puna), Ecuador y Colombia, en los cuales una importante masa de la población es usuaria de coca, practicando el «coqueo» o el «mate» de coca (infusión) (Grinspoon y Bakalar, 1976) sin que aparentemente aparezcan problemas peculiares. La historia de las bebi-

das alcohólicas, si la centramos en la evolución de las bebidas fermentadas, podría tener un cierto paralelismo con la masticación de las hojas y la infusión de la coca. Así en el Mediterráneo la evolución de la obtención de bebidas alcohólicas por fermentación de cereales (cerveza) o por la fermentación de uvas (vino) pretende tener un origen mágico religioso persistente en la cultura egipcia en la cual el vino tenía una función sagrada y la cerveza era una exclusiva de producción del faraón y a su vez una fuente de ingresos económicos por los impuestos (Fouquet, 1965), en los pueblos semíticos el vino tenía un sentido mágico que condujo a toda la estructura interpretativa del dios Dionisio (Jeanmarie, 1951) que persistió en el imperio romano con el dios Baccus y que en relación a la cerveza se focalizaba en la diosa Ceres. La cultura semítica en relación con las bebidas fermentadas originó a su vez la adopción cristiana del vino y del pan derivado —de cereales— como símbolo litúrgico, en su momento los mahometanos tomarían el vino como símbolo negativo y prohibido de sus estructuras religiosas (Fouquet y Borde, 1986). Así como la masticación de las hojas de coca existente en el periodo prehistórico en la Amazonia y después extendiéndose en las zonas secas y húmedas de Suramérica y hasta América central según los datos de las investigaciones prehistóricas (Pérez Barradas, 1957) de Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia, México, Nicaragua, Guatemala, etc., sufrió después un proceso semejante a la vid mediterránea, así como los romanos extendieron con su imperio el cultivo de la vid y del olivo, símbolo de su poder (Dion, 1977) el imperio Inca (Granier-Doyeux y González-Carrero, 1979) sacralizó el consumo de las hojas de coca y redujo su cultivo a los huertos sagrados de los templos introduciendo la masticación ritual (nobles-curacas, correos reales, guerreros antes de la batalla, sacerdotes, familia del Inca...) de tal forma que en el momento de la conquista el concilio de Lima 1567/1569 declara a la coca, por otra parte inútilmente puesto que ya era una mercancía: «cosa inútil, pernicioso que conduce a la superstición por ser talismán del diablo» (Freixa, Masferrer y Sala, 1986).

El uso ritual de las hojas de coca en el momento del Descubrimiento contrastará posteriormente con la extensión del cultivo puesto que Garcilaso de la Vega en *Comentarios reales* (1539/1616) dice: *gran parte de las entradas* (quiere decir económicas) *de los obispos y de los cánones de las Catedrales del Cuzco, lo constituye el diezmo sobre las hojas de coca.*

Por otra parte tenemos que recordar que el poeta y médico inglés Cowley en 1662 hacía dialogar a Varicocha (una de las divinidades propiciadora de la coca), Bacchus (dios de la embriaguez y del vino) y Ceres (diosa de los cereales y por lo tanto de la cerveza), en sus poesías sobre las supuestas virtudes de las hojas de coca (Grinspoon y Bakalar, 1976).

Existe aún en la actualidad un uso normativo, evidentemente con conflicto, de la masticación de las hojas de coca, paralelo en nuestros medios a un uso normativo de las bebidas alcohólicas a pesar de las evidencias epidemiológicas de su afectación sobre la conducta, sea por intoxicación (accidentes de tráfico en jóvenes (Walsh y Grant, 1985)) sea por uso frecuente y continuado, enfermedad alcohólica primaria o síndrome de dependencia alcohólica (Gasull, *et al.*, 1980) y sus consecuencias de carácter crónico (cirrosis, encefalopatía, pancreopatía, polineuritis...). Además, y a pesar de su normalidad de uso, desde la anti-

güedad clásica se sospechaba que el vino podría producir deformaciones y anomalías embriopáticas en el recién nacido (Cahuana, Clarren *et al.*, 1985), aunque la tradición histórico-médica auspició en un primer momento las bebidas destiladas como elixires o pócimas que podían remedar el «elixir de la eterna juventud» o retrasar determinados achaques de la vejez. Precisamente en este sentido, al introducirse la técnica de la destilación en Europa (1200 dC), en el punto de la misma donde existía una convivencia sociocultural con la cultura árabe, la Península Ibérica, se llamará *aquevítæ*, es decir agua de la vida, a los primeros productos que buscan obtener por destilación «el espíritu del vino». La tradición evidentemente errónea sanitariamente, no tan sólo promocionó los destilados como *fármacos* en el sentido griego, sino que además continuó una larga tradición que ha llegado hasta nosotros, la de considerar a los vinos como posibles agentes de salubridad (Lieber, 1982).

En todo el complejo conjunto del uso de las bebidas alcohólicas existe y ha existido la evidencia, desde que fueron desacralizadas, de un posible riesgo, no sólo por la embriaguez, sino por otros efectos sobre la salud. La tradición de la violencia de Alejandro Magno o de algunos emperadores romanos, recogida en los clásicos griegos y latinos es un buen ejemplo de este aserto. De todas maneras, como en la mayoría de drogas, las bebidas alcohólicas entrarán en esta consideración sociocultural y técnico-epidemiológica en el momento de eclosión de la industrialización europea. Y la primera gran descripción de la sociopatología alcohólica se encuentra en los registros de las comisiones británicas de estudio de la condición obrera entre los siglos XVIII y XIX y los grabados de Hogard son extraordinariamente aleccionadores en este tema (Font-Quer, 1976).

Salud Pública y Bebidas Alcohólicas

Aceptar que las bebidas alcohólicas pueden ser un riesgo para la salud ha sido en nuestra sociocultura un fenómeno psicossocialmente matizado. En un primer embite se tendió a considerar que el uso «moderado» podría incluso ser beneficioso para la salud y que sólo llegaban a enfermar los usuarios «abusivos». La gran dificultad surgió en delimitar para cada persona y cada situación qué era lo abusivo. Evidentemente los estudios sobre consumo y patología orgánica asociada determinaron que el consumo de riesgo evidente que permitía la atribución de riesgo sobre la salud física se movía en una cantidad equivalente a 70/80 gramos de alcohol puro/día pero pronto se detectó que si bien esto era cierto y que las patologías alcohólicas mayoritariamente, tanto las de dependencia-adicción como las asociadas a la salud física, se daban en personas que ingerían cantidades que superaban con creces las indicadas con anterioridad, también era evidente que en algunos casos la vinculación comportamental patológica se presentaba incluso con cantidades menores a las indicadas como límite, en especial cuando con anterioridad se habían consumido cantidades importantes (Moser, 1985). En resumen, la investigación y la observación clínica fueron delimitando el campo de

las enfermedades y conductas asociadas al consumo de alcohol con la conceptualización del alcoholismo. En la actualidad se tiende a considerar que el alcoholismo es la expresión genérica de los efectos adversos del uso de las bebidas alcohólicas, que la enfermedad alcohólica primaria o síndrome de dependencia al alcohol es el núcleo de la conducta prioritaria de uso de las bebidas alcohólicas que se transforma en dominante frente a otras conductas anteriormente consideradas como más positivas, aceptables o deseables por el propio sujeto, y que estadísticamente los trastornos físicos van asociados significativamente a la dependencia alcohólica pero no necesariamente. Estudios estadísticos recientes están indicando, como en el caso del tabaco, que el simple uso puede ser una variable de afectación de la salud importante.

Todas estas consideraciones además están muy marcadas por la realidad de la experiencia clínica psicológica y médica en el sentido del abordaje y tratamiento de la enfermedad alcohólica primaria o síndrome de dependencia al alcohol. En esta vertiente la discusión sobre si la drogodependencia alcohólica es un síntoma o una enfermedad tiene una gran importancia. Para intentar resolver esta cuestión hay que recordar desgraciadamente que tanto los hábitos de la psicología clínica como los de la clínica médica o psiquiátrica infieren los supuestos de causalidad de los estudios retrospectivos y, en consecuencia, en un trastorno en el que su característica fundamental en el proceso de enfermar es la *neuroadaptación* del SNC, es muy difícil discriminar una vez establecido el caso, qué manifestaciones son atribuibles a los supuestos de causalidad o son artefactos de los complejos procesos de la *neuroadaptación*. Los estudios *prospectivos* son en este sentido del máximo interés (Vaillant, 1983) y en el caso de los problemas con el alcohol existen ya suficientes datos aunque momentáneamente sólo estudiados en la sociocultura norteamericana que permiten aseverar que la discusión entre síntoma y enfermedad carece de coherencia lógica cuando lo que se trata es de modificar conductas. En este sentido Vaillant acepta que aunque la «pérdida de control» puede no ser un criterio necesario ni suficiente, es un hecho conductual evidente en aquellas personas que van experimentando sucesivos problemas en relación a la ingesta de alcohol y en los que ésta, como era de esperar dadas las cualidades bioquímicas de la sustancia, se transforma en un *continuum*, y finalmente, sean cuales sean las diferencias individuales previas, los consumidores se expresan en un modelo común que hace muy difícil un diagnóstico equivocado. E insiste: «una razón, para definir el alcoholismo como un desorden que afecta a la propia vida, es la observación documentada, en el estudio *prospectivo*, de que aquellos alcohólicos que han conseguido una abstinencia estable no eran psicológicamente más sanos que aquéllos en que había proseguido un curso más crónico». Es decir se nos está indicando que un serio estudio *prospectivo* no sugiere que la relación psicosocial patológica con el alcohol sea un síntoma de una alteración de los hipotéticos estratos profundos de la personalidad.

No hay ninguna duda de que para conseguir un modelo comportamental de conducta prioritaria de uso de las bebidas alcohólicas, determinados factores socioculturales son de la máxima importancia para condicionar esta conducta. Así en EEUU las personas sancionadas por haber conducido en estado de intoxicación un vehículo a motor (Crandell, 1987) o haber sido detenidas porque en

aquel Estado la embriaguez pública se considera un acto punible, son susceptibles de ser divididas en dos grupos distintos: aquellas personas que han sufrido por sus repetidos intentos de abandonar la ingesta sin éxito y aquéllas que lo consiguen sin ningún esfuerzo. En otro sentido, en el grupo que no ha conseguido persistentemente la abstinencia existe casi siempre el antecedente de ingreso en algún centro para tratamiento de su conflicto alcohólico. De todos los datos aportados se infiere que una vez desarrollada la conducta de uso continuado y persistente de las bebidas alcohólicas con conflicto, éste es un desorden persistente y continuado con resultados comunes para todos los afectados. Si nos aproximamos a esta muestra, estudiar si son sujetos premórbidamente distintos a otro grupo de personas es sólo posible dilucidarlo mediante un serio estudio *prospectivo*, es decir antes de que aparezca la condición de alcohólico clínico. Los estudios prospectivos no han evidenciado en EEUU que las variables que tradicionalmente se aceptan en el abordaje retrospectivo puedan ser «causales». Los estudios de seguimiento y la inferencia prospectiva han evidenciado que: «la mayoría de futuros alcohólicos no se muestran en términos de estabilidad psicológica, diferentes de futuros bebedores asintomáticos»... «al descartar infancias infelices, pertenencia a familia multiproblema, depresión y ansiedad, como causalidades de mayor peso en la etiología, no quisiera negar la importancia que estos factores pudieran tener en el alcoholismo, pero éstos empeoran en cualquier enfermedad de evolución crónica» (Vaillant, 1983).

Los factores psicosociales, asociados a la *cultura de grupo* —en EEUU— y los antecedentes de *alcoholismo familiar*, no necesariamente consanguíneo, eran las variables estadísticas significativas, puesto que los sujetos con estos antecedentes presentaban *cinco* veces más posibilidades de desarrollar un alcoholismo que sujetos con familias multiproblema muy graves o definidas. A pesar de que los estudios retrospectivos insisten en relacionar problemas con el alcohol y problemas psicológicos previos, los estudios prospectivos no confirman estos supuestos. Vaillant dice: «En otras palabras, una vida difícil era, rara vez, una razón mayor para que alguien desarrollara una dependencia al alcohol». Y añade: «Los alcohólicos a menudo provienen de hogares rotos debido al abuso de alcohol de los padres, pero los hogares rotos no causan alcoholismo; y los alcohólicos presentan selectivamente trastornos de la personalidad como consecuencia, no como causa, de sus problemas de alcohol. Aunque la conciencia puede ser soluble en alcohol, un uso pesado del alcohol no alivia la ansiedad y la depresión, tanto como el propio alcohol provoca depresión y ansiedad».

En ocasiones y por especiosas razones «psicológicas» se ha intentado presuponer que el tratamiento es peor que la enfermedad y además con los supuestos socioculturales de los países vitivinícolas incluso se ha intentado defender la bondad de la continuación de la ingesta alcohólica, en «alcohólicos clínicos». Por otra parte en países socioculturalmente usuarios de cerveza-destilados como EEUU la opción del «bebedor controlado» (Pendery, Maltzman y West, 1982) se ha sugerido como una solución terapéutica al síndrome de dependencia al alcohol. No hay duda que muchos de estos estudios han sido promocionados directa o indirectamente bajo la presión de la «normalización» del uso de las bebidas alcohólicas condicionada por los intereses de la consideración de dichas bebidas

como mercancía. En realidad una relación patológica con las bebidas alcohólicas es siempre algo negativo, tormentoso y doloroso cuya recuperación es imposible si se continúa bebiendo. Los estudios prospectivos y de seguimiento de los casos de los «alcohólicos clínicos» han demostrado que: «...volver a beber sin síntomas es la excepción no la regla»... y añade «...los alcohólicos de mediana edad que habían precisado tratamiento de desintoxicación... (que) ...intentaron reanudar la ingesta, su situación fue análoga a la de conducir un automóvil sin rueda de recambio, el desastre generalizado fue sólo cosa de tiempo» (Vaillant, 1983, p. 315).

Es evidente además que la intervención psicosocial es técnicamente eficaz y altera la evolución de la historia natural del alcoholismo siempre que psicosocialmente y socioculturalmente sea capaz de proporcionar al paciente alcohólico y a su grupo familiar suficientes recursos psicológicos, culturales y sociales para propiciar un cambio comportamental que haga posible la ruptura de la conducta prioritaria del uso de las bebidas alcohólicas persistente y continuada; que, entre los recursos terapéuticos, los factores psicosociales de reminiscencia o recuerdo, actúen «reforzando» los aspectos no gratificantes, negativos o aversivos de la ingesta de bebidas alcohólicas; todo ello tiene que ir necesariamente acompañado de un incremento de recursos psicosociales polivalentes de soporte, y durante un periodo de tiempo el individuo precisará un relanzamiento de la autoestima que le permita renovar sus capacidades, actitudes y motivaciones. Uno de los recursos para conseguir algunos de estos objetivos pueden y deben ser las asociaciones de autoayuda con características de asesoramiento técnico y evidentemente con participación del grupo familiar (Mendelson y Mello, 1979).

La Coca

El conflicto de salud y social generado por la masticación de las hojas de coca tiene una larga historia que enlaza con el Descubrimiento y Conquista. En su momento, como se ha esbozado con anterioridad, los factores económicos fueron fundamentales para la desacralización del cultivo y de la masticación.

Durante muchos años, del mismo modo que ha sucedido tradicionalmente con el alcohol, la masticación de las hojas de coca ha sido auspiciada y defendida por determinados «estudiosos» de América del Sur como una peculiaridad de uso de una sustancia «necesaria» dadas las condiciones de vida del aborigen o mestizo (Washton y Gold, 1987; Naranjo, 1974).

Existe evidentemente una gran estructura sociocultural de consumo, tradicional, que da al consumo de dichas hojas características psicosociales peculiares. El masticador lleva las hojas secas en una bolsita especial —«la chuspa»— en ocasiones de tejidos brillantes o bien de piel. Las hojas se colocan en la parte interior de la mejilla, formando un bolo, y en realidad se exprime y no se masca. Parece como si se rumiara. Siempre se añade al bolo o a la hoja antes de doblarla una sustancia alcalina que varía desde la propia cal viva, hasta cenizas prove-

nientes de la calcinación de determinadas maderas o de polvo calcáreo alcalino de molienda de conchas fósiles. Esta substancia pulverizada se guarda generalmente en una calabaza a la que los quichuas denominan *iscupuru* y con una varilla especialmente estudiada (*shipiro*) se añade el polvo a la hoja. En otras zonas de Perú o Bolivia continúa denominándose a la substancia alcalina como en el tiempo del Descubrimiento *llypta* palabra que también ha dado nombre a las vasijas de forma humana en las que en el siglo V a.C. se representaba una cara humana con un evidente bolo en una de las mejillas (Gutiérrez Noriega, 1947) (Mortimer, 1901).

Todas las aportaciones en defensa de la masticación de las hojas de coca como algo natural, consubstancial al indio, fruto del trabajo y de la tierra, tienen características argumentales muy parecidas a las asociadas a la sociocultura de las bebidas alcohólicas (Fouquet y Borde, 1986; Dion, 1977).

Como con las bebidas alcohólicas se ha precisado conocer como mínimo la cantidad estadística de riesgo; la primera cuestión es determinar cuáles son las cantidades de hojas que el usuario utiliza diariamente. En su día la comisión oficial de la OPS (OMS) determinó que se podía considerar que el consumo diario habitual podía variar entre 10 y 100 gramos con una cantidad media de 30 gramos/día y con casos extremos de 200 a 500 gramos/día. Hay que señalar que el 50/70 % de los restos de las hojas masticadas es deglutido y cada dosis es exprimida durante un periodo de 2 a 3 horas. En cada una de las zonas de masticación existen datos contradictorios sobre las cantidades consumidas anualmente, pero la mayoría de datos indican un consumo de 3.200 a 4.000 gramos/año. Es interesante conocer que aparte de poder comprar las hojas a peso y al detall en la mayoría de mercados de Perú y Bolivia, también se han vendido en paquetes de 125 gramos de hojas de coca cada uno, y estos paquetes son considerados por los usuarios como la cantidad de hoja necesaria para el consumo para dos días lo cual daría un consumo de 52.2 gramos/día (Granier-Doyeux y González-Carrero, 1979).

Quizá lo más importante es conocer qué cantidades de cocaína se absorben durante el proceso de exprimido o masticación. Haciendo muestras de hojas de coca de 5 a 10 gramos, es posible separar cristales de sulfato de cocaína que representan el 6 % del peso aproximadamente. En general se estima que la absorción es de 0.006 gramos a 0.012 gramos, puesto que las hojas, según su procedencia y estado de conservación, contienen diferentes cantidades extraíbles de cocaína. Hay que señalar que en lo que se refiere a Bolivia y Perú es la zona del altiplano o «puna» donde el uso de hojas de coca está extraordinariamente extendido en la mayoría de edades y sexos. Se trata de una zona de condiciones de vida muy difíciles, prácticamente sin vegetación y donde los recursos alimentarios son en extremo escasos. En estas condiciones es muy difícil conocer si la baja expectativa de vida es resultado de la masticación de las hojas de coca o las hojas de coca y la desnutrición contribuyen a este tipo de reducción de la expectativa de vida. Es necesario entender que los descendientes de los pueblos precolombinos tenían y tienen una conciencia psicosocial de su vinculación asociada a los sistemas de trabajo, a su lengua y a sus tradiciones, aunque lengua y tradiciones hayan sido modificadas desde el descubrimiento. Es en este grupo y

en los mestizos donde se da mayoritariamente el uso de las hojas de coca. Las condiciones sociales y económicas de esta población aborígen se encuentran en niveles de baja renta y en condiciones de salud y bienestar típicas del denominado tercer mundo. La gran masa de consumidores son los agricultores y campesinos, los pastores, los mineros, los obreros de la industria y servicios (cargadores, transportistas, etc.) y eventualmente y en determinadas regiones, las mujeres y los niños también pueden ser usuarios (Jeri, 1980).

En el estado actual de nuestros conocimientos no existen datos científicos que permitan demostrar que los indígenas del altiplano tienen una fisiología peculiar, y tampoco existen datos para pensar que el principio activo de las hojas de coca (cocaína) actúa de una manera bioquímicamente distinta en ellos y además repetidas experiencias realizadas con los aborígenes han puesto en evidencia que es dudoso que la coca contribuya a una aclimatación favorable a las grandes alturas. Hay que evaluar muy seriamente las condiciones de la vivienda, tanto si es la de forma tradicional como la de las conurbanizaciones, en las cuales no existe ninguna de las condiciones imprescindibles de convivencia ni comodidades consideradas elementales. No hay que pensar que las viviendas de los aborígenes cercanas al medio urbano sean mejores, pues tanto en Lima (Perú), como en la Paz (Bolivia) esta población vive en condiciones de «chabolismo» intolerable y sin ninguna condición favorable (NU, 1984).

Es preciso señalar que la alimentación es totalmente insuficiente y que según Gutiérrez-Noriega y Verzar (Granier-Doyeux y González-Carrero, 1979) existiría una clara relación como ya observaron los primeros cronistas de los Descubridores entre la intensidad del coqueo y el déficit nutritivo. Parece evidente que los más pobres y peor alimentados son los que más coca consumen y además determinados programas puntuales de mejora de la nutrición de la población indígena han evidenciado una patente disminución del coqueo. Es importante señalar que esta relación en otros parámetros también se observa entre poblaciones marginadas blancas de los EEUU y su relación con las bebidas alcohólicas (Kissin y Begleiter, 1976; Gutiérrez-Noriega y Zapata Ortiz, 1944).

Es muy significativo que en la población minera el coqueo esté extraordinariamente generalizado y los efectos sobre los accidentes de trabajo y su actividad laboral sean tan significativos; hay que señalar que a medida que la población coquera va acercándose a las zonas urbanizadas existe un incremento asociado casi siempre al consumo festivo de bebidas alcohólicas en especial «chicha» (cerveza de maíz) y aguardiente. Todas las actividades presentan periodos de descanso en medio de la actividad agrícola, imprescindibles dado el tiempo requerido para seleccionar las hojas, formación del bolo, colocar la dosis de alcalinizante y finalmente iniciar el proceso de exprimir el bolo o «masticación». En las fábricas es análogo el tiempo que se dedica a este tipo de «descansos». En todos los estudios realizados en *situ*, se señala que en conjunto una mejora de las condiciones de vida en el más amplio sentido conllevaría a una reducción proporcional del coqueo.

En América Central y del Sur, el analfabetismo constituye además un problema muy grave de la población afectada, asociado a todo un proceso de aculturación que hace aún más compleja la resolución de esta problemática. El resul-

tado de todo este proceso es que, como en el caso de las bebidas alcohólicas, en los medios de marginación social de los países industrializados, el denominado cuarto mundo, las dificultades empiezan en el propio hogar, donde los padres bebedores o coqueros no se interesan en enviar a sus hijos a la escuela y el aprendizaje del coqueo o del uso de las bebidas alcohólicas se realiza en el propio hogar. En las escuelas rurales de el Cuzco, en contra de los supuestos socioculturales, los niños coqueros presentan una escasa capacidad para aprender y no se interesan por la instrucción y además tampoco presentan una actividad propia de su edad ni tendencia espontánea al juego (Orejuela, 1985).

Es evidente que las condiciones de los dos países citados donde el poder político está aún relacionado con el monopolio de la tierra, el cultivo de las hojas de coca en pequeñas parcelas facilita la supervivencia a millares y centenares de familias. Una hectárea de cultivo de coca, propia del minifundio del Perú, en este tipo de cultivo permite cosechar 250 kg de hojas que pueden o destinarse a la masticación con lo cual el provecho económico del cultivo será muy poco rentable o venderse para su posterior proceso extractivo de cocaína. De estos 250 kg de hojas de coca podrán obtenerse 1.250 g de sulfato de cocaína, 500 g de clorhidrato y finalmente 3.000 dosis (cristales) de *crak-rock* (Ramon-Cavero, 1986).

Todo el proceso de minifundio ha dificultado extraordinariamente todas las medidas de la ONU destinadas a la sustitución del cultivo y en Bolivia la disminución en 1980 del precio del estaño ha potenciado el cultivo de la coca; 200.000 agricultores viven del cultivo y unas 100.000 personas más del transporte y elaboración de la «pasta» que finalmente será procesada en laboratorios clandestinos en Colombia y la frontera del Brasil donde se iniciará el proceso para la llegada final del producto terminado, generalmente clorhidrato, a EEUU o a Europa. Es necesario señalar que existe un precursor, el *éter* cuya pureza química es lo que puede hacer rentable la transformación de la «pasta» en clorhidrato. El *éter* precisa un nivel de industria química que sólo poseen los países industrializados; ha sido preciso esperar la reunión de Viena de 1987 (N.U., 1988) para que se inicien medidas de control sobre la industria química avanzada de los países industrializados, es decir para que se intente el control de los «precursores».

En la historia de la introducción de la coca en Europa y EEUU hay que señalar que la asociación de una bebida alcohólica, el vino, y un extracto de hojas de coca fue el impacto más importante de la difusión del uso de la coca y de la cocaína como el «descubrimiento terapéutico del siglo» (Jones, 1959; Gay, 1989). El vino Mariani consiguió que en EEUU se le imitara con el *French Wine of Coca, Ideal Tonic* que finalmente se convirtió en *soda fountain* más popular en la actualidad de los EEUU.

Aspectos sociales y económicos

Hay que señalar el valor del comercio internacional de bebidas alcohólicas en los países de economía de mercado en millones de dólares (véase Tabla 1) para

darse cuenta de la importancia de este tipo de comercio y cómo en su momento fue posible que la propia Organización Mundial de la Salud dejara de destinar fondos para el estudio de este problema (Selvaggio, 1984; McBride, Mosher, 1985).

TABLA 1. VALOR DEL COMERCIO INTERNACIONAL DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS PAÍSES CON ECONOMÍA DE MERCADO (EN MILLONES DE DÓLARES EEUU)

Partida	1971	1972	1973	1976	1977	1978	1979	1980
Cerveza	ND	ND	ND	569	651	717	861	948
Vino	835	1.224	1.826	1.937	2.243	2.956	3.870	3.871
Bebidas destiladas	1.195	1.356	1.631	1.985	2.195	2.977	3.477	3.911
Total	—	—	—	4.491	5.089	6.650	8.208	8.730
Total comercio mundial (todos los productos)	187.010	313.868	575.870	988.467	1.125.078	1.301.000	1.670.000	1.988.000
Bebidas alcohólicas en % del total	—	—	—	0.45	0.45	0.51	0.50	0.44
ND: Datos no conocidos								
Fuente: <i>The Work in Figures</i> , a The Economist, Londres, 1983; Yearbook of International Trade Statistics, Vol. II. Trade by Commodity, N.Y. Naciones Unidas.								

El aumento de producción, en especial de bebidas alcohólicas, ha originado una importante red de distribución y comercialización y ha condicionado la aparición de un importante poder económico multinacional (Cavanagh y Clairmonte, 1985); por otra parte y paralelamente, en la Península Ibérica y en el Estado español el gasto medio por persona en bebidas alcohólicas es de 3.333 ptas. (INE, 1983) y el gasto mínimo por mil pesetas ingresadas por cada unidad familiar es de 14 ptas.

Es evidente que desde 1960 a 1981 el consumo de cerveza ha aumentado en un 400 % y el consumo de bebidas destiladas en un 50 %, y a pesar de que ha existido un receso relativo en el consumo del vino, éste ha aumentado en un 19 % (Walsh y Grant, 1985). La total o parcial legalización del comercio de las bebidas alcohólicas, solamente mitigado por disposiciones administrativas o derechos aduaneros, se ha potenciado mediante toda la estructura de promoción, publicidad y propaganda que en el año 1979 fue en todo el mundo 1,62 mil millones de \$ EEUU y en 1981 se dedicaron a este menester para aumentar el consumo 1,94 mil millones \$ EEUU (Cavanagh y Clairmonte, 1985).

Es preciso señalar pues que existen también una serie de puestos de trabajo asociados a la producción, comercialización y distribución de bebidas alcohólicas.

Los intereses del comercio de la coca son evidentes, lo que sucede es que

dadas las características de ilegalidad de los factores de comercio es muy difícil evaluar la totalidad de los beneficios generados por esta cuestión; aproximadamente 1 g de cocaína colocado en EEUU se vende entre 10.000 y 14.000 ptas.; en Europa su valor aumenta discretamente en un 20 % y en la actualidad no existe aún evidencia epidemiológica, o por encuestas de consumo, de la aparición de las formas alcalinizadas fumables del clorhidrato (*rock-crak*) que permiten su comercialización a precios callejeros que oscilan entre los 2-3 \$ EEUU; por dosis es evidente que en el curso de estos últimos años la producción de coca, como la de bebidas alcohólicas, ha aumentado en todo el mundo (Zweben, 1986) y en consecuencia está aumentando también su consumo en todo el mundo. Han sufrido un especial impacto sobre la Salud Pública por el aumento de bebidas alcohólicas los países africanos y muy probablemente los de América del Sur.

TABLA 2. CONSUMO *PER CAPITA* DE ALCOHOL PURO Y PATOLOGÍA HEPÁTICA

País	Consumo <i>per capita</i> de alcohol (1979)*	Mortalidad por C.H. por 100.000 (1978)
Francia	20.8	30.4
Luxemburgo	20.0	27.0
España	19.2	27.6
Italia	16.0	34.8**
Austria	14.4	31.2
Bélgica	13.9	14.4**
Suiza	13.3	12.8
Alemania Occidental	12.7	27.6
Holanda	12.1	5.2
Dinamarca	12.0	9.8
Polonia	10.3	12.0
Irlanda	10.0	3.6
Gran Bretaña	9.8	4.2
Suecia	7.1	12.2
Noruega	5.7	4.2
Israel (1978)	2.8	5.8

* En litros de alcohol puro por persona de 15 años o más.
Fuente: Davies, P. *The Effectiveness of Alcohol Control Policies in Europe*, a Effective Health Care, Vol. 2, núm. 4, 1985.
** Datos de 1976.

Coincidencias

Entre el consumo por coqueo y la ingestión de bebidas alcohólicas fermentadas existe una evidente correlación sociocultural y en consecuencia unos modelos comportamentales de tipo psicosocial muy parecidos, pero además en la ac-

tualidad (1989-1990) existen concretamente en la Península Ibérica otras coincidencias. La aspiración nasal de clorhidrato se presenta asociada a un aumento de la ingestión de bebidas alcohólicas en los sujetos usuarios de cocaína. La relación entre la cocaína y el alcohol ya había sido descrita en EEUU en referencia a estudios anatomopatológicos de enfermedades hepáticas atribuibles a la ingesta de alcohol (Evans, 1982). Por otra parte, en los estudios referidos a los problemas de accidentabilidad y tráfico con el uso del automóvil se evidencia que la mayoría absoluta de accidentes son atribuibles al alcohol, pero un estudio a fondo de los cadáveres ha permitido rastrear ya un pequeño porcentaje de los mismos en los que la cocaína estaba también presente conjuntamente con el alcohol (Marzuk, 1990).

La extensión del consumo de la cocaína en la población general del Estado español, mayoritariamente por aspiración nasal (clorhidrato), ha sido constatada tanto a nivel de la población general de todo el territorio (Navarro, Llorente *et al.*, 1985) como en la población activa trabajadora (UGT-EDIS, 1987); por otra parte las encuestas efectuadas en Cataluña han indicado también entre 1982 y 1986 un aumento porcentual de este consumo, en especial en la población de jóvenes (16 a 26 años) (Masferrer, Sala y Freixa, 1987). Por otra parte un reciente estudio ha evidenciado el inicio del consumo del clorhidrato dentro de las enseñanzas medias (16 a 19 años) (Comas, 1990). En todos estos estudios se constata también la correlación entre bebedores pesados de bebidas alcohólicas que absorben el porcentaje más elevado de consumidores de cocaína.

Por otra parte y como ya se ha indicado, la estructura del consumo de bebidas alcohólicas en cantidades de riesgo se ha relacionado con la historia familiar de alcoholismo y el síndrome de dependencia de alcohol con el uso de riesgo de la cocaína y la dependencia a la cocaína (Miller y Gold, 1989; Smith, 1986).

En nuestra experiencia clínica se ha demostrado esta coincidencia puesto que el tratamiento persistente de pacientes de alcohol y/o síndrome de dependencia al alcohol ha puesto en evidencia, en una revisión de historias clínicas entre 1987 y 1990, 36 casos de conflictos o motivos de consulta por *alcohol-cocaína* con una edad que oscila entre los 30 años y los 45 años: 34 casos de personas casadas y con hijos, de clase social alta o muy alta y dos casos divorciados/separados (n=36, 35 hombres y 1 mujer); en la mayoría de los casos eran licenciados universitarios, titulados universitarios superiores y equivalentes técnicos, con un claro predominio de titulaciones o de aplicación de dichas titulaciones en el terreno de la economía, de la alta gestión o administración de empresas, asesoramiento financiero y fiscalidad, etc. Cinco de estas personas tenían una doble titulación en derecho. Los no específicamente titulados (14 casos) eran empresarios.

El motivo de consulta fue el clásico de problemática alcohólica con conflicto familiar, profesional/económico, y en 12 casos esta conflictiva venía condicionada por problemáticas sociales (repetidos accidentes de tráfico, conflictos y agresiones en bares, pubs y discotecas, etc.), y en 6 casos habían sido derivados por médicos internistas por problemática de salud física en su conjunto; las características de su conflicto alcohólico fueron el condicionante primario de las consultas si eran remitidos por un profesional de la psicología y de la medicina, pero contrariamente el motivo de consulta y alarma fundamental era la cocaína

si venían a la consulta forzados por la gravedad de la disfunción psicosocial a nivel profesional-familiar.

La disfunción psicosocial y precisamente las características de este tipo de relación con cocaína-alcohol y/o alcohol-cocaína hicieron posible su inclusión en un proceso terapéutico *alcoholológico*.

En realidad la proximidad y complejidad condicionada por la asociación alcohol cocaína es psicosocialmente considerada, y a nuestro criterio erróneamente, como un cocainómano que aumenta brutalmente la ingesta de alcohol. A nuestro criterio se trata de una dependencia alcohólica psicosocialmente tolerada en el medio familiar, profesional y social del afectado, como es socioculturalmente previsible en nuestro medio, que se estigmatiza negativamente cuando aparece el uso de la cocaína clorhidrato. Por otra parte hay que señalar que en muchas ocasiones la consulta por conflictos de conducta alcohólica, evidencia el uso «secreto» de la cocaína que había motivado el aumento brutal de ingesta y las embriagueces que habían superado con creces la tolerancia bioquímica.

Así como los usuarios de heroína acaban siendo politoxicómanos en los que las bebidas alcohólicas y los fármacos tranquilizantes constituyen, con la cocaína eventualmente, la característica fundamental de su consumo, creemos que en estos momentos existe una clara tendencia a que los usuarios de bebidas alcohólicas de carácter fuerte o pesado aumenten dicha ingesta cuando mantienen contactos esporádicos con la cocaína clorhidrato, la mayoría sin llegar, a nuestro criterio, a una clara dependencia a la cocaína.

En su conjunto todos estos datos permiten contemplar, como se indicó con anterioridad, que la relación histórica alcohol-cocaína tanto en lo que se refiere a la teogonía del origen de la planta, como a los supuestos chamánicos de su empleo y su relación entre la aparición de los destilados en las bebidas alcohólicas y la transformación de dichas bebidas en mercancía por la industrialización, ha seguido un paralelismo que iniciándose en el siglo XIX con el vino Mariani, se ha puesto en evidencia en la actualidad poniendo otra vez en relación el clorhidrato de cocaína y las bebidas alcohólicas en un marco sociocultural diferente que psicosocialmente hace vivir el uso de la cocaína como estigma y alarma, cuando en realidad el conflicto social, político y económico fundamental sigue siendo en nuestro medio el uso de las bebidas alcohólicas.

REFERENCIAS

- Benítez, F. (1972-76). *Los Indios de México* (2 vols.). México: Era.
- Braun, J.L. (1968). *Histoire des drogues*. Paris: Claude Tchou.
- Cahuana, A., Clarren, S.K. et al. (1985). *Síndrome alcohólico fetal*. Madrid: Jornadas Internacionales del S.A.F., Fundación Valgrande.
- Cavanagh, J., Clairmonte, F.F. (1985). *Alcoholic beverages, dimensions of corporate power*. London: Croom Helm.
- Comas, D. (1990). *El Síndrome de Haddock: alcohol y drogas en las enseñanzas medias*. Madrid, C.I.D.E.: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Coromines, J. (1982). *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana* (vol. 3). Barcelona: Curial.
- Courtwright, D.T. (1982). *Dark Paradise - Opiate Addiction in America Before 1940*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

- Crandell, J.S. (1987). *Effective outpatient treatment for alcohol abusers and drinking drivers*. Lexington: Lexington Books.
- Dion, J. (1977). *Historie de vigne et du vin en France des origines au XIX^e siècle*. Paris: Flammarion (2^a Ed.).
- Edwards, G. y Arif, A. (Eds.) (1981). Las drogas en su contexto sociocultural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. *Cuadernos de Salud Pública*, 73.
- Edwards, A., Arif, A. & Hodgson, R. (1982). Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool: Mémoire. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 60 (4), 499-520.
- Evans, M.A. (1982). Role of protein binding in cocaine-induced hepatic necrosis. *Journal Pharm. Exp. Therap.*, 224, 73-79.
- Foldes, F.F. (Ed.) (1978). *Enzymes in anesthesiology*. New York: Springer Verlag.
- Font-Quer, P. (1976). *Plantas medicinales. Discóridos renovado*. Barcelona: Labor.
- Fouquet, P. (1965). Alcool et Religions. *Rev. Alc.*, 2, 81-92.
- Fouquet, P. & Borde, M. (1986). *Le Roman de l'alcool*. Paris: Seghers.
- Freixa, F., Masferrer, J. y Sala, L. (1986). *Urgencias en drogodependencias*. Barcelona: Sandoz.
- Furst, P.T. (1980). *Alucinógenos y Cultura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gassull, M.A. et al. (1980). *La enfermedad alcohólica*. Barcelona: Químicos Unidos-Fargraf.
- Gay, P. (1989). *Freud*. Barcelona: Paidós.
- Goldstein, D.B. (1983). *Pharmacology of Alcohol*. Oxford: Oxford University Press.
- Granier-Doyeux, M. y González Carrero, A. (1979). *Farmacodependencia*. Caracas, Venezuela: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Grinspoon, L. & Bakalar, J.B. (1976). *Cocaine. A drug and its social evolution*. New York: Basic Books.
- Gutiérrez Noriega, C. (1947). El cocainismo y la alimentación en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina. Lima*, 31, 3.
- Gutiérrez Noriega, C. y Zapata Ortiz, V. (1944). *Estudios sobre la coca y la cocaína en el Perú*. Lima, Perú: Ministerio de Educación Pública.
- INE (1983). *El gasto y el ingreso de los hogares. Conjunto Nacional (5 vols.)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística (años sucesivos).
- Jeanmarie, H. (1951). *Dionysos, histoire du culte de Bacchus*. Paris: Payot.
- Jeri, F.R. (Ed.) (1980). *Cocaína 1980*. Actas del Seminario Interamericano sobre coca y cocaína. Lima, Perú: Ministerio del Interior, Dirección General de Sanidad.
- Jones, E. (1959). *Vida y obra de Sigmund Freud (3 vols)*. Buenos Aires: Nova.
- Kissin, B. & Begleiter, H. (Eds.) (1971). *Physiology and Behaviour*. Vol. 2. New York: Plenum Press.
- Kissin, B. & Begleiter, H. (Eds.) (1976). *Social Aspects of Alcoholism*. Vol. 4. New York: Plenum Press.
- Leavitt, F. (1974). *Drugs and Behavior*. Philadelphia: W.B. Saunders C°.
- Lieber, C.S. (Ed.) (1982). *Medical Disorders of Alcoholism*. Philadelphia: W.B. Saunders C°.
- Lipton, A.M., Di Mascio, J.B. & Killam, K.F. (Eds.) (1982). *Psicofarmacología*. Barcelona: Espaxs.
- Marzuk, P.M. et al. (1990). Prevalence of recent cocaine use among motor vehicle fatalities in New York City. *J.A.M.A.*, 263 (2), 250-256.
- Masferrer, J., Sala, L. & Freixa, F. (1987). *Enquesta socioepidemiològica sobre el consum de tabac, alcohol i drogues «il·legals»* (Secció Drogodependències, ref.: MS-51, Pg. Lluís Companys, 7. Barcelona 08003).
- McBride, R. & Mosher, J.F. (1985). Public Health implications of International Alcohol Industry. Issues raised by a W.H.O. project. *British Journal Addiction*, 80.
- Mendelson, J. & Meilo, N. (Eds.) (1979). *The Diagnosis and Treatment of Alcoholism*. New York: McGraw-Hill.
- Miller, N. & Gold, M.S. (1989). Family History and Diagnosis of Alcohol Dependence in Cocaine Dependence. *Psychiatry Research*, 18 (2), 113-121.
- Mortimer, W.G. (1901). *Perú: History of Coca*. New York: J.H. Vail.
- Moser, J. (1985). *Políticas sobre el alcohol en la planificación nacional de la Salud y el Desarrollo*. Ginebra: OMS (Offset n° 89).
- Nahas, G. (1988). *Toxicomanie*. Paris: Masson.
- Naranjo, P. (1974). El cocainismo entre los aborígenes de Sudamérica. *Revista América Indígena*, 34, 605.
- Navarro, J., Llorente, S. et al. (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- N.U. (1984). Especial cocaína. *Boletín de Estupefacientes*, XXVI (2).
- N.U. (1988). *Declaración de la Conferencia Internacional sobre el uso indebido de drogas y el tráfico ilícito. Plan amplio y multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalización de uso indebido de drogas*. (Conferencia Internacional de Viena, 1987.) New York: Naciones Unidas.
- Orejuela, E. (1985). *La Problemática de la Cocaína y del Narcotráfico en Colombia*. Documento no publicado.

- Pendery, M.L., Maltzman, I.M. & West, L.J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217 (4.555), 169-175.
- Pérez Barradas, J. (1957). *Plantas Mágicas Americanas*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ramon Cavero, M.A. (1986). *El crack una nueva droga adictiva*. Presentado en: XIV Jornadas Socidrogalcohol. Cáceres.
- San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epidemiología social*. Madrid: Karpós.
- Selvaggio, K. (1984). World Health Organization bottles up alcohol study. *Int. J. Health*, 14 (2).
- Smith, D.E. (1986). Cocaine-Alcohol Abuse: epidemiological diagnostic and treatment considerations. *J. Psychoact. Drugs*, 29 (2), 113-121.
- UGT-EDIS (1987). *La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Madrid. Departamento Confederal de Servicios Sociales.
- Vaillant, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press.
- Valdman, A.V. (Ed.) (1986). *Drug dependence and emotional behavior*. New York: Consultants Bureau.
- Walsh, B. & Grant, M. (1985). *Consecuencias para la salud pública de la producción y el comercio de alcohol*. Ginebra: OMS (Offset nº 88).
- Washton, A.M. & Gold, N.S. (Eds.) (1987). *Cocaine a Clinician's Handbook*. New York: Wiley & Sons, Guilford Press.
- Zweben, J.E. (1986). Treating cocaine dependence new challenger for the therapeutic community. *Journal Psychoactive Drugs*, 18 (3), 239-245.