



Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos

Use and substance dependence as a public health problem: Theoretical background and diagnostic criteria

Magnolia del Pilar Ballesteros-Cabrera,
& Julián Sarmiento-López*
Universidad Manuela Beltrán

ARTÍCULO TIPO REVISIÓN DE TEMA.

RECIBIDO: Enero 30 de 2014.

APROBADO: Septiembre 20 de 2014.

RESUMEN

Con el propósito de discutir el tema del uso y dependencia de sustancias se llevó a cabo una comparación de los criterios diagnósticos propuestos en los Manuales Diagnósticos DSM-IV y el CIE 10, una revisión de literatura desde la perspectiva epidemiológica y las acciones de salud pública emprendidas a nivel nacional. Se concluye que el incremento en los datos epidemiológicos permite el reconocimiento de éste como un problema de salud pública a nivel mundial y que la posibilidad para que un individuo se vuelva abusador o dependiente de una o más sustancias, radica en la interrelación que hay entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en el que vive, siendo en esta interrelación donde cobra sentido la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Palabras claves: Uso y dependencia de sustancias; Criterios diagnósticos; Salud pública.

ABSTRACT

With the aim of discussing the issue of substance use and dependence, a comparison was held between diagnostic criteria in DSM-IV Diagnostic Manual and the ICD-10, a literature review from an epidemiological perspective and public health actions undertaken at national level. In light of the outcome, it follows that increases in epidemiological data makes possible to regard it as a public health problem around the world and to consider the risk for a person to become abuser or dependent on one or more substances as laying in the interrelationship between the substance used, the consumer and the environment in which he lives. This interrelationship can be a field where the National Policy on Reduction of Psychoactive Substances makes sense.

Key words: Use and substance dependence; Diagnostic criteria; Public health.

*Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera es Psicóloga, Magíster en Psicología, Doctora en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, y Docente-Investigadora del Programa de Psicología Universidad Manuela Beltrán; Julián Camilo Sarmiento López es Magíster en Desarrollo infantil de la Universidad de Manizales, Coordinador Investigaciones y Programa de Psicología Universidad Manuela Beltrán. La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto pilarballk@gmail.com y julian.sarmiento@umb.edu.co o a la Avenida Circunvalar #60-00 Bogotá, Colombia. Tel. 57(1)5460600 Ext. 1107.

Cómo citar este artículo:

Ballesteros-Cabrera, M. & Sarmiento-López, J. C. (2014). Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 5(1), 32-41.

INTRODUCCIÓN

El uso y dependencia de sustancias representa un factor significativo en el incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial. En muchos países el impacto del uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio conjunto de problemas de salud y de exclusión social, que contribuyen a la expansión de la carga de morbilidad. Visto como un grave problema de salud

pública, es además según Julio Frenk (2002) uno de los hitos que identifica las transiciones de la sociedad contemporánea en que vivimos; donde por tratarse de un problema multifactorial la respuesta de política social del Estado debe incorporar toda instancia que de una u otra forma esté relacionada con la prevención, detección temprana, atención oportuna, rehabilitación y reinserción social de los afectados. Este documento tiene el propósito de discutir el tema del uso y dependencia de sustancias desde la perspectiva de la salud pública y los criterios diagnósticos propuestos en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

La salud es un concepto que puede resultar

confuso en la medida que su definición ha cambiado históricamente, acoplándose cada vez mejor a la realidad en la que vivimos. Un primer acercamiento a su definición hace pensar que la salud resulta ser un *proceso* más que un *estado*¹; es decir, es una serie de eventos que suceden con una finalidad específica, explicando la salud en términos de adaptación del ser humano a circunstancias físicas y sociales (López, 2000).

La Salud Pública es definida como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades y prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad (Neumarka, Lopez-Quintero, & Bobashev, 2012); así la salud pública desarrolla acciones de seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud, vigilancia e investigación, promoción de la salud, desarrollo de políticas, evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos y tareas de reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (Blanco, 2005).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud pública es “la suma de la salud de los individuos que componen una comunidad y el conjunto de todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y enfermedad, la planificación y gestión de los mismos y la educación para la salud” (World Health Organization, 2005). Es así como el concepto de salud pública integra una valiosa actividad estatal y social, pues busca mejorar las diferentes situaciones de salud por las que se ven afectadas a diario las personas pertenecientes a alguna población.

¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 definió la salud como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” definición donde el concepto de bienestar es subjetivo y estático.

Epidemiología del problema y criterios diagnósticos

Según la OMS (2005) por uso entendemos aquella modalidad de consumo en la que por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad, o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no se presentan consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o sobre su entorno. En este nivel es importante aclarar algunas definiciones de términos asociados con el uso de sustancias psicoactivas, tales como:

Tabla 1

Definiciones de términos asociados con el uso de sustancias psicoactivas

Uso nocivo

Patrón de uso de sustancias psicoactivas que produce daños a la salud. Este daño puede ser físico o mental.

Uso peligroso

Patrón de uso de sustancias psicoactivas que incrementa el riesgo de consecuencias nocivas para el usuario.

Intoxicación

Condición que sucede a la administración de una sustancia psicoactiva y que produce perturbaciones a nivel de conciencia, cognitivo, perceptivo, afectivo o conductual, u otras funciones y reacciones psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las reacciones aprendidas por ésta, y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto si hay daños en tejidos u otras complicaciones. Las complicaciones pueden incluir trauma, inhalación de vómito, delirio, coma y convulsiones, entre otras complicaciones médicas. La naturaleza de éstas depende de la clase farmacológica de la sustancia y de su vía de administración.

Abuso de sustancia

Uso persistente o esporádico de una droga, inconsistente con la práctica médica aceptable o no relacionada con ella. Es un patrón de adaptación al uso de la sustancia que produce perturbaciones o limitaciones clínicamente significativas, que se manifiestan por uno o más de los siguientes indicadores: no poder cumplir con las principales obligaciones en el hogar, la escuela o el trabajo; uso de sustancias en situaciones físicamente peligrosas; problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia; uso continuado de la sustancia, a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, exacerbados por los efectos de la sustancia.

Fuente: (World Health Organization, 2005, p. 15).

Por su parte, la dependencia de una sustancia o síndrome de dependencia, es el término técnico que actualmente se emplea para el concepto de “adicción”. En el núcleo de este concepto está la noción de que se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el sujeto sobre el uso de la droga, pues ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; sino que el uso se ha hecho habitual y las ansias de volverla a usar significan que siente que el hábito ya no está bajo su control. Por consiguiente, la dependencia es la causa del uso ulterior, a pesar de las

consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir utilizando las sustancias a otros que no son dependientes (World Health Organization, 2005).

Por otro lado, la posibilidad que hay para que un individuo se vuelva abusador o dependiente de una o más sustancias, radica en la interrelación que hay entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en el que vive; para lo cual se debe tener en cuenta factores y variables de la sustancia consumida como lo son: el costo, la pureza y potencia, la forma de administración, la rapidez de inicio y terminación de los efectos, y los efectos reforzadores (Velez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2004).

A nivel clínico, en el momento de realizar la evaluación es importante determinar cuáles fueron los factores que llevaron al sujeto al consumo y posterior abuso o dependencia de una determinada sustancia. Dentro de estos factores se encuentran; los personales (necesidad de experimentación o alternativa para aliviar síntomas que generan malestar en el individuo), la comorbilidad o diagnóstico dual (presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo individuo), factores biológicos, factores genéticos, factores familiares, la coadición o codependencia y los factores sociales y culturales (p. *Ibid* p.32).

Como primera medida la historia clínica del paciente debe contener todos los datos de identificación e información que se consideren relevantes en la primera consulta y que sirvan para los propósitos terapéuticos; es necesario establecer la tipificación de la gravedad del hábito; para ello el profesional en psicología cuenta con dos herramientas ampliamente utilizadas como lo son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales o DSM-IV y el texto de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Estas dos herramientas podrán ayudar al diferenciar entre los consumidores ocasionales, consumidores con abuso

de sustancias y consumidores dependientes de una o más sustancias.

Tabla 2

Criterios para el diagnóstico en el DSM-IV (2003) y en la CIE-10 (1992)

	DSM-IV	CIE-10
Criterios para la clasificación en un grupo	Un patrón de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes síntomas en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:	Tres o más de los criterios para la dependencia se cumplen durante por lo menos un mes; o, si es menos de un mes, se cumplen juntos repetidamente en un periodo de 12 meses.
Tolerancia	Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de las sustancias para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye notablemente con el consumo continuado.	Necesidad de cantidades considerablemente mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye notablemente con el consumo continuado.
Abstinencia	El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (u otra muy parecida), o consumo de bebidas alcohólicas para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.	Síntomas fisiológicos característicos del síndrome de abstinencia de la sustancia; o uso de la sustancia (u otra muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
Cantidades mayores o periodos más largos de lo previsto	La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante un periodo más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.	Dificultades para controlar el uso de la sustancia en cuanto al inicio, la terminación o los grados del uso; consumo de la sustancia en cantidades más grandes o durante un periodo más prolongado de lo que se pretendía; o un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o reducir el consumo de la sustancia.
Control deficiente del uso de la sustancia	Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.	(Incluido en lo anterior)
Descuido de otras actividades	Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.	Se abandonan o reducen importantes actividades recreativas u otros intereses a causa del consumo de la sustancia.
Tiempo dedicado a actividades relacionadas con la sustancia	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia, o en recuperarse de los efectos de la sustancia.	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención o el consumo de la sustancia, o en recuperarse de los efectos de la sustancia.
Uso continuado de la sustancia a pesar de los problemas que causa	Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recurrentes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia.	Persistir en el uso a pesar de las pruebas claras y el conocimiento de las consecuencias físicas o psicológicas perjudiciales.
Compulsión (deseo intenso)	(Ninguno)	Un deseo desmedido o ansia compulsiva de consumir la sustancia.
Duración	No se especifica por separado ningún criterio de duración, pero se pueden cumplir repetidamente varios de los criterios de dependencia, como lo especifican los calificativos de duración asociados con los criterios (por ejemplo, "persistente", "continuado").	Tres o más de los criterios para la dependencia se cumplen durante por lo menos un mes; o, si es menos de un mes, se cumplen juntos, repetidamente, en un periodo de 12 meses.

Fuente: DSM-IV (2003) y en la CIE-10 (1992).

También es importante anotar la presencia o no del síndrome de abstinencia para ayudar a contrarrestar de alguna manera su sintomatología, ya que a mayor dependencia, la sintomatología asociada presenta mayor severidad; luego es necesario conocer las condiciones en que se encuentra el paciente (estado nutricional, deterioro físico, enfermedades médicas relacionadas con el consumo o trastornos relacionados con el sistema nervioso así como también las implicaciones psíquicas o neuropsicológicas).

Como se define en la clasificación CIE-10 de trastornos mentales y de la conducta (World Health Organization, 1992), la dependencia del uso de sustancias comprende seis criterios (véase Tabla 3); diagnosticándose así, un caso positivo si cumple con al menos tres de éstos criterios.

Tabla 3

*Criterios sobre dependencia de Sustancias.***Criterios sobre dependencia de sustancias en CIE-10**

Se deben experimentar o presentar juntos tres o más de los siguientes criterios en algún momento del año anterior:

1. Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
2. Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.
3. Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores.
5. Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intonso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.

Fuente: OMS, 1992.

Fuente: CIE-10 (World Health Organization, 1992).

Algunos de los anteriores criterios son medibles en términos biológicos, en tanto que otros no lo son. Los dos criterios que biológicamente se miden con mayor facilidad son el tercero y el cuarto (ver Tabla 3.) abstinencia, la ocurrencia de síntomas físicos y psicológicos desagradables al reducirse o descontinuarse el uso de la sustancia; y la tolerancia, el hecho de que son necesarias cantidades cada vez mayores de la droga para obtener el mismo efecto, o que la misma cantidad produce un efecto cada vez menor.

Los otros cuatro criterios de dependencia incluyen elementos sobre la cognición, por ejemplo, en el sexto criterio es necesario establecer el conocimiento que tiene el sujeto acerca de las conexiones causales específicas. El primer criterio, “deseo intenso o sentido de compulsión”, requiere investigar las autopercepciones del usuario, y se refiere a la idea de ansiar la sustancia.

Por su parte, los criterios sobre la dependencia de sustancias en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (American Psychiatric Association,

2003) son similares a los del CIE-10 (ver Tabla 4.).

En la Tabla 4 se presentan otros términos que se manejan en relación al uso de sustancias psicoactivas.

Tabla 4

*Criterios sobre la dependencia de sustancias.***Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSMIV**

De conformidad con el DSMIV, la dependencia de una sustancia es un patrón de adaptación al uso de la sustancia, lo que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas, manifestadas por tres (o más) de los siguientes criterios, que ocurran en cualquier momento durante un mismo periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes indicadores:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente mayores de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado,
 - (b) un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
2. Abstinencia, que se manifiesta por cualquiera de los siguientes:
 - (a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - (b) se toma la misma sustancia (u otra similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades o durante periodos más prolongados de lo que se deseaba.
4. Existe un deseo persistente o la imposibilidad de reducir o controlar el uso de la sustancia.
5. Se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o manejar grandes distancias), en usar la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro) o en recuperarse de sus efectos.
6. Se reducen o se dejan de realizar actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por el uso de la sustancia.
7. Se continúa el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, muy probablemente causado o exacerbado por la sustancia (seguir usando cocaína pese a que se padece la depresión inducida por ésta, o se sigue bebiendo aunque se sabe que se agravó una úlcera por el consumo de alcohol).

Fuente: Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, 1994.

Fuente (American Psychiatric Association, 2003)

Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la “necesidad irresistible” de consumo (craving), se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. Según el DSM-IV (1995) la dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados en la tabla 4, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Otra dificultad es que la definición diagnóstica de la dependencia, como se señaló anteriormente, requiere que el caso sea positivo en tres de cualquiera de los criterios; lo cual significa que un caso puede considerarse como de dependencia sin ser positivo en alguno de los dos criterios biológicamente medibles, de manera que cualquier caso calificado como dependencia puede ser positivo

en cuando menos un criterio que no es totalmente medible desde el punto de vista biológico.

A nivel de salud pública, pese a que no existen evaluaciones globales sobre el daño social producido por el uso de sustancias, ha sido posible estimar la contribución de las drogas a la carga global de morbilidad tomando como base el AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) debido a la muerte prematura y años vividos con discapacidad.

Según la OMS (2005) la carga estimable atribuible en 2000 fue de 59 millones de AVAD para el tabaco, 58 millones para el alcohol y 11 millones para las drogas ilícitas; donde el tabaco y el alcohol representaron 4.1% y 4.0%, respectivamente, de la carga de morbilidad, en tanto que las drogas ilícitas representaron 0.8%. Las cargas atribuibles al tabaco y al alcohol son particularmente agudas entre los varones en países desarrollados (principalmente en América del Norte y Europa), donde el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas representan 17.1%, 14.0% y 2.3%, respectivamente, de la carga total (World Health Organization, 2005).

Según el estudio presentado en 2010 por la administración de Servicios sanitarios en Estados Unidos, 22 millones de personas consumieron algún tipo de droga ilegal, 8,7% más que en 2008², revelando que el uso de sustancias sintéticas o de fácil acceso como los medicamentos se ha incrementado a nivel mundial. El Informe Mundial sobre las Drogas 2010, publicado en el National Press Club de Washington, por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) prioriza una reorientación de los servicios destinados a la prevención y mitigación de las drogas en especial las sintéticas y las de uso legal³; mientras las demás drogas como el opio y la cocaína han disminuido en un 28%, otras drogas como la

marihuana han estabilizado su consumo como resultado de las acciones de vigilancia y control realizadas en los diferentes países en los cuales se produce y se consume. Si bien ante el mundo el consumo de América Latina sigue siendo bajo, la mayor prevalencia en esta parte del continente se encuentra en Argentina, Chile y Colombia⁴.

La UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) estimó que alrededor de 210 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 4,8% de la población de 15 a 64 años de edad, consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez durante este año, siendo la mitad de todos ellos consumidores habituales y alrededor de entre 15 y 39 millones consumidores problemáticos; sin embargo, es preocupante que aproximadamente 200 mil personas al año mueran como consecuencia de esto, lo que equivale a un promedio aproximado de una muerte cada tres minutos.

El cannabis resultó ser la sustancia ilícita más consumida ya que entre 125 a 203 millones de personas la consumen alrededor del mundo, le siguen los estimulantes, opioides y la cocaína. Se conserva la tendencia de disminución en el consumo de heroína y cocaína, sustituida por las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta.

El informe UNODC (2011) revela que el consumo de estimulantes anfetamínicos ha permanecido estable durante los últimos años; en éste informe se estima que *"la prevalencia anual de las sustancias del grupo de las anfetaminas se situó entre el 0,3% y el 1,3% en 2009, es decir, entre 14 y 57 millones de personas de entre 15 y 64 años de edad habían consumido esas sustancias como mínimo una vez durante el año anterior"* (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011).

² Recuperado 8 de Mayo de 2012 http://www.bbc.co.uk/mundo/internacional/2010/09/100916_eeuu_consumo_drogas_lav.shtml

³ Recuperado 8 de Mayo de 2012 http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/WDR2010-PR-Spanish.pdf

⁴ Implementación del Plan de Acción de consumo en el marco local Alcaldía de Medellín (2009)

Por su parte, en Colombia desde 1992 se han venido realizando estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas coordinados por la Dirección Nacional de Estupefacientes; estos estudios son el insumo y la línea de base para la implementación de la política pública tanto en consumo de sustancias psicoactivas como en el Plan Nacional de Salud Pública. Para dar cumplimiento al objetivo 4 de la resolución 425 de 2008, cuyo objetivo es mejorar la salud mental, adaptando el 100% de los planes territoriales de reducción de la demanda y la prevención del consumo mediante el sistema de gestión estratégica; herramienta que busca facilitar el aprendizaje, la comprensión y familiarización de las líneas de acción de las políticas.⁵

Según Manuel García (2009), en Colombia el alcohol es la sustancia lícita más consumida con un 94.8% y la marihuana la sustancia ilícita de mayor consumo, con una porcentaje de 5.4% en las personas entre los 12 y 60 años, seguida por la cocaína, con una prevalencia de 1.6%. La Dirección Nacional de Estupefacientes (2010) señala que el mayor consumo de marihuana se observa entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 5%, seguido del grupo de 25 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%). El consumo es mayor en el estrato 4, con 3,3%, seguido por los estratos 5 y 6, con 2,6%.

En el estudio realizado por la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Dirección Nacional de Estupefacientes, a 1189 jóvenes, sobre el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley, se evidenció un mayor consumo de bazuco, éxtasis y heroína por parte de las mujeres que de los hombres (Scoppeta, 2010).

Con el fin de apoyar la estrategia antinarcóticos, el país viene haciendo esfuerzos

desde el año 2004 para construir la política pública en reducción de la demanda de tales sustancias, logro que se hizo realidad en el 2007 con la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, aprobada por el Consejo Nacional de Estupefacientes, a partir de un proceso liderado por el Ministerio de la Protección Social con la participación de entidades públicas nacionales, departamentales y municipales, entidades académicas, científicas y comunitarias.⁶

Por medio de la Política Nacional para la reducción de drogas se lleva a cabo en el país el tercer estudio de hogares sobre el uso de sustancias psicoactivas 2007 – 2009, el observatorio de drogas de Colombia publicó⁷ los resultados que se encontraron en una muestra de 8.975 personas, con edades entre 12 y 60 años, en 10.216 hogares de 61 municipios del país. Entre los resultados más importantes se logró identificar un aproximado de 3,3 millones de fumadores en el país; que uno de cada dos hombres y cada cuatro mujeres consume alcohol; y que el grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con cerca de 6%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,9%, y el de 12 a 17 años, con 3,4%.

Este consumo o ingesta de sustancias trae consigo la asociación preocupante con los accidentes de tránsito y diversos actos violentos⁸, como lo documenta el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el 2009, donde reportó un incremento de 1.4% de las lesiones fatales en Colombia, evidenciando que tanto el abuso como la dependencia en el consumo de sustancias principalmente alcohol, van de la mano con la ocurrencia de lesiones fatales. A esto se suman otros

⁵ Sistema de gestión estratégica. Ministerio de Protección Social (2007)

⁶ Ministerio de Relaciones exteriores República de Colombia. Plan nacional de reducción de consumo de drogas 2009 - 2010

⁷ El observatorio de drogas de Colombia es una entidad adscrita al ministerio de Interior y de Justicia, de la dirección nacional de estupefacientes.

⁸ Secretaría Distrital de Salud (1999). Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para el consumo de sustancias Psicoactivas. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.

problemas sociales como la violencia interpersonal, la violencia intrafamiliar, la disolución conyugal, la ausencia de trabajo, la falta de recursos económicos, el ausentismo laboral, además del deterioro físico y psicológico que conlleva, tanto para el individuo y quienes lo rodean como para la sociedad en general.⁹

En cuanto al consumo de sustancias ilícitas e ilegales en Colombia, está totalmente prohibido al igual que su producción y comercialización. Durante el año 2009 se legalizó mediante un acto administrativo el porte de la dosis mínima de sustancias psicoactivas como cocaína, marihuana, bazuco o cualquier sustancia inhalante o psicotrópica, que no fuera utilizada como medio de curación o tratamiento médico prescrito por un profesional de la salud, lo cual generó entre otras, acciones policíacas para el control del porte ilegal de la sustancia por parte de ciudadanos y ciudadanas del país.

Independientemente de si es ilegal o ilegal, es claro que el consumo de sustancias es un problema de salud pública que compromete tanto víctimas directas como indirectas; hecho sumado a que cada vez es más temprano el inicio del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes. De ahí que acorde con la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (PNRCSPA) sea un requisito para los entes territoriales organizar, estructurar y diseñar el plan local de reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, con el objetivo de reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.¹⁰ Estos planes se encuentran divididos en cuatro ejes: prevención del consumo, mitigación de las consecuencias del consumo de alcohol y otras

sustancias, Superación de la dependencia y construcción de capacidad de respuesta. A continuación se describe cada uno:

Eje operativo Prevención del Consumo de SPA: Busca reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo. Para el desarrollo de este objetivo se planteó las estrategias de: comunicación y movilización social universal y focalizada y redes de apoyo (en escenarios escolar, laboral y comunitario), de promoción y prevención del consumo de SPA a través de formación y trabajo de pares.

Eje de mitigación de las consecuencias del consumo de alcohol y otras SPA: Mitiga el impacto del consumo reduciendo la vulnerabilidad de individuos, familias y comunidades a sufrir riesgos y daños continuos evitables y prevenibles (PNRCSPA, 2007). Para poder dar cumplimiento a este objetivo, quedó expuesta la estrategia de: desarrollo de servicios y de trabajo en red para asegurar la accesibilidad, detección temprana, referencia de casos de consumo problemático de alcohol y otras SPA en diferentes ámbitos (escolar, laboral y comunitario). Y el control social y autorregulación para minimizar la incidencia de consecuencias adversas asociadas al consumo de alcohol y otras SPA.

Eje Superación de la Dependencia: Reduce el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades (PNRCSPA, 2007). Mediante las estrategias de promoción, diversificación, fortalecimiento y ampliación de la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación e inclusión social y movilización sensibilización social y de construcción de alianzas para la generación de oportunidades reales y sostenibles de inclusión

⁹ Forensis (2009) Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá: Colombia.

¹⁰ (2007) Ministerio de Relaciones Exteriores. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.

social de consumidores en procesos de superación de la dependencia.

Eje Construcción de capacidad de respuesta: Crea la capacidad para que el país y las entidades territoriales mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo y sus consecuencias (PNRCSPA, 2007). Mediante la potenciación y desarrollo de servicios en consumo de SPA para asegurar adaptabilidad, accesibilidad, oportunidad e integralidad, intercambio de información y mejora en la gestión articulada y la construcción de capacidad técnica territorial e institucional a partir de la gestión del conocimiento y la evaluación de las acciones.

Cada uno de estos ejes hacen parte del Plan Local que las autoridades locales en Colombia deben diseñar para reducir y mitigar el riesgo de consumo en sus municipios, lo que hace que se reconozca el consumo de sustancias psicoactivas como un problema local, identificando sus particularidades, contextos y diversidades para así mismo lograr con la comunidad combatir el flagelo de la drogadicción. Es decir, los alcaldes deben comenzar a invertir en recursos humanos y financieros que no sólo atañe al consumo, sino a la producción y comercialización de sustancias lícitas e ilícitas.

En síntesis, es posible afirmar que ningún país es inmune a los problemas derivados del uso de sustancias y que la incidencia de la dependencia de sustancias va en aumento, siendo el uso de sustancias el desencadenante de otras epidemias como el VIH.

Por su parte, es necesario tener presente que las conductas de uso de alcohol y drogas son dinámicas, con patrones cambiantes dependientes de factores tales como disponibilidad, introducción de nuevas drogas, nuevos modos de administración y rápidos cambios sociales; haciendo necesario que haya más investigación para desarrollar nuevas estrategias terapéuticas y preventivas, para desarrollar servicios de soporte y para entender las asociaciones entre la

dependencia de sustancias y otras conductas de riesgo.

A nivel internacional, grupos como el Management of Substance Dependence (equipo para el Manejo de la Dependencia de Sustancias), del grupo de Enfermedades No-transmisibles y Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se ocupa de la epidemiología, las intervenciones breves para problemas relacionados con el alcohol y las drogas, la evaluación de los tratamientos y la capacitación de los profesionales en el área de investigación y tratamiento; señalan que es necesario un abordaje integrador de todos los problemas de uso de sustancias dentro del sistema de salud, en particular en el nivel de atención primaria. Finalmente, desde el área de salud pública se recomienda invertir en tratamientos para la dependencia de sustancias basados en la evidencia científica, pues esto puede ayudar a disminuir las consecuencias sociales negativas y los problemas sociales.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2003). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Arevalo, A., Arteaga, H., Aguilar, M., & Lizondo, G. (2008). Alcoholismo. *Revista paceña de medicina familiar*, 71-73.
- Baker, H., González, S., Lozano, L., Márquez, M., Nicolini, H., Ongay, E., y otros. (1997). *Manual Clínico de Psiquiatría*. México: JGH.
- Blanco, J. H. (2005). *Fundamentos de la Salud Pública* (Vol. I). Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Carballeda, A. (1991). *La Farmacodependencia en América Latina: Su abordaje desde la atención primaria de salud*. Washington: Copyright.
- DNE. (2010). *Consumo de Drogas en Colombia: Características y Tendencias*. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de Observatorio de

- Drogas en Colombia: http://odc.dne.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Tendencias%20del%20Consumo%20de%20Drogas%202010.pdf
- Dowell, M. H. (2011). *Informe del Uso de Drogas en Las Américas*. Recuperado el 22 de 04 de 2012, de [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas en Americas2011 Esp.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf).
- Frenk, J. (Junio de 2002). Editorial: Especial Farmacodependencia. *Conadic Informa - Especial*, 1-16.
- García, M. (2009). *Consumo de psicoactivos en Colombia: situación actual, elementos para discusión y perspectivas de acción*. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de Consumo de psicoactivos en Colombia: http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=29&limit=1&limitstart=0#.T5WLJLPSpPJ.
- Junta Internacional de fiscalización de Estupefacientes, J. (22 de 03 de 2011). *Informe anual de la JIFE correspondiente a 2010*. Recuperado el 2012 de 04 de 22, de [http://www.incb.org/pdf/annual-report/2010/Press_Kit/Spanish/Presentation_INCB Annual Report 2010 S.pdf](http://www.incb.org/pdf/annual-report/2010/Press_Kit/Spanish/Presentation_INCB_Annual_Report_2010_S.pdf)
- López, V. &. (2000). *Capítulo 1. Salud Pública*. En: *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson.
- Ministerio del Interior y Justicia, M. d. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de drogas en Colombia*. Recuperado el 2 de Mayo de 2012, de Estudio Nacional de Consumo de drogas en Colombia: http://www1.urosario.edu.co/correo/administracion/boletines/ODA/documentos/estudio_nacional_sobre_drogas_colombia.pdf
- Neumarka, Y., Lopez-Quintero, C., & Bobashev, G. (2012). Drug use opportunities as opportunities for drug use prevention: Bogotá, Colombia a case in point. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 127-134.
- O.M.S. (1992) CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pérez, C. (2004). *Farmacodependencia: Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*. Medellín, Colombia: Corporación para las Investigaciones Biológicas (CIB).
- Piédrola, G. (2002). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (10a Ed. ed.). Barcelona: Masson S. A.
- Pijamasurf. (28 de 06 de 2011). *Reporte de drogas ONU 2011: ¿Qué países fuman más marihuana? ¿Dónde es más barata?* Recuperado el 2012 de 04 de 2012, de <http://pijamasurf.com/2011/06/reportes-de-drogas-onu-2011-%C2%BFque-paises-fuman-mas-marihuana-%C2%BFdonde-es-mas-barata/>.
- PNRCSA. (2007). *Política Nacional para la Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto*. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Scoppeta, D. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: Características y tendencias*. Bogotá, Colombia: Guadalupe S.A.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (Junio de 2011). *United Nations Office on Drugs and Crime*. Recuperado el 26 de Mayo de 2012, de World drug report 2011: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World Drug Report 2011_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf)
- UNODC. (2011). *World Drug Report*. United Nations Publications, United Nations Office on

Drugs and Crime. Ginebra: United Nations Publications.

Velasco, A. &. (1988). *Compendio de Psiconeurofarmacología*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Snotos.

Velez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2004). *Psiquiatría* (Cuarta ed.). Medellín: CIB.

World Health Organization. (2005). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. World Health Organization. Washington, D.C: OPS: Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente.

Zapata, E. P. (23 de 06 de 2010). *EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL CONTEXO MUNDIAL, LA REGIÓN DE LAS AMERICAS Y EN COLOMBIA, UNA PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA*. Recuperado el 22 de 04 de 2012, de <http://maestriasaludmental.bligoo.cl/content/view/full/844782/Articulo-de-revision-Teorica.html>.
