SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES

PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

Fundacol

ESCUELA CONTRA LA DROGADICCIÓN
Luis Carlos Galán Sarmiento UNIDOS

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

UNIDOS

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES

PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

Carlos Arturo Robledo Marín
Ells Natalia Galeano Gasca
Juan Fernando Herrera Piedrahita
Editores

Sujetos, consumos y aportes para la prevención y atención de adicciones / editores Carlos Arturo Robledo Marín, Ells Natalia Galeano Gasca y Juan Fernando Herrera Piedrahita -- Medellín : Escuela Contra la Drogadicción, 2021. 556 p. En línea.

ISBN 978-958-53417-1-5

1. Sustancias psicoactivas – 2. Drogas – 3. Consumo – 4. Prevención y atención de adicciones – 5. Adicciones – 6. Prevención e intervención en el uso de sustancias psicoactivas – 7. Prevención – 8. Política pública – 9. Sustancias legales – 10. Alcohol – 11. Consumo de drogas – 12. Marihuana – 13. Adolescentes – 14. Drogodependencia – 15. Abuso de Drogas – 16. Educación Sanitaria – 17. Política Sanitaria – 18. Discapacidad Intelectual – 19. Trastornos Psiquiátricos – 20. Trastorno por Uso de Sustancias – 21. Patología Dual – 22. Justicia restaurativa – 23. Salud mental – 24. Cannabis recreativo – 25. Cannabis medicinal.

Alarcón García, Angélica ; Arango Jiménez, Catalina ; Arango Mejía, Luis Miguel ; Arias, Francisco Javier ; Becerra Rozo, Freddy ; Berrouet-Mejía, Marie Claire ; Cano Bedoya, Víctor Hugo ; Cardona Arias, Jaiberth Antonio ; Castaño Pérez, Guillermo Alonso ; Correa Pérez, Luisa Fernanda ; Cristancho Duarte, Andrés ; Cruz Marín, Isabella ; Cuartas Arias, Jorge Mauricio ; Dávila Cañas, Lucas ; Fernández Correa, Gloria Patricia ; Galeano Gasca, Ells Natalia ; García Muñoz, Erik ; García Vargas, Gustavo ; González Cortés, Jorge Hernán ; González Posada, Carlos Mauricio ; González Santos, Bianda Jeni ; Guiral Quinchía, Julián ; Gutiérrez Cardona, Jeniffer ; Herrera Piedrahita, Juan Fernando ; Jaramillo Giraldo, José Fernando ; Lopera Lopera, Ramón Eduardo ; Marín Valencia, Alejandro ; Martínez Arrieta, Ana María ; Martínez Herrera, Eliana ; Molina Betancur, Juan Camilo ; Molina Velásquez, David Ignacio ; Muñiz, Oscar Alfredo ; Muñoz Serna, Deisy Lorena ; Murcia Zorrilla, María Del Pilar ; Orejuela Gómez, Johnny Javier ; Paniagua Suárez , Ramón Eugenio ; Pérez Jaramillo, Jorge ; Puerta Cortés, Diana Ximena ; Quiceno, Lina Marcela ; Quiceno Vásquez, Ana María ; Restrepo Tobón, María Victoria ; Robledo Marín, Carlos Arturo ; Rodríguez Bustamante, Alexander ; Ruiz Jessica, Alejandra ; Ruiz Zuluaga, Elizabet ; Salas Zapata, Carolina ; Sánchez Acosta, Daniela ; Sierra Hincapié, Gloria María ; Torres de Galvis, Yolanda ; Uribe Aramburo, Nicolás Ignacio ; Uribe Muñoz, Yorleny ; Sandoval, Juan de Jesús ; Vanegas Peña, Margarita ; Villa Giraldo, Luisa Eugenia.

Comité científico: José Fernando Patiño Torres. PhD y Wilmar Hernán Reyes Sevillano. PhD (c).

Los contenidos son responsabilidad de cada uno de los autores y no necesariamente representan los puntos de vista de los editores, la Escuela Contra la Drogadicción o la Gobernación de Antioquia.

Derechos reservados. Material de distribución gratuita con fines académicos. Los contenidos de esta obra pueden reproducirse, siempre y cuando se cite la fuente. Queda prohibida su reproducción total o parcial con ánimo de lucro, por cualquier sistema o método electrónico sin la autorización expresa para ello.

Citar como: Robledo Marín, C., Galeano Gasca, E., & Herrera Piedrahita, J. F. (Eds.). (2021). *Sujetos, consumos y aportes para la prevención y atención de adicciones*. Escuela Contra la Drogadicción.

Edición e impresión por Arte Impresores S.A.S.

Corrección de estilo: José Sebastián Castro Toro, Luisa Fernanda Arroyave Ferreiro.

Copyright 2021 © por Escuela Contra la Drogadicción.

CONSUMO

Sujetos, consumos y aportes

para la prevención y atención de adicciones

Gobernación de Antioquia

Luis Fernando Suárez Vélez
Gobernador de Antioquia (E)

Lina María Bustamante Sánchez
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Fabio Villa Rodríguez
Director General Escuela Contra la Drogadicción

Junta Directiva Escuela Contra la Drogadicción Luis Carlos Galán Sarmiento

Luis Fernando Suárez Vélez
Presidente

Lina María Bustamante Sánchez
Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Alexandra Peláez Botero
Secretaria de Educación

Adriana Yaneth Suárez Vásquez
Gerencia de Infancia y Adolescencia y Juventud

William Andrés Echavarría Bedoya
Gerente ESE Carisma

Guillermo Alonso Castaño Pérez
Representante de la Facultad de Medicina de la Universidad CES

Mario Alberto Zapata Vanegas
Representante de las IPS privadas

Fabio Villa Rodríguez
Director General Escuela Contra la Drogadicción

Fundación Opción Colombia FUNDACOL

Javier Cardona Pineda
Presidente

Jeniffer Gutiérrez Cardona
Representante Legal

Carlos Arturo Robledo Marín
Director Ejecutivo

PRESENTACIÓN

Es un orgullo para la Escuela Contra la Drogadicción Luis Carlos Galán Sarmiento presentar este primer libro de carácter científico que recoge artículos de distintos autores destacados en la investigación sobre el fenómeno de las adicciones. Algunos de estos han trabajado con o para la Escuela en el marco de las tres primeras investigaciones que desarrolló la institución en el año 2020. Estas pesquisas exploraron aspectos relativos a la reducción del daño; modelos y enfoques de atención al consumo problemático de sustancias psicoactivas y abordajes locales respecto a la justicia restaurativa en el sistema de responsabilidad penal para niños, niñas, jóvenes y adolescentes. Además de estos aportes, se recibieron propuestas de todo el país por parte de diferentes académicos especialistas en la temática, logrando recoger 21 artículos elaborados por profesionales con amplia trayectoria académica, en su gran mayoría de universidades públicas y privadas, no solo de Antioquia, sino también de otras regiones del país.

Este libro es una tarea que la Escuela desarrolla como apuesta de articulación tanto para el mundo académico como para las instituciones estatales a nivel municipal, gubernamental y nacional. Busca brindar herramientas para la comprensión de la problemática en relación con las sustancias psicoactivas que permitan actuar de la mejor manera posible en aras de soluciones prácticas, pertinentes y adecuadas a los contextos locales y regionales. Lo anterior se encuentra en el marco de lo consignado en la Ordenanza 24 del 14 de noviembre de 2018 por la Asamblea Departamental de Antioquia, reglamentada con el decreto 1541 del 20 de marzo de 2019, por medio del cual nace el establecimiento público de orden departamental adscrito a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia: “La Escuela Contra la Drogadicción Luis Carlos Galán Sarmiento” a la que se le pone como objetivo principal: “liderar el proceso de investigación y gestión del conocimiento y generación de

insumos para la cualificación de los procedimientos relacionados con las adicciones y la articulación de los actores relacionados".

En este sentido, este libro busca concretar un primer insumo del cumplimiento de la tarea confiada, tanto desde la generación como desde la gestión del conocimiento para la cualificación de los procesos de prevención y atención en materia de adicciones; cumpliendo, asimismo, con la misión de proyectar a nivel local, regional, nacional e internacional los esfuerzos institucionales de la Gobernación de Antioquia por transitar hacia un modo de gobierno que se fortalezca mediante la producción científica, la reflexividad y la inteligencia. Todo con la meta de orientar las acciones institucionales de manera adecuada y resolutiva frente a los problemas sociales del departamento. Apostarle a la ciencia y a la tecnología para la implementación de acciones técnicas y científicas en materia de salud mental, implica estar comprometidos a profundidad con el bienestar de la población antioqueña y a la vanguardia de las más destacadas iniciativas a nivel mundial para enfrentar el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Cuando entramos a la discusión sobre las drogas nos referimos de manera genérica a cualquier sustancia natural o sintética que al ser consumida altera el ánimo, la percepción y/o la conducta de las personas. Las drogas y las sustancias en sí no son buenas o malas; hay drogas que se usan como medicina, otras que se usan de manera indebida o en cantidades indebidas; lo cual produce enormes daños al organismo, a la conducta humana y al entorno social, siendo especialmente visibles para el sector salud aquellas de orden orgánico como algunos tipos de cáncer, enfermedades hepáticas y cardiovasculares. Es especialmente notable que estas últimas constituyen el grupo de enfermedades a las que se le atribuye la mayor cantidad de morbimortalidad evitable, con lo cual, la prevención del uso problemático de sustancias psicoactivas podría llevarnos a transitar hacia una vida más saludable.

De manera que este libro es una contribución a una discusión pública y científica sobre lo que significa el uso indebido

de sustancias psicoactivas, pero también es un aporte al propósito que tenemos desde el Estado de lograr que cada día menos jóvenes inicien el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Es así que la Escuela Contra la Drogadicción Luis Carlos Galán Sarmiento, con el respaldo y el apoyo fundador de la Gobernación de Antioquia y de su actual representante, el Dr. Aníbal Gaviria Correa, pretende con este texto dar cuenta de su tarea misional, es decir, la investigación y la gestión del conocimiento al servicio de las decisiones de políticas públicas, permitiendo de tal modo la lectura adecuada de las condiciones, no solamente del territorio, sino de toda la población, mediante diagnósticos que nos permitan entender la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas, los niveles de riesgo o los niveles de daño y los modelos y enfoques de atención más adecuados para el tratamiento. Estos diagnósticos pueden conducirnos a las ideas y acciones que, en términos de reducción del daño, deben emprenderse para conseguir una ciudadanía más saludable con mejor calidad de vida; todo lo cual conlleva a generar condiciones pacíficas y de tranquilidad, no solamente para quienes desde el consumo han generado en algún momento daño para la sociedad, sino, en general, para toda la población involucrada y comprometida en este propósito.

Rionegro - Antioquia, 19 de febrero, 2021.

Fabio de Jesús Villa Rodriguez
Director Escuela Contra la Drogadicción
Luis Carlos Galán Sarmiento

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 11

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 15

Tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Un estado de la cuestión 17

Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes de Medellín, Envigado y Sabaneta 2017 - 2019 54

Consumo de drogas psicotrópicas por adolescentes escolarizados 73

Efectos del consumo de sustancias en gestantes 87

Revisión sistemática sobre las aplicaciones del ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) en gestantes, 2010-2019 109

Adicción a heroína: estrategias de intervención 126

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 155

Aspectos históricos y legales sobre la prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 157

Programas para la prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas en los adolescentes: una revisión narrativa 183

Instituciones de salud con servicios de atención o intervención. Consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Antioquia 200

Discapacidad intelectual, trastornos psiquiátricos y trastornos por uso de sustancias: principios para el abordaje, tratamiento y prevención ajustado al contexto de Antioquia 222

Psicoterapia asistida con enteógenos ¿Una oportunidad para el tratamiento de la drogodependencia? 241

Justicia restaurativa en adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal. Investigación documental 263

Importancia del espacio público para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas: desafíos y aprendizajes de Medellín 308

SUJETOS DE CONSUMO Y EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 329

Significación atribuida a la experiencia de consumo adictivo de heroína en sujetos no institucionalizados en comunidad terapéutica 331

De la farmacodependencia a la comprensión de las adicciones en el marco de la salud mental. 354

SUSTANCIAS LEGALES CONSUMIDAS: ALCOHOL 377

Pautas para la atención primaria del consumo excesivo de alcohol en Colombia 379

Consumo abusivo de bebidas alcohólicas según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado 404

PERSPECTIVA DE REDUCCIÓN DEL DAÑO 417

Políticas públicas y postura de los organismos supranacionales en torno al tema de reducción de daños asociados al consumo de drogas 419

Perspectivas y posibilidades de la reducción del daño 462

Reducción del daño en consumo de sustancias psicoactivas. Una revisión sistemática en estudios observacionales y ensayos aleatorizados 496

Características de los programas de prevención del consumo de cannabis recreativo 536

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en una problemática de las sociedades del presente siglo, lo que supone un gran reto alrededor del cual es necesario generar reflexiones, análisis y estudios científicos interdisciplinares. Es preciso un diálogo de saberes donde sociología, antropología, economía, derecho, demografía, psicología, medicina, psiquiatría, epidemiología, medicina, salud pública e incluso arquitectura y planeación urbana tengan un punto de encuentro que permita trascender el dominio de su propia disciplina hacia la convergencia de teorías, perspectivas, programas, métodos y autores, para así propiciar un debate abierto que lleve a la mejor comprensión de un fenómeno tan complejo y multidimensional como este.

Este libro que presentamos bajo el título de *Sujetos, consumos y aportes para la prevención y atención de adicciones* tiene como propósito promover la gestión de conocimiento sobre la realidad del problemático consumo de sustancias psicoactivas en la contemporaneidad, teniendo en cuenta sus múltiples dimensiones, para el fácil acceso y consulta de académicos, centros de investigación, organizaciones privadas, entidades estatales y público en general. Para ello, la Escuela Contra la Drogadicción ha convocado a universidades, grupos de investigación y organizaciones de la sociedad civil del país para que presenten sus resultados de investigación, trayectoria académica, tendencias investigativas y aprendizajes al respecto, pero sobre todo, para que contribuyan a generar nuevos interrogantes que abran de líneas de conocimiento futuras y puedan llevar a respuesta frente a las necesidades diferenciales de un país como Colombia.

Bajo esta premisa, el presente libro está estructurado bajo cinco categorías que se entretejen entre sí: 1. consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas, donde se evidencia como la brecha de consumo por edad es cada vez más corta; 2. prevención e intervención en el uso de sustancias psicoactivas, la cual resalta la importancia de conocer la historia, sus antecedentes,

los programas existentes y los retos que supone su abordaje; 3. sujetos de consumo y experiencia institucional, categoría que da a conocer de primera mano la voz de los actores, ya sea como consumidores directos o instituciones que luchan en contra de este flagelo; 4. sustancias legales consumidas: alcohol, pone de manifiesto la importancia de generar debate en torno a las sustancias legales y su impacto en la calidad de vida de las personas y, finalmente, 5. perspectiva de reducción del daño, donde se insta a la minimización de las consecuencias adversas en el consumo a partir de políticas públicas, programas y enfoques diversos para la calidad de vida de la población.

El libro inicia con el desarrollo de la primera categoría, consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas, en el que se hace un abordaje de las tendencias investigativas del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito internacional y nacional para identificar los vacíos de conocimiento existentes y trazar nuevas líneas de investigación. Luego, dos estudios empíricos presentan la problemática de consumo en el departamento de Antioquia, uno en los jóvenes de Medellín, Envigado y Sabaneta y otro en los adolescentes escolarizados de Copacabana, Ebéjico, Marinilla, Carmen de Viboral y Medellín. Por otro lado, se aborda el consumo de sustancias en gestantes: tanto desde los riesgos que supone, como las posibles rutas de aplicación de pruebas de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). El capítulo de cierre expone algunas estrategias de intervención para la adicción a la heroína.

La segunda categoría, prevención e intervención en el uso de sustancias psicoactivas, inicia con la descripción de los aspectos históricos y legales en las postrimerías del siglo pasado en Colombia hasta hoy, lo que permite conocer el desarrollo y evolución de las políticas públicas en materia de consumo en el país. Seguido, de la exposición de los programas internacionales de prevención del consumo en los adolescentes, dando líneas para la comprensión tanto de factores de riesgo, como protectores. Conocido el panorama internacional y nacional, se

expone la necesidad de considerar la discapacidad intelectual, en los casos que se presente patología dual (trastorno por uso de sustancias con trastorno psiquiátrico). Por otro lado, se presenta al lector la psicoterapia con enteógenos, para el tratamiento en la disminución del síndrome de abstinencia, la cesación del consumo y el bienestar integral del individuo.

Dos capítulos de libro cierran esta categoría: el antepenúltimo, relacionado con la justicia restaurativa en adolescentes vinculados al sistema de responsabilidad penal, expone insumos teóricos, prácticos y legales para la definición de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño para adolescentes a través de los componentes jurídico, médico-sanitario, restaurativo y de inclusión social. Y el último, resalta la importancia del espacio público como facilitador para hacer frente a la drogadicción, al ser un facilitador del encuentro con el otro y un escenario poco explorado para la generación de acciones individuales, comunitarias, familiares e institucionales.

"Sujetos de consumo y experiencia institucional" es la tercera categoría del libro, en la que el lector tendrá la oportunidad de conocer las voces de diferentes actores: la primera, la experiencia de consumo adictivo de heroína en sujetos no institucionalizados en comunidad terapéutica, bajo tres aspectos: el significado, causas y efectos. La segunda, la experiencia institucional de la Universidad Católica Luis Amigó, que presenta el devenir del grupo, las reflexiones sobre el comportamiento suicida, la relación entre las adicciones químicas y no químicas y los retos para la prevención en el siglo XXI.

La cuarta categoría "Sustancias legales consumidas: alcohol" contiene dos capítulos, los cuales exponen la preocupante exposición que tienen los ciudadanos para su consumo excesivo desde dos perspectivas: la primera, las pautas para la atención primaria del consumo excesivo de alcohol en Colombia, a través del análisis de la escala AUDIT, como una forma de orientar acciones de prevención primaria. La segunda, el consumo abusivo

de bebidas alcohólicas del adolescente escolarizado, en el que se evidencia como en cinco ciudades de Antioquia, la brecha por edad en el consumo es cada vez más corta, no solo en las grandes ciudades, sino también en los municipios del Oriente Antioqueño.

La última categoría "Perspectiva de reducción del daño" hace un recorrido por las políticas públicas de los organismos supranacionales en torno al tema de la reducción de daños asociados al consumo de drogas. Luego, realiza un análisis de las perspectivas y posibilidades de esta categoría bajo un enfoque cualitativo por un lado y por el otro, en estudios observaciones y ensayos aleatorizados, a través de un enfoque cuantitativo. Por último, se exponen las acciones generadas (políticas públicas, desarrollos técnicos y científicos), con relación a la reducción del daño, asociado al consumo de drogas. Se finaliza con el análisis de las características de los programas de prevención del consumo de cannabis recreativo en países que cuentan con un mercado regularizado, como una forma de aprendizaje de mejores prácticas, experiencias y lecciones aprendidas de sus procesos de prevención.

Este libro es pues el resultado de la interdisciplinariedad, ante lo polifacético y complejo del abordaje sobre el consumo de sustancias psicoactivas, es el compilado de un sinnúmero de preguntas que tienen asiento en la contemporaneidad, no para minimizar el objeto de estudio en visiones particularizadas o fragmentarias, sino para nutrirlo a partir de puntos de vista, posturas teóricas o perspectivas distintas que generan reflexiones, interpretaciones diversas, que tejen puntos de partida para las soluciones prácticas que requiere el país y el departamento de Antioquia en materia del uso problemático de sustancias psicoactivas.

Carlos Arturo Robledo Marín
Ells Natalia Galeano Gasca
Juan Fernando Herrera Piedrahita
Editores

CONSUMO

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

CONSUMO

Tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Un estado de la cuestión[1]

Carlos Arturo Robledo Marín
Doctor en Humanidades
Director Ejecutivo FUNDACOL
direccionejecutiva@fundacol.com

Victor Hugo Cano Bedoya.
Mg en Psicología. Psicólogo de Bienestar institucional

Universidad San Buenaventura
victor.cano@usbmed.edu.co

Ana María Quiceno Vásquez
Profesional Universitaria GESIS
Escuela Contra la Drogadicción
Gesis.fnsp@gmail.com

Jeniffer Gutiérrez Cardona.
Psicóloga, especialista en psicogerontología FUNDACOL
direccion@fundacol.com

Francisco Javier Arias
Mg en Psicología
Universidad de San Buenaventura
Francisco.arias@usbmed.edu.co

Nicolás Ignacio Uribe Aramburo
Mg. en investigación psicoanalítica
Universidad de San Buenaventura
nicolas.uribe@usbmed.edu.co

1 El presente trabajo es resultado del convenio especial de cooperación ECD 2020013 entre la Escuela contra la Drogadicción, la Universidad de San Buenaventura y la Fundación Opción Colombia FUNDACOL a fin de propiciar la primera fase de un proyecto de investigación sobre los modelos de intervención y/o atención en consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas, en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el departamento de Antioquia.

Resumen

A continuación, se presenta una aproximación al estado actual de las investigaciones relacionadas con el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Para tal fin, se realizó una revisión sistemática de un acervo de referencias internacionales que dieran cuenta de los siguientes aspectos: propósito general, referentes conceptuales, modelos de intervención utilizadas, tipos de estudio, sujetos participantes, técnicas de recolección de la información, resultados, conclusiones y recomendaciones. Posteriormente, se analizaron los trabajos de grado de pregrado, especialización, maestría y doctorado en Colombia, durante los años 2000-2020 y la producción de investigaciones que dieran cuenta del estado actual de los estudios de la atención al consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas desde una perspectiva interdisciplinaria.

Palabras claves: consumo de sustancias psicoactivas, tratamientos, conductas adictivas, niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Introducción

El objetivo del presente estudio es aproximarse al estado actual de las investigaciones relacionadas con el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes a fin de seguir promoviendo el entendimiento del fenómeno, sobre todo si se tiene en cuenta que su uso ha aumentado drásticamente desde el año 2000; que representa un grave riesgo para la salud pública, especialmente entre los más jóvenes, y que es un fenómeno multidimensional que afecta aspectos biológicos, cognitivos, de personalidad, interpersonales, familiares, de desarrollo y sociales, que contribuyen al desarrollo, continuación, empeoramiento y cronicidad de los problemas de drogas (Liddle, 2013).

En el caso de Colombia, se estima que casi la mitad de sus habitantes utiliza alguna sustancia psicoactiva con relativa frecuencia y que

no menos de un 20% se encuentra en situaciones de posible riesgo y problemas de abuso. Además, no solo el inicio del consumo se presenta a edades tempranas, sino que el consumo de sustancias ilícitas ha venido aumentado, tanto por el número de personas que consumen como por la variedad de las sustancias que están disponibles. Por regiones, se tiene que Medellín, Antioquia y los departamentos del Eje Cafetero son los que presentan las mayores tasas de consumo, por encima del promedio nacional, a su vez, el grupo etario de los 12 a los 17 años, presenta las segundas tasas de consumo más altas, detrás del grupo de personas entre los 18 a los 24 años (Ministerio de Justicia y del Derecho & Observatorio de drogas de Colombia, 2017).

La investigación sobre el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes: perspectiva internacional

Para la sistematización y análisis del estado de la cuestión internacional se realizó la lectura, selección, organización, clasificación e interpretación de artículos científicos en español, inglés y portugués, encontrados en las bases de datos bibliográficos Dialnet, Ebsco, IsiWeb of Science, Jstor, PubMed, Redalyc, Scielo y Scopus. En los elementos de búsqueda se combinaron cinco palabras clave: modelo de intervención, modelo de atención, drogadicción, consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas. Así como tres temas: drogadicción en niños, drogadicción en jóvenes y drogadicción en adolescentes durante los años 2000 – 2020. Para analizar estos estudios, se clasificaron en una matriz de Excel, teniendo en cuenta las siguientes categorías: propósito general de la investigación, referentes conceptuales, modelos de intervención utilizados, tipo de estudio (profundidad, tiempo y diseño), sujetos participantes, técnicas de recolección de la información, principales resultados, conclusiones y recomendaciones. De 125 manuscritos identificados, solo 92 cumplieron con los criterios mencionados.

Con relación al propósito general de las investigaciones se presenta una tendencia predominante hacia la evaluación de la eficacia de: programas y/o tratamientos para adolescentes en el ámbito escolar (De la Villa & Ovejero, 2005; Gunderson, Sebastian, Wilging & Ramos, 2020; Jiménez et al., 2014; Moral, Ovejero, Sirvent & Rodríguez, 2005; Ramos, 2013; Sterling et al., 2017); programas de recuperación por dependencia química (Balsa, Homer, French & Weisner, 2007; Bell & Mutch, 2006; Crome, 2006; Sterling, Chi, Campbell & Weisner, 2009; Sterling & Weisner, 2005), entrevistas motivacionales (D'Amico, Hunter, Miles, Ewing & Osilla, 2013; Li, Zhu, Tse, Tse & Wong, 2016; McGillicuddy, Rychtarik & Papandonatos, 2015; Sussman, Sun, Rohrbach & Spruijt-Metz, 2012), intervenciones breves (Lira-Mandujano, Gónzalez-Betanzos, Carrascoza, Ayala & Cruz -Morales, 2009; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008; Pacheco y Martínez, 2013; Sterling, Valkanoff, Hinman & Weisner, 2012), tratamiento de 12 pasos (Chi, Sterling, Campbell & Weisner, 2013; Lee et al., 2017; Mundt, Parthasarathy, Chi, Sterling & Campbell, 2012); programas residenciales (Albertella & Norberg, 2012; McGillicuddy, Eliseo-Arras, 2012; Winters, Botzet, Dittel, Fahnhorts & Nicholson, 2015), intervenciones comunitarias (Espada, Fernández & Laporte, 2012; Wong, Zhuang & Ng, 2020), programas de prevención basados en la familia (Byrnes, Miller & Laborde, 2013; Cerutti, Saloum & de Lima-Argimon, 2018), servicios de bienestar infantil (Barker, Shoveller, Grant, Kerr & Debeck, 2020; Heradsveit et al., 2020); intervención clínica en el trastorno por juego de azar (Jáuregui, Macía & Stévez, 2019), propiedades psicométricas de ciertos instrumentos (Fernández & Llorente, 2007); programas preventivos (Font-Mayola, Gras & Planes, 2013), tratamiento en drogodependencias (Parra et al., 2011); programas intensivos de tratamiento (Robert-Lewis, Welch-Brewer, Jackson, Martin & Parker, 2010) y programas de autoayuda (Bekkering, Mariën, Parylo & Hannes, 2016).

Otras investigaciones están relacionadas con la descripción de modelos de intervención para la prevención o tratamiento del uso

de sustancias en lo que tiene que ver con: diseño e implementación (Romero, Rodríguez, Durand-Smith & Aguilera, 2004; Becoña & Cortés, 2010; Bobes et al., 2018; Danza, 2009; De León, 2004; Goti, 2003; Homer, Drummond & French, 2008; Kumpfer, Fenollar & Jubani, 2013; Naparstek, 2005; Raone, 2016; Silvers, Squeglia, Thomsen, Hudson & Feldstein Ewing, 2019; Schoech, 2007; Souza, 2005; Souza, 2004; Winters, Leitten, Wagner & O'Leary, 2007; Walther, Gantner, Heinz & Majíc, 2016); lineamientos para el abordaje profesional de las adicciones (Becoña & Cortés, 2008; Souza, 2009); breves intervenciones con entrevista motivacional (Barnett et al., 2012); conceptualización y respuesta práctica de los modelos (Bousoño, Cappelletti, Améndola & Naparstek, 2011); modalidades de tratamiento (Fanton, 2011); técnicas de análisis de factores confirmatorios (Alan & Paulson, 2011); atención basada en evidencia (Simon, Harris, Shrier & Bukstein, 2020); planes de mejora para la prevención de la drogodependencia (Azorín, 2016) y planes de estudio (Whittle, Buckelew, Satterfield, Lum & O'Sullivan, 2015).

En una menor proporción se evidencian investigaciones que se interesan por la identificación de las razones y factores de riesgo del uso de sustancias (Barrós et al., 2020; Díaz-Genara et al., 2020; Gurrián et al., 2019; Martz, Tankersley, Mekala & Motiwala, 2018; Miguel-Aguilar, Rodríguez-Bolaños, Caballero, Arillo-Santillán & Reynales-Shigematsu, 2017; Morales, Tuse-Medina & Cascausto, 2019; NIDA, 2020; Soares et al., 2020); las narrativas de los adolescentes frente a la experiencia de consumo (Galhardi & Matsukura, 2018; Echeverría, 2004; Kornblit, Guffanti & Verardi, 2004; Pacheco & Medeiros, 2019; Machado, 2010); la identificación de factores que determinan la continuidad y/o adherencia al tratamiento (Vidal & Chamblás, 2014; Eisman, Kilbourne, Greene, Walton & Cunningham, 2020; Mennis, Sthaler & Baron, 2012; Sánchez, Gradoli, Molina, Gurrea & Morales, 2002); el análisis de las ventajas y desventajas de la implementación de los tratamientos en los adolescentes (Drabble, 2010; Ressia, Sánchez, De Gregorio & Milán, 2011; Soto, 2011); los efectos del

uso de alcohol y marihuana en los adolescentes (Gómez, Becker, O'Brien & Spirito, 2015; Latief & Solli, 2020); el papel de la familia en la prevención del consumo (Israelashvili, 2019; Moral, 2009); las percepciones sobre la calidad en la atención (Juárez, García & Marquina, 2019), el aporte de la telemedicina en las instituciones (Uscher-Pines et al., 2020); la necesidad de la detección temprana del uso indebido de sustancias (Tiburcio, Baker & Hanauer. 2019); y los aportes de la pedagogía social en los modelos de prevención de las drogodependencias (Salazar & Williamson, 2015).

Respecto a los referentes conceptuales, la mayoría de investigaciones se basan en la psicología (Byrnes et al., 2013; Vidal & Chamblás, 2014; Crome, 2006; Eisman et al., 2020; Font-Mayola et al., 2013; Israelashvili, 2019; Martínez et al., 2008; Moral et al., 2005; Páramo et al., 2015) desde sus diferentes perspectivas: cognitivo conductual (D'Amico, et al., 2013; Espada et al., 2012; McGillicuddy et al., 2015), psicoanálisis (Bousoño et al., 2011; Pacheco & Medeiros, 2019; Naparstek, 2005), psicología cognitiva (Fernández & Llorente, 2007; Jáuregui et al., 2019), psicopatología (Díaz-Genara et al., 2020), psicología social cultural (Echeverría, 2004), neuropsicología (NIDA, 2020), psicología dinámica (Souza, 2004) y teoría cognitivo social (Lira-Mandujano et al., 2009).

Otros referentes conceptuales tienen orientaciones desde la psiquiatría (Romero et al., 2003; Becoña & Cortés, 2008; Kornblit et al., 2004; Pacheco & Martínez, 2013; Raone, 2016; Ressia et al., 2011; Souza, 2009; Souza, 2005); la comunidad terapéutica (Danza, 2009; De León, 2004; Fanton, 2011; Goti, 2003; Parra et al., 2011; Soto, 2011); y teorías del cambio de comportamiento (Bekkering et al., 2016; Lee et al., 2017; Mundt et al., 2012).

En una menor proporción se evidencian abordajes desde perspectivas en familia (Kumpfer et al., 2013; Moral, 2009); pedagogía social (Salazar & Williamson, 2015); teorías biológicas (Morales et al., 2019), la religión (Machado, 2010) o la teoría de la influencia triádica de Flay (Miguel-Aguilar et al., 2017).

En lo que tiene que ver con los modelos de intervención utilizados, se evidencian el psicológico-interdisciplinario (Romero et al., 2003; Byrnes et al.,; Barrós et al., 2020; Becoña & Cortés, 2010; Bobes et al., 2018; Bousoño et al., 2011; Danza, 2009; De León, 2004; Díaz-Genara et al., 2020; Drabble, 2010; Echeverría, 2004; Fanton, 2011; Font-Mayola et al., 2013; Galhardi & Matsukura, 2018; Fernández & Llorente, 2007; Goti, 2003; Homer et al., 2008; Becoña & Cortés, 2008; Israelashvili, 2019; Jáuregui et al., 2019; Juárez et al., 2019; Kornblit et al., 2004; Kumpfer et al., 2013; Li et al., 2016; Pacheco & Medeiros, 2019; Martínez et al.,2008; Miguel-Aguilar et al., 2017; McGillicuddy, Eliseo-Arras, 2012; Moral et al., 2005; Moral Jiménez, 2009; Morales et al., 2019; Latief & Solli,, 2020; Naparstek, 2005; Páramo et al., 2015; Parra et al., 2011; Ramos, 2013; Raone, 2016; Ressia et al., 2011; Robert-Lewis et al., 2010; Silvers et al., 2019 ; Simon et al., 2020; Souza, 2004; Souza, 2009; Soto, 2011; Souza, 2005; Tiburcio et al., 2019; Winters et al., 2015; Wong et al., 2020); el clínico psiquiátrico (Albertella & Norberg, 2012; Balsa et al., 2007; Bell & Mutch, 2006; Vidal & Chamblás, 2014; Crome, 2006; Gomez et al., 2015; Gurrián et al., 2019; Mennis et al., 2012; NIDA, 2020; Soares et al., 2020; Sussman et al., 2012; Uscher-Pines et al., 2020); pedagógico reeducativo (Azorín, 2016; Barker et al., 2020; De la Villa & Ovejero, 2005; Eisman et al., 2020; Gunderson et al., 2020; Heradsveit et al., 2020; Jiménez et al., 2014; Martínez et al., 2008; Salazar & Williamson, 2015; Sussman et al., 2012; Schoech, 2007; Sterling et al., 2012; Sterling et al., 2017; Whittle et al., 2015; Winters et al., 2007), 12 pasos (Bekkering et al., 2016; Chi et al., 2013; Lee et al., 2017; McGillicuddy et al., 2015; Mundt et al., 2012; Sterling et al., 2009; Sterling & Weisner, 2005); SBIRT (Barnett et al., 2012; D'Amico et al., 2013; Lira-Mandujano et al., 2009; Pacheco & Martínez, 2013); modelos mixtos de intervención (Cerutti et al., 2018; Espada et al., 2012; Walther et al., 2016); teoterapia (Alan & Paulson, 2011; Machado, 2010) y modelo transteórico (Sánchez et al., 2002).

Con relación al tipo de estudio y de diseño se hallaron 45 investigaciones cualitativas, 35 cuantitativas y 12 mixtas. En las

investigaciones de tipo cualitativo se destacaron las revisiones documentales, en las cuantitativas y mixtas predominaron las de corte transversal y diseño no experimental.

El tipo de estudio más recurrente fue el descriptivo. En estos estudios se especificaron las implicaciones, retos, metodologías y narrativas del uso de sustancias, así como la evaluación de los diferentes enfoques de intervención (Alan & Paulson, 2011; Balsa et al., 2007; Barker et al., 2020; Barnett et al., 2012; Barrós et al., 2020; Becoña y Cortés, 2010; Bell & Mutch, 2006; Byrnes et al., 2013; Crome, 2006; Chi et al., 2013; De León, 2004; Díaz-Genara et al., 2020; Eisman et al., 2020; Espada et al., 2012; Fanton, 2011; Font-Mayola et al., 2013; Goti, 2003; Gunderson et al., 2020; Heradsveit et al., 2020; Homer et al., 2008; Becoña & Cortés, 2008; Israelashvili, 2019; Jiménez et al., 2014; Juárez et al., 2019; Kornblit et al., 2004; Kumpfer et al., 2013; Lee et al., 2017; Li et al., 2016; Pacheco & Medeiros, 2019; Machado, 2010; Martz et al., 2018; Mennis et al., 2012; Miguel-Aguilar et al., 2017; Mesa, 2017; Moral et al., 2005; Latief & Solli, 2020; Mundt et al., 2012; Naparstek, 2005; NIDA, 2020; Pacheco & Martínez, 2013; Páramo et al., 2015; Parra et al., 2011; Ressia et al., 2011; Schoech, 2007; Silvers et al., 2019; Simon et al., 2020; Soto, 2011; Souza, 2009; Souza, 2004; Sterling et al., 2017; Sterling et al., 2009; Sterling et al., 2012; Tiburcio et al., 2019; Uscher-Pines et al., 2020; Walther et al., 2016; Winters et al., 2015; Winters et al., 2007; Whittle et al., 2015; Wong, Zhuang & Ng, 2020).

Las investigaciones también tuvieron un enfoque correlacional, estas analizaron la relación entre variables como la edad, el abuso de sustancias, la dependencia y desordenes psiquiátricos con el consumo de sustancias (Albertella & Norberg, 2012; Vidal & Chamblás, 2014; D'Amico et al., 2013; Gómez et al., 2015; Gurrián et al., 2019; Martínez et al., 2008; Moral 2009; Morales et al., 2019; Mundt et al., 2012; McGillicuddy et al., 2015; McGillicuddy & Eliseo-Arras, 2012; Robert-Lewis et al., 2010; Ramos, 2013; Sánchez et al., 2002; Sussman et al., 2012; Sterling & Weisner, 2005). Seguidos de los estudios exploratorios, los cuales analizaron los hábitos, la frecuencia del consumo, estrategias de afrontamiento

e intervención clínica (De la Villa & Ovejero, 2005; Martínez et al., 2008; Drabble, 2010; Echeverría, 2004; Galhardi & Matsukura, 2018; Jáuregui et al., 2009; Raone, 2016; Salazar & Williamson, 2015; Souza, 2005).

Por último, se evidencia que las investigaciones de tipo explicativo (Bousoño et al., 2011; Cerutti et al., 2018; Danza, 2009; Soares et al., 2020) e interpretativo (Bobes et al., 2018) fueron las menos comunes.

Con relación a los sujetos participantes, si bien la mayoría de los estudios realizados se hicieron a través de revisión de fuentes secundarias, es decir, se enfocaron en la revisión de estudios ya realizados (28), se evidenció un interés en los adolescentes que se encontraban en centros de atención al consumo de sustancias psicoactivas (24), seguido de jóvenes escolarizados (12), pacientes en tratamiento y sus programas (cada uno con ocho estudios). En una menor proporción fueron de interés los padres de familia con hijos consumidores en tratamiento (4), los profesionales que trabajan en los centros de tratamiento (3), los programas de prevención y promoción (3), niños y jóvenes, profesores, padres e hijos consumidores, niñas en tratamiento e intervención farmacológica (cada tema con un estudio).

Respecto a las técnicas de recolección, se encontró que en la mayoría de los estudios (35) se utilizaron las fichas bibliográficas; en segundo término, se dio el uso de diversos instrumentos psicométricos (19), seguido del uso de las encuestas (9) y en cuarto lugar las entrevistas estructuradas (8). En una menor proporción, se encontró el uso de cuestionarios, entrevistas y encuestas, registros clínicos, autorregistros, pruebas clínicas o de laboratorio, observación de campo, grupos focales, entrevista semiestructurada y psicometría. Llama la atención cómo en el uso de pruebas de tamizaje en los procesos de tratamiento en farmacodependencia, se enuncia que existen diversas pruebas de cribado susceptibles de ser utilizadas con la población adolescente y que ayudan a identificar las diversas gamas de

consumo que presentan los jóvenes (Simon et al., 2020); en especial el instrumento autoaplicado *Adolescent Substance Abuse Subtle Screening Inventory-SASSI-A3,* evidencia una sensibilidad del 85.7% para la identificación de los jóvenes que tratan de manipular la prueba y ocultar su nivel de consumo e incidencia (Tiburcio et al., 2019). También se destacan los instrumentos desarrollados para validar los constructos teóricos de la teoría del aprendizaje socio – cognitivo, ya que muestran niveles de validez y confiabilidad aceptables, lo cual también les aporta a los procesos de tratamiento que tengan en cuenta este enfoque (Fernández & Llorente, 2007).

Con relación a los principales resultados, en lo que se refiere a los aspectos orgánicos del tratamiento, se señala que la metadona es mejor que la buprenorfina para el abordaje de los adolescentes adictos a la heroína (Bell & Mutch, 2006). Se resalta la importancia de la valoración por psiquiatría, apoyo farmacológico (Sterling & Weisner, 2005) y valoración neurológica (Silvers et al., 2019) en la población adolescente que se encuentra en tratamiento y presenta cuadros clínicos como depresión, ansiedad y trastornos alimentarios. La vulnerabilidad genética es mayor en la población masculina que abusa de las bebidas alcohólicas, haciéndose extensiva a otros trastornos como es el cuadro de déficit de atención con hiperactividad (Gurriarán et Al., 2019). Además, es fundamental una atención en salud física en general durante y después del tratamiento para los controles efectivos del colesterol, los niveles de azúcar, la salud oral y las enfermedades pulmonares (Latief & Solli, 2020).

Sobre el uso de la marihuana, existe mayor predilección al consumo de la marihuana sintética debido a su más fácil acceso y precio, lo que supone la necesidad de la creación de leyes más estrictas y de programas con la población adolescente respecto a los riesgos del uso de este tipo de cannabinoide (Martz et al., 2018). Además los problemas de salud mental asociados al consumo de marihuana, la normalización de su consumo, las dudas de recomendar su uso médico entre los y las jóvenes, los riesgos de combinar el consumo

de marihuana con alcohol, la dificultad de generar confianza entre los adolescentes y sus padres, los vacíos de conocimiento y la falta de habilidades por parte de los terapeutas se identifican como temáticas relevantes para el abordaje del consumo de esta sustancia (Gunderson et al., 2020).

Por otro lado, los síntomas de ansiedad previos al tratamiento por parte de los adolescentes, se asocian con un mayor consumo de cannabis, al igual que los síntomas obsesivo compulsivos y de somatización, mas no así con la ideación paranoide (Albertella & Norberg, 2012); en una vía similar, se encuentra una posible asociación entre tendencias depresivas, haber sufrido de matoneo escolar y el consumo de marihuana (Díaz-Genara et al., 2020). Al momento de hacer un análisis entre las características psicopatológicas con el proceso de tratamiento, se evidencia una relación entre psicopatología, consumo de sustancias y los procesos de cambio al interior de un proceso terapéutico; la sintomatología emocional incide en los procesos cognitivos y por su parte el historial de consumo genera dificultades en el desarrollo de estrategias conductuales de cambio (Sánchez et al., 2002).

Respecto a la adherencia a los tratamientos, la identificación de los factores que facilitan la adherencia y el vínculo terapéutico entre paciente y profesional son elementos clave para la efectividad de estos (Vidal & Chamblás, 2014; Soares et al., 2020). También se señala la relevancia de la permanencia de los usuarios en los programas, con los tiempos estipulados para ello (Parra et al., 2011). Además, se observa como un elemento importante que las instituciones realicen una buena lectura de las demandas o necesidades que tienen los pacientes, al igual que el cuidado en prestar atención a las transiciones dentro del proceso de atención, sobre todo de reintegración al contexto social (Barker et al., 2020). A su vez, es importante que los modelos de atención sean continuos en el tiempo (Sterling et al., 2009).

Una de las estrategias de intervención que ha sido tendencia durante los últimos 10 años es la llamada entrevista motivacional.

Aunque aún requiere de una mayor indagación para su uso en contextos grupales (D'Amico et al., 2013), se ha evidenciado que puede utilizarse como estrategia para hacer promoción y prevención, a manera de complemento de otras actividades que se realicen en las aulas (Barnett et al., 2012). Esta debería ejecutarse con una frecuencia de una a cinco sesiones (Winters et al., 2007), sobre todo en fases iniciales del consumo de sustancias psicoactivas (Martínez et al., 2008) al igual que para personas fumadoras de cigarrillo o tabaco (Lira-Mandujano et al., 2009). Se evidencia, además, una disminución significativa del consumo de grupos de adolescentes en comparación a otros que no recibieron este tipo de intervención (Sussman et al., 2012); pero al momento de hacer seguimiento al año de haber recibido este tratamiento, el efecto no es tan claro. De igual manera, se destaca cómo las entrevistas motivacionales favorecen un cambio de la actitud frente al consumo de sustancias, pero no tanto de la conducta de uso de drogas en sí misma (Li et al., 2016).

Con relación a los factores relacionados con una intervención exitosa, se destacan la forma como responde la institución frente a las actitudes retadoras y de apatía por parte del usuario, así como las habilidades de respeto, tolerancia, comunicación y apego a las normas por parte de los profesionales, (Souza, 2005; Fanton, 2011) que orientan la atención, debiendo adaptarse a las diversas realidades locales (Juárez et al., 2019; De León, 2004). Además del conocimiento de las bases teóricas y de los modelos de tratamiento, el profesional debe tener una actitud hacia el cambio por parte de los adolescentes, tener empatía y saber motivar a los jóvenes (Pacheco & Martinez, 2013).

En torno a la intervención con las familias de los niños, niñas y jóvenes que consumen sustancias psicoactivas, se encontró que se pueden obtener mejores resultados cuando los padres de familia reciben entrenamiento en habilidades de afrontamiento, mediante metodologías como el programa de 12 pasos, (McGillicuddy et al., 2015) y las pautas de tratamiento personalizadas tanto en lo farmacológico como en lo psicosocial (Espada et al., 2012).

Además, el éxito de la intervención aumenta cuando las familias pueden escoger la modalidad de tratamiento y participar en esta (Byrnes et al., 2013; Cerutti et al., 2018), ya que permite verificar, ampliar y recoger información de ciertos aspectos o situaciones que no son mencionadas por parte de los jóvenes, (Pacheco & Medeiros, 2019) sobre todo cuando se presenta poca colaboración por parte de estos (McGillicuddy & Eliseo-Arras, 2012).

Respecto al programa 12 pasos, se menciona el uso de programas como Narcóticos Anónimos o de Alcohólicos Anónimos como complemento eficaz de otros procesos terapéuticos, puesto que su énfasis en el servicio le permite al usuario salir del egocentrismo y reconocer una dimensión espiritual sin estar ligada necesariamente en una fe o religión particular (Lee et al., 2017). Este proceso parece reducir el consumo de sustancias entre los adolescentes, ayudar al aumento de la asistencia a los grupos, a la abstinencia (Bekkering et al., 2016) y favorece el mantenimiento de la recuperación a largo plazo (Chi et al., 2013). Uno de los aspectos a mejorar son los aspectos metodológicos, tales como el número de sesiones, los temas tratados, la incidencia del consumo o la fase en que se encuentran los jóvenes asistentes (Bekkering et al., 2016), así como el alto énfasis en asumir una creencia, por lo general de carácter cristiano (Machado, 2010).

Pasando a la terapia cognitivo-conductual en relación con la intervención en adicciones, se resalta su base sólida de evidencia, el acceso ágil a evaluaciones integrales por profesionales competentes y tratamiento farmacológico por parte de psiquiatras especializados en adicciones (Crome, 2006; Becoña & Cortés, 2010), así como el manejo de las emociones negativas, la disminución en la frecuencia del consumo y la mejoría en la calidad de vida en comparación con los jóvenes que no reciben este tipo de tratamiento (Wong et al., 2020). En el caso del consumo de cannabis, la terapia cognitivo conductual tiene efectos favorables a la hora de reducir la cantidad de marihuana consumida y de aumentar el funcionamiento psicosocial de los jóvenes (Walther et al., 2016).

En lo que se refiere a los servicios de atención por consumo de drogas, se señala que la atención por telemedicina viene en aumento; se hace un énfasis en la población que está en zonas rurales, con diversos enfoques de tratamiento incluyendo la farmacoterapia (Uscher-Pines et al., 2020) y que para su desarrollo hacia futuro estarían involucrando a los jóvenes (Schoech, 2007).

Como recomendaciones, se sugiere la validación o mejoramiento de los programas de tratamiento que les son ofrecidos a niños, niñas y adolescentes (Alan & Paulson, 2011) con un mayor número de pacientes, con pruebas de tóxicos en orina realizadas al azar; la caracterización de los jóvenes en cuanto a cuál tratamiento les puede servir más, así como los cambios en el consumo (Martínez et al., 2008). Igualmente, se sugiere la realización de estudios de seguimiento por tiempos mayores de un año e investigaciones de tipo experimental (Balsa et al., 2007). Además, es importante que la dimensión espiritual sea fortalecida con actividades que favorezcan la cohesión del grupo como espacios de tutoría y aprendizaje mediante ejercicios de roles (Alan & Paulson, 2011). Hay programas como el HEART que arrojan mejoras significativas en diversas áreas, y esto refuerza la necesidad de ofrecer en los centros de atención a jóvenes tratamientos eficaces y con evidencia empírica (Roberts-Lewis et al., 2010).

Por otro lado, se recomienda identificar la presencia de fallas en la comunicación, la fragmentación entre los servicios, la rotación del personal y el efecto de las estrategias implementadas que permitan la identificación de falencias; así como la construcción y conceptualización de modelos que faciliten la comunicación entre disciplinas (Laurie, 2010). También es importante hacerle seguimiento a la posible estigmatización del paciente y a la falta de confidencialidad (Sterling et al., 2012), generando la sistematización de consideraciones clínico–académicas que orienten las buenas prácticas (Souza, 2009) y el seguimiento a guías clínicas de intervención integral que tengan en cuenta la comorbilidad y orienten las intervenciones clínicas (Becoña & Cortés, 2008).

Frente a la dimensión económica de los programas de tratamiento, se recomienda complementarlos con reuniones de 12 pasos, puesto que se evidencia la reducción de los costos médicos en un 4.7%, reflejados en la reducción de días de hospitalización y de atención por psiquiatría (Mundt et al., 2012). La implementación de estrategias terapéuticas más seguras y eficaces tienen por lo general un mayor impacto en el presupuesto (Bobes et al., 2018), por ello se evidencia la relevancia de hacer una estimación de los costos y beneficios de las intervenciones mediante equipos integrados por economistas y el personal de salud encargado de la atención (Homer et al., 2008). Por supuesto, las intervenciones que se propongan tienen que ser realistas, en cuanto a los recursos, tiempos y personal (Font-Mayola et al., 2013).

Con relación a los procesos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se recomienda que se realicen a edades más tempranas, desde el período escolar (Salazar, & Williamson, 2015), fortaleciéndose aún más las instituciones o servicios que atienden a los niños, niñas y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad (Heradstveit et al., 2020). Además, es preciso hacer hincapié en la calidad de los programas preventivos, la experiencia de los docentes, la flexibilidad del currículo y la oferta de entrenamientos en educación para la salud (Eisman et al., 2020). Ahora bien, los programas preventivos no solo deben tener en cuenta a los jóvenes y ser solamente informativos, también es relevante la realización de actividades con la familia y la participación de expertos (Moral et al., 2005).

Con relación al contexto en el que se encuentran los niños, niñas y adolescentes y el consumo de sustancias psicoactivas, se identificaron 6 instancias, a las cuales se les debe prestar especial atención: el barrio (Galhardi & Matsukura, 2018; Mennis et al., 2012; Kornblit et al., 2004; Romero et al., 2003), aspectos étnicos – raciales (Sterling et al., 2017), el grupo de pares (Morales et al., 2019; Ramos, 2013), los padres de familia (Winters et al., 2015; Páramo et al., 2015; Israelashvili, 2019; Kumpfer, Fenollar & Jubani,

2013; Moral, 2019), las políticas de drogas (Miguel-Aguilar et al., 2017) y la presión social (Echeverría, 2004).

Actualidad en la producción académica sobre sustancias psicoactivas y conductas adictivas en Colombia

Para el análisis del estado de la cuestión nacional, se procedió de la siguiente manera: para la identificación de la producción académica sobre sustancias psicoactivas y conductas adictivas, en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Colombia se realizó una revisión de los repositorios institucionales de la Universidad Católica Luis Amigó, Universidad CES, Universidad de Antioquia, Universidad de San Buenaventura, Universidad EAFIT, Universidad Nacional de Colombia y Universidad Pontificia Bolivariana durante los años 2000-2020 con las palabras clave: modelo de intervención, modelo de atención, drogadicción, consumo de sustancia psicoactivas y conductas adictivas; así como con tres temas: drogadicción en niños, drogadicción en jóvenes y drogadicción en adolescentes. El análisis de los trabajos de grado encontrados se clasificó en una matriz de Excel, teniendo en cuenta las categorías: temáticas, áreas de conocimiento y nivel de formación (pregrado, especialización, maestría o doctorado).

Respecto a los trabajos de grado, se evidencian producciones en pregrado, especialización, maestría y doctorado. La tendencia en temáticas está relacionada con intervención psicodinámica, prevención, consumo de sustancias, rehabilitación, estrategias de afrontamiento, el arte como estrategia de intervención, reducción del daño, perspectiva legal, enfoque sistémico, enfoque cognitivo conductual, recaída, voluntariado, consumo de drogas en la infancia, comunidad teoterapéutica, toxicomanía e intervención (ver Tabla 1).

Tabla 1. Temáticas de trabajos de grado nacionales sobre sustancias psicoactivas y conductas adictivas, en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Colombia

Temáticas en los niveles de formación			
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado
Intervención psicodinámica (3)	Enfoque sistémico (1)	Voluntariado (1)	Intervención (1)
Prevención (2)	Enfoque cognitivo conductual (1)	Consumo de drogas en la infancia (1)	
Consumo de sustancias (2)	Recaída (1)	Comunidad teoterapéutica (1)	
Estrategias de intervención (2)		Toxicomanía (1)	
Rehabilitación (1)			
Reducción del daño (1)			
Perspectiva legal (1)			

Fuente: elaboración propia

En cada una de las temáticas se destacan trabajos de distintos niveles de formación. Con relación a los trabajos de pregrado resaltan: la intervención psicodinámica (Correa, 2017; Jiménez & Cataño, 2016; Tamayo, 2014), prevención (Niño & Bernal, 2011; Uribe, 2011), consumo de sustancias (Gantiva et al., 2012; Villalobos, Figueroa, Figueroa-Patiño, Mejía & Paredes, 2019), rehabilitación (Castaño, Duque & Patiño, 2019), estrategias de intervención (Fuentes & Casadiegos, 2009; Gallo & Pareja, 2009), reducción del daño (Pérez, 2001) y perspectiva legal (Blandón, 2018).

Con respecto a las especializaciones, se evidencian trabajos relacionados con el enfoque sistémico (Vergara, 2013), enfoque cognitivo conductual (Mesa, 2017) y recaída (Tello, García & Castro, 2012). Por otro lado, trabajos relacionados con el voluntariado (Echeverri, Rodríguez & Correa, 2014), el consumo de drogas en la infancia (Melo & Nascimento, 2010), la comunidad teoterapéutica (Murcia & Orejuela, 2014) y la toxicomanía (Velosa, 2009) resaltan en maestría, frente a trabajos relacionados con la intervención (Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2017) en tesis de doctorado.

Con relación a la producción de investigaciones, se evidencia en Colombia una producción significativa con relación al consumo de sustancias psicoactivas. Algunos de los estudios identificados se relacionan con el abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes (Castaño, Morales, Arango, Montoya & Rodríguez, 2013; Torres de Galvis, Posada, & Berbesí, 2010; Scoppetta & Castaño, 2019), población colombiana en general (Torres de Galvis, Posada, Bareño & Berbesí, 2010), en víctimas del conflicto armado (Castaño et al., 2017), con consumo y dependencia del alcohol (Torres de Galvis, 2009) e incluso estudios comparativos de Colombia con otros países sobre la cobertura de tratamiento para personas con trastornos por uso de sustancias (Degenhardt et al., 2017). Llama la atención el crecimiento significativo de estudios relacionados con enfoques de reducción del daño en el país (Castaño, 2002a), en los que se busca comprender su devenir histórico (Castaño, 2002b), conocer las diferentes estrategias de actuación (Castaño, 2002c) y los servicios de atención a partir del enfoque de reducción de daños (Castaño, 2002d).

En Antioquia se identifican estudios relacionados con la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados (Torres de Galvis, 2003), por trastorno dual en el municipio de Itagüí (Castaño & Sierra, 2015), por consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes en Medellín (Arango et al., 2013; Castaño, Arango, Morales, Rodríguez & Montoya, 2012, 2013), en la delincuencia juvenil (Torres de Galvis et al., 2000) y en los jóvenes de clase social alta de Medellín (Torres de Galvis, Salas, Agudelo, Sierra & Calderón, 2015).

Conclusiones

Desde la perspectiva internacional, si bien se evidencia una tendencia investigativa en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas desde la evaluación de la eficacia de programas y/o tratamientos para adolescentes en el ámbito escolar; la descripción de modelos de intervención, la identificación de las razones y factores de riesgo del uso de

sustancias, las narrativas de adolescentes drogadictos y los programas de recuperación por dependencia química no se identifican estudios asociados al consumo de sustancias en niños y niñas. Aquellos que abordan el tema lo hacen teniendo como referente de consumo a sus padres, no a los niños y niñas, así: i) la problemática que supone el consumo de drogas por parte de la madre gestante en el feto y posteriormente en el recién nacido; y ii) el impacto negativo que supone para los niños y las niñas el consumo de sustancias por parte de sus padres. Lo anterior, da cuenta del vacío de conocimiento frente a dicho fenómeno, quizá porque no alcanza a ser un problema de salud pública, dada su baja frecuencia en otros países del mundo o por ser un tema novedoso dentro del campo de la investigación que requiera trascender el análisis monocausal que privilegia la dimensión biológica y social, para alcanzar un modelo biopsicosocial integrador. La tendencia a realizar estudios sobre intervenciones breves se enmarca en el contexto de la modernidad, en el cual la inmediatez es un elemento importante por considerar, pues se espera producir efectos terapéuticos rápidamente, abreviando el tiempo de duración del proceso.

Aun cuando existe una marcada tendencia a utilizar modelos y estrategias de intervención basadas en los protocolos con evidencia científica, se evidencia el uso de modelos y estrategias ajenos a la ciencia, como el tratamiento 12 pasos, que si bien muestra algún tipo de eficacia terapéutica, no es producto de la investigación científica rigurosa.

Más allá de la importancia de la hospitalización o internamiento, las intervenciones comunitarias siguen siendo importantes. Desde el modelo psicosocial, es necesaria la vinculación de la familia y la comunidad en los procesos de reinserción del adicto, identificando el rol de cada uno, pues así como puede ser un factor de protección, también puede ser de riesgo.

Con respecto a Colombia, se puede decir que el interés por investigar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y conductas

adictivas viene desarrollándose de manera importante desde los últimos años, sobre todo desde una perspectiva de reducción del daño. Sin embargo, existe una baja producción de trabajos de grado en posgrado que permitan una mayor comprensión del fenómeno, la generación de nuevo conocimiento y de alternativas de intervención desde una perspectiva diferencial por edad. Aun cuando existen estudios sobre los efectos psicofisiológicos de las drogas en el organismo, este conocimiento todavía está en construcción, por lo que es necesario continuar explorando los efectos del uso de alcohol y marihuana (entre otras sustancias) en los adolescentes, pero también la detección temprana del uso indebido de sustancias para evitar el desarrollo de adicciones en los niños y las niñas.

Se recomienda la realización de nuevos estudios sobre consumo de sustancias en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en articulación con los centros de rehabilitación e instituciones educativas del país para dar cuenta de los efectos directos que ocasiona el consumo de sustancias, durante y después del tratamiento; así como el estado general de salud de estos sujetos, los factores de adherencia a los tratamientos y la continuidad de los mismos. Esto es importante para considerar las diferencias que pueden existir entre los objetivos del tratamiento y los del usuario, tener una buena caracterización tanto de los niños, niñas y adolescentes al igual que de las instituciones y programas de atención, con el fin de identificar a tiempo cuál es el procedimiento más indicado. Igualmente, se evidencia la urgencia de ahondar en el estudio de nuevos cannabinoides que ya han desplazado a los tradicionales y que presentan riesgos mayores de adicción y de efectos no deseados.

Referencias

Alan, J., & Paulson, J. (2011). Confirmatory factor analysis of concept mapping-based dimensions of faith-based substance abuse treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly, 29*(1), 3–22. https://doi.org/10.1080/07347324.2011.540159

Albertella, L., & Norberg, M. (2012). Mental health symptoms and their relationship to cannabis use in adolescents attending residential treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 44*(5), 381–389. https://bit.ly/38bv3lo

Arango, O., Castaño, G., Quintero, S., Montoya, C., Morales, S., & Rodríguez, A. (2013). Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de Medellín. *Universitas Psychologica, 12*(3), 887–898.

Azorín, C. (2016). ¡Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas en adolescentes. *Revista Complutense de Educación, 27*(1), 141–159. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2016.v27.n1.45532

Balsa, A. I., Homer, J. F., French, M. T., & Weisner, C. M. (2007). Substance use, education, employment, and criminal activity outcomes of adolescents in outpatient chemical dependency programs. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36*(1), 75–95. https://doi.org/10.1007/s11414-007-9095-x

Barker, B., Shoveller, J., Grant, C., Kerr, T., & DeBeck, K. (2020). Long-erm benefits of providing transitional services to youth aging-out of the child welfare system: Evidence from a cohort of young people who use drugs in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy, 85,* artículo 102912. https://doi.org/ 10.1016/j.drugpo.2020.102912

Barnett, E., Spruijt-Metz, D., Unger, J., Sun, P., Rohrbach, L., & Sussman, S. (2012). Boosting a teen substance use prevention program with motivational interviewing. *Substance Use & Misuse, 47*(4), 418–428. https://doi.org/https://doi.org/ 10.3109/10826084.2011.641057

Barrós-Loscertales, A., Costumero, V., Rosell-Negre, P., Fuentes-Claramonte, P., Llopis-Llacer, J., & Bustamante, J. (2020). Motivational factors modulate left frontoparietal network during cognitive control in cocaine addiction. *Addict Biol, 25*(4), artículo e12820. https://doi.org/ 10.1111/adb.12820

Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Sociodrogalcohol. https://bit.ly/2X4T7Bv

Becoña, E., & Cortés, M. (Coords.). (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. *Guías Clínicas Sociodrogalcohol Basadas en Evidencia Científica.* Sociodrogalcohol. https://bit.ly/3n8XxC6

Bekkering, G. E., Mariën, D., Parylo, O., & Hannes, K. (2016). The effectiveness of self-help groups for adolescent substance misuse: A systematic review. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 25*(3), 229–244. https://doi.org/10.1080/1067828x.2014.981772

Bell, J., & Mutch, C. (2006). Treatment retention in adolescent patients treated with methadone or buprenorphine for opioid dependence: A file review. *Drug and Alcohol Review, 25*(2), 167–171. https://doi.org/10.1080/09595230500537670

Blandón, Y. (2018). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes residentes en Medellín: mecanismos y obligaciones familiares e institucionales frente a la problemática* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

Bobes, J., Pascual, F., Sabater, E., Colom, J., Ferre, F., Szerman, N., & Casado, M. (2018). Análisis de decisión multicriterio en programas de tratamiento de sustitución de opiáceos en trastornos por consumo de opiáceos. *Revista Adicciones, 30*(3), 167–169. https://bit.ly/34eLTyK

Bousoño, N., Cappelletti, M., Améndola, V., & Naparstek, F. (2011). *Una experiencia en el tratamiento de las toxicomanías.* III Congreso

Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://bit.ly/2LByMkJ

Byrnes, H. F., Miller, B. A., & Laborde, N. (2013). A comparison of maternal outcomes from an alcohol, tobacco, and other drug prevention program for mothers choosing an intervention versus being randomized. *Health Education and Behavior, 40*(2), 206–215. https://doi.org/10.1177/1090198112440576

Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico, 15*(1), 7–17. https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT

Castaño G., Morales S., Arango, O., Montoya M., & Rodríguez A. (2013). *Adolescencia, sexo y consumo de drogas. Una guía para la prevención.* Luis Amigó.

Castaño, G. (2002a). *Nuevas estrategias de la atención de las drogodependencias: la reducción de riesgos y daños.* Luis Amigó. https://bit.ly/2Xlnq7g

Castaño, G. (2002b). Reducción de daños. Breve historia. En G. Castaño (Comp.) *Nuevas estrategias de la atención de las drogodependencias: la reducción de riesgos y daños* (pp. 19–25). Luis Amigó. https://bit.ly/2Xlnq7g

Castaño, G. (2002c). Estrategias de reducción del daño en el contexto colombiano. Propuestas de actuación. En G. Castaño (Comp.) *Nuevas estrategias de la atención de las drogodependencias: la reducción de riesgos y daños* (pp. 98–111). Luis Amigó. https://bit.ly/2Xlnq7g

Castaño, G. (2002d). Los servicios de atención a los usuarios de drogas a partir del enfoque de reducción de daños. En G. Castaño (Comp.) *Nuevas estrategias de la atención de las drogodependencias: la reducción de riesgos y daños* (pp.182–190). Luis Amigó. https://bit.ly/2Xlnq7g

Castaño, G., & Sierra, G. (2016). Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(2), 108–117. https://doi.org/10.10167j.rcp.2015.08.005

Castaño, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A., & Montoya, C. (2013). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana de Pediatría, 85*(1), 36–50.

Castaño, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A., & Montoya, C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones, 24*(4), 347–354. https://doi.org/10.20882/adicciones.85

Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago, C. (2017). Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica, 38,* 77–92. https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890

Castaño, K., Duque, P., & Patiño, M. (2019). Análisis del modelo contable utilizado en las fundaciones para la rehabilitación de drogadictos. *Adversia, 22,* 1–14. https://bit.ly/3afMCDC

Cerutti, F., Saloum, A., & de Lima-Argimon, I. (2018). La eficacia de los protocolos de intervención con enfoque familiar para el tratamiento de los adolescentes consumidores de drogas: una revisión sistemática. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 14*(1), 41–53. https://doi.org/ 10.15332/s1794-9998.2018.0001.03

Chi, F. W., Sterling, S., Campbell, C. I., & Weisner, C. (2013). 12-Step participation and outcomes over 7 years among adolescent substance use patients with and without psychiatric comorbidity. *Substance Abuse, 34*(1), 33–42. https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691780

Correa, M. (2017). *La intervención psicodinámica en la farmacodependencia* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

Crome, I. B. (2006). Overview: Beyond guidelines and guidance—psychosocial perspectives on treatment interventions for young people with substance problems in the United Kingdom. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 13*(3), 203–224. https://doi.org/10.1080/09687630600607316

D'Amico, E. J., Hunter, S. B., Miles, J. N. V, Ewing, B. A., & Osilla, K. C. (2013). A randomized controlled trial of a group motivational interviewing intervention for adolescents with a first-time alcohol or drug offense. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(5), 400–408. https://doi.org/ 10.1016/j.jsat.2013.06.005

Danza, C. (2009). ¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa*. Rev. Psiquiatr Urug, 73*(1), 99–108. https://bit.ly/3afx1Eb

De la Villa, M., & Ovejero, A. (2005). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología,* (14), 100–118. https://bit.ly/2WgMOdN

De León, G. (2004). *La comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método.* Desclée de Brouwer.

Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., ... Thornicroft, G. (2017). Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the world mental health surveys. *World Psychiatry, 16*(3), 299–307. https://doi.org/10.1002/wps.20457

Díaz-Genara, A., Espelt, A., Bosque-Prous, M., Obradors-Rial, N., Teixidó-Compañó, E., & Caamaño, F. (2020). Asociación entre el estado de ánimo negativo, el consumo de sustancias psicoactivas y el bullying en adolescentes escolarizados. *Adicciones, 32*(2), 128–135. https://bit.ly/3oTDTv0

Drabble, D. (2010). Advancing collaborative practice between substance abuse treatment and child welfare fields: What helps

and hinders the process? *Administration in Social Work, 35*(1), 88–106, https://doi.org/ 10.1080/03643107.2011.533625

Echeverri, A., Rodríguez, M., & Correa, J. (2014). Fortalecimiento del capital social a través del voluntariado, caso comuna de una ciudad colombiana. *Hallazgos, 11*(22), 199–224. https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2014.0022.11

Echeverría, A. (2004). *Representaciones sociales de las drogas de Jóvenes Urbano Populares en Proceso de rehabilitación en Comunidad Terapéutica* [Tesis inédita de pregrado] Universidad de Chile. https://bit.ly/3npGb4y

Eisman, A., Kilbourne, A., Greene, D., Walton, M., & Cunningham, R. (2020). The user-program interaction: how teacher experience shapes the relationship between intervention packaging and fidelity to a state-adopted health curriculum. *Prevention Science, 21*(6), 820–829. https://doi.org/ 10.1007/s11121-020-01120-8

Espada, S., Fernández, F., & Laporte, M. (2012). Modelo integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias,* (4), 449–460. https://bit.ly/3qZrMyk

Fanton, M. (2011). *La violencia explícita y encubierta en la clínica de las adicciones.* III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://bit.ly/3miPK3X

Fernández, C., & Llorente, J. (2007). Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: Fiabilidad y validez. *Adicciones, 18*(3), 25–257. https://bit.ly/3npKsVF

Font–Mayola, S., Gras, E., & Planes, M. (2013). El proceso de valoración de programas preventivos en drogodependencias. *RIDEP, 1*(35), 183–199. https://bit.ly/3gOXdqq

Fuentes, I., & Casadiegos, R. (2009). *Evaluación del impacto de un programa de intervención para fortalecer estrategias de afrontamiento, ante el Consumo de SPA, en jóvenes privados de la libertad* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad Pontificia Bolivariana.

Galhardi, C.C, & Matsukura, T.S. (2018). The daily routine of teens at a center for psychosocial care or alcohol and other drugs in brazil: realities and challenges. *Cadernos de Saude publica, 34*(3), artículo e00150816. https://doi.org/ 10.1590/0102-311x00150816

Gallo, A., & Pareja, J. (2009). *Percepción que tienen los psicoterapeutas de la transformación que se da en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas a través del uso del arte como estrategia De intervención* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

Gantiva, C., Hewitt, N., Anderssen, V., Angarita, A., Parado, A., & Guillén, P. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes de una región en posconflicto armado. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(2), 299–308. https://doi.org/ 10.1016/S0034-7450(14)60006-8

Gomez, J., Becker, S., O'Brien, K., & Spirito, A. (2015). Interactive effect of child maltreatment and substance use on depressed mood among adolescents presenting to community-based substance use treatment. *Community Mental Health Journal, 51*(7), 833–840. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9894-0

Goti, M. (2003) La comunidad terapéutica (breve repaso de su historia y algunas definiciones del modelo). *Las drogas.info.* https://bit.ly/3qZLwSv

Gunderson, L.M., Sebastian, R.R., Willging, C.E., & Ramos, M.M. (2020). Ambivalence in how to address adolescent marijuana use: Implications for counseling. *Children and Youth Services Review, 118*(C). https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.10536

Gurriarán, X., Rodríguez-López, J., Flórez, G., Pereiro, C., Fernández, J., Fariñas, E., ... & Costas, J. (2019). Gen pol study group. relationships

between substance abuse/dependence and psychiatric disorders based on polygenic scores. *Genes Brain Behav, 18*(3), artículo e12504. https://doi.org/10.1111/gbb.12504.

Heradstveit, O., Gjertsen, N., Iversen, A.C., Aasen Nilsen, S., Gärtner Askeland, K., Christiansen, Ø., & Hysing, M. (2020). Substance-related problems among adolescents in child welfare services: A comparison between individuals receiving in-home services and those in foster care. *Children and Youth Services Review, 118*(C). https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105344

Homer, J. F., Drummond, M. F., & French, M. T. (2008). Economic evaluation of adolescent addiction programs: methodologic challenges and recommendations. *Journal of Adolescent Health, 43*(6), 529–539. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.06.022

Israelashvili, M. (2019). Parents and substance abuse prevention: current state and future challenges. *Revista Interuniversitaria, Pedagogía social,* (34), 45–62. https://doi.org/10.7179/PSRI_2019.34.04

Jáuregui, P., Macía, L., & Estévez, A. (2019). Nuevas perspectivas en afrontamiento e intervención clínica en el trastorno por juego de azar basada en terapias de tercera generación. *Revista española de drogodependencias, 44*(2), 62–78. https://bit.ly/2Ku6GYg

Jiménez, L., Antolín-Suárez, L., Oliva, A., Hidalgo, V., Jiménez-Iglesias, A., Lorence, B., & Ramos, P. (2014). A synthesis of research on effectiveness of school-based drug prevention programmes / Claves de eficacia de los programas de prevención de consumo de sustancias en el contexto escolar: una meta-revisión. *Cultura y Educación, 26*(3), 573–602. https://doi.org/10.1080/11356405.2014.973670

Jiménez, P., & Cataño, M. (2016). *Impacto del abordaje psicodinámico en relación al consumo de drogas.* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

Juárez, C. G., García, M. M., & Marquina, A. M. (2019). Percepción del personal de Salud sobre la calidad de la atención de adolescentes

que abusan de drogas. *Crea Ciencia Revista Científica, 8*(1), 11–19. https://doi.org/10.5377/creaciencia.v8i1.8135

Kornblit, A., Guffanti, S., & Verardi, M. (2004). La experiencia en comunidades terapéuticas desde la voz de los usuarios de drogas. En A. Kornblit. (Ed.), *Nuevos estudios sobre drogadicción* (pp. 79–86). Biblos.

Kumpfer, K., Fenollar, J., & Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. Pedagogía Social. *Revista Interuniversitaria,* (21)*,* 8–108. https://bit.ly/2X3HFG6

Latief, M., & Solli, A. (2020). Social challenges of teen in recovery from drugs addictions: a case study of makassar, indonesia. *Enfermería Clínica, 30*(2), 390–393. https://doi.org/ 10.1016/j.enfcli.2019.11.005.

Lee, M., Pagano, M., Johnson, B., Post, S., Leibowitz, G., & Dudash, M. (2017). From defiance to reliance: spiritual virtue as a pathway towards desistence, humility, and recovery among juvenile offenders. *Spirituality in Clinical Practice, 4*(3), 161–175. https://bit.ly/386X0uX

Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 111*(5), 795–805. https://doi.org/10.1111/add.13285 B32:C32

Liddle, H. (2013). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. interventions for addiction. En P. M. Miller. (Ed.), *Interventions for addiction comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 87–96). Elsevier.

Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, C., Ayala, H., & Cruz-Morales, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: Resultados de un estudio piloto. *Salud Mental, 32*(1), 35–42. https://bit.ly/2ISMFdj

Llorente, J., & Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones, 11*(4), 329–336.

Machado, L. B. (2010). El discurso cristiano respecto la drogadicción en Brasil. *Revista Electrónica De Psicología Política, 8*(22), 1–8. https://bit.ly/2P1xwto

Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G., & Ayala, H. (2008). Preliminary study of a brief intervention program for adolescents who initiate alcohol and other drugs consumption. *Salud Mental, 31*(2), 119–127. https://bit.ly/3oYZwtI

Martz, G., Tankersley, W., Mekala, H.M., & Motiwala, H. (2018). Rates of synthetic cannabinoid use in adolescents admitted to a treatment facility. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 20*(5), artículo 17m02265. https://doi.org/ 10.4088/PCC.17m02265

McGillicuddy, N., & Eliseo-Arras, K. (2012). Parent–adolescent report correspondence on adolescent substance abuse among teens in residential rehabilitation. *Addictive Behaviors, 37*(4), 456–462. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.006.

McGillicuddy, N., Rychtarik, R., & Papandonatos, G. (2015). Skill training versus 12-step facilitation for parents of substance-abusing teens. *Journal of Substance Abuse Treatment, 50,* 11–17. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.006

Melo, D., & Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(spec), 655–662. https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700024

Mennis, J., Stahler, G., & Baron, D. (2012). Geographic barriers to community-based psychiatric treatment for drug-dependent patients. *Annals of the Association of American Geographers, 102*(5), 1093–1103.

Mesa, A. (2017). *Intervención cognitiva conductual en un caso por consumo de sustancias* [Tesis inédita de especialización en psicología]. Universidad Pontificia Bolivariana.

Miguel-Aguilar, C. F., Rodríguez-Bolaños, R. D. Á., Caballero, M., Arillo-Santillán, E., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2017). Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud Pública de México, 59*(1), 63–72. https://bit.ly/3oaVA9v

Ministerio de Justicia y del Derecho & Observatorio de drogas de Colombia (2017). *Reporte de drogas 2017.* (3ª Edición). Legis. https://bit.ly/39qTYCq

Moral, M. (2009). Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. *SUMA Psicológica UST, 6(*2), 155–176. https://bit.ly/3r1nKWo

Moral, M. V., Ovejero, A., Sirvent, C., & Rodríguez, F.J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial, 14*(2), 189–208.

Morales, J., Tuse-Medina, R., & Cacaruso, W. (2019). Consumo de alcohol y drogas ilícitas en adolescentes preuniversitarios. *Revista Cubana de Medicina Integral, 35*(3), 1–17. https://bit.ly/2KO9WhL

Mundt, M. P., Parthasarathy, S., Chi, F. W., Sterling, S., & Campbell, C. I. (2012). 12-Step participation reduces medical use costs among adolescents with a history of alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 126*(1-2), 124–130. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.002

Murcia, M., & Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología, 7*(2), 153–172.

Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo.* Grama Ediciones. https://bit.ly/3oZA7jV

NIDA. (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción.* http://bit.ly/38gP9Ll

Niño, A., & Bernal, A. (2011). *Diseño, implementación y evaluación de un programa dirigido a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de estudiantes de 10° pertenecientes al Colegio Balbino García de la Ciudad de Piedecuesta* [Tesis inédita de pregrado]. Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana.

Pacheco, A., & Medeiros, K. (2019). Impasses no adolescer: narrativas contemporâneas sobre desamparo e drogadição. *Athenea Digital, 19*(1), artículo e1811. https://doi.org/ 10.5565/rev/athenea

Pacheco, A., & Martínez, K. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología, 19*(1), 199–217. https://bit.ly/2Wlv80p

Páramo, M. A., Leo, M. K., Cortés, M. J., & Morresí, G. M. (2015). Influencia del bienestar psicológico en la vulnerabilidad a conductas adictivas en adolescentes escolarizados de 15 a 18 años. *Revista argentina de clínica psicológica, XXIV(*2), 167–178.

Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A., & Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias, *Revista de Psicología, 5*(1), 435–442.

Pérez, G. C. (2001). *Nuevas estrategias de atención en drogodependencias.* Publicaciones Editadas.

Ramos, R. (2013). *Diseño, desarrollo y evaluación de instrumentos de medida de actitud hacia el alcoholismo en adolescentes* [Tesis inédita doctoral]. Universidad de Córdoba. https://bit.ly/3x6JAKQ

Raone, M. (2016). Adolescencia y consumo de sustancias: La demanda terapéutica en un centro especializado. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, 13*(2), 84–94. https://bit.ly/3oU5YlL

Ressia, I., Sánchez, M., De Gregorio, M., & Milán, T. (2011). *Dificultades en el diagnóstico y en el tratamiento de pacientes que consumen drogas.* III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en

Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://bit.ly/3agR0m6

Roberts-Lewis, A., Welch-Brewer, C., Jackson, M., Martin; O., & Parker, S. (2010). Female juvenile offenders with heart: Preliminary findings of an intervention model for female juvenile offenders with substance use problems. *Journal of drug issues, 40*(3), 611–625. https://doi.org/ 10.1177/002204261004000304

Romero, M., Rodríguez, E., Durand-Smith, A., & Aguilera, R. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. *Salud Mental, 27*(1), 73–84. https://bit.ly/389ctus

Salazar, J., & Williamson, G. (2015). Modelo integral de intervención para la prevención en drogodependencias: Aportes para la pedagogía social. *Perfiles educativos, 37*(148), 20–27. https://bit.ly/3qZSEy5

Sánchez, E., Gradolí, V., Molina, N., Gurrea, R. D., & Morales, E. (2002). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones, 14*(3), 337–344. https://bit.ly/384DIGA

Schoech, D. (2007). Developing a virtual community to prevent teen substance abuse: lessons learned. *Journal of Technology in Human Services, 25*(3), 81–100, https://doi.org/ 10.1300/J017v25n03_05

Scoppetta, O., & Castaño, G. A. (2019). Early drug consumption and subsequent risk of illicit drug use in colombia. *Addictive Disorders & Their Treatment, 18*(1), 10–14. https://doi.org/10.1097/adt.0000000000000144

Silvers, J. A., Squeglia, L. M., Thomsen, K. R., Hudson, K. A., & Feldstein Ewing, S. W. (2019). Hunting for what works: adolescents in addiction treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(4), 578–592. https://doi.org/10.1111/acer.13984

Simon, K. M., Harris, S. K., Shrier, L. A., & Bukstein, O. G. (2020). Measurement-based care in the treatment of adolescents with substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29*(4), 675–690. https://doi.org/ 10.1016/j.chc.2020.06.006

Soares, F., Oliveira, D., Torres, J., Pessoa, V., Guimarães, J., & Monteiro, A. (2020). Reasons of drug use among adolescents: implications for clinical nursing care. *Rev Esc Enferm USP, 54,* e03566. https://doi.org/ 10.1590/S1980-220X2018058003566

Soto, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas ¿Posible o imposible?* Universidad de Chile. https://bit.ly/3oYlrl8

Souza, M. (2004). Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Revista Mexicana de Neurociencia, 5*(1), 57–69. https://bit.ly/3qXotYu

Souza, M. (2005). Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia, 6*(1), 52–66. https://bit.ly/2X6Fvpq

Souza, M. (2009). Fundamentos del tratamiento profesional de las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia, 10*(3), 202–211. https://bit.ly/3nptNBE

Sterling, S., & Weisner, C. (2005). Chemical dependency and psychiatric services for adolescents in private managed care: implications for outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 29*(5), 801–809. https://doi.org/10.1097/01.alc.0000164373.89061.2c

Sterling, S., Chi, F., Campbell, C., & Weisner, C. (2009). Three-year chemical dependency and mental health treatment outcomes among adolescents: the role of continuing care. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33*(8), 1417–1429. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2009.00972.x

Sterling, S., Kline-Simon, A. H., Jones, A., Satre, D. D., Parthasarathy, S., & Weisner, C. (2017). Specialty addiction and psychiatry treatment initiation and engagement: results from an sbirt randomized trial

in pediatrics. *Journal of Substance Abuse Treatment, 82*, 48–54. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.09.005

Sterling, S., Valkanoff, T., Hinman, A., & Weisner, C. (2012). Integrating substance use treatment into adolescent health care. *current psychiatry reports, 14*(5), 453–461. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0304-9

Sussman, S., Sun, P., Rohrbach, L.A., & Spruijt-Metz, D. (2012). One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: evaluating a motivational interviewing booster component. *Health Psychology, 31*(4), 476–485. https://doi.org/ 10.1037/a0025756

Tamayo, S. (2014). ¿Son efectivas las intervenciones de corte psicodinámico en la intervención de las adicciones? [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

Tello, N., García, O., & Castro, G. (2012). *Factores que influyen en la recaída al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes egresados de dos programas de la comunidad terapéutica Fundación Hogares Claret de la ciudad de Cali* [Tesis de inédita de especialización en adicciones]. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Tiburcio, N., Baker, S., & Hanauer, M. (2019). Detecting "faking good" with the adolescent substance abuse subtle Screening Inventory-SASSI-A3: A clinical response to alcohol & other drug use minimization among teens. *Journal of Alcoholism treatment quarterly, 38*(3), 356–363. https://doi.org/ 10.1080/07347324.2019.1696155

Torres de Galvis, Y. (2003). Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia. Gobernación de Antioquia. https://bit.ly/2LeAGrD

Torres de Galvis, Y. (2009). Alcohol: Prevalencia de consumo y dependencia en Colombia. *CES Medicina, 14*(1), 60–72. https://doi.org/10.21615/cesmed.v14i1.722

Torres de Galvis, Y., Lopera, V., Londoño, N., Maya, J., Murrelle, E. Mejía, R., Montoya, L. Rodriguez, M., & Gaviria, D. (2000). *Consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados a delincuencia juvenil, Medellín 2000.* Marín Vieco.

Torres de Galvis, Y., Posada, J., & Berbesí, D. (2010). Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos, con base en los resultados del WMH-CIDI. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39,* 112–132.

Torres de Galvis, Y., Posada, J., Bareño, S., & Berbesí, D. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39,* 14–35.

Torres de Galvis, Y., Salas, C., Agudelo, M., Sierra, G., & Calderón, G. (2015). *Comportamiento de las adicciones en la comuna el poblado. Medellín, 2014.* CES.

Uribe, N. (2011). El conocimiento científico sobre las drogas y su importancia en los programas de prevención e intervención. *Análisis, 8,* 149–57.

Uscher-Pines, L., Cantor, J., Huskamp, H. A., Mehrotra, A., Busch, A., & Barnett, M. (2020). Adoption of Telemedicine Services by Substance Abuse Treatment Facilities in the U.S. *Journal of Substance Abuse Treatment, 117,* artículo 108060. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108060

Velosa, J. (2009). Las toxicomanías. Algunas consideraciones críticas sobre cómo se ha comprendido el fenómeno, se han diseñado las políticas y los tratamientos. *Tesis psicológica, 4,* 102–115.

Vergara, M. (2013). *Perspectiva ecológica del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes* [Tesis inédita de especialización]. Universidad Pontificia Bolivariana.

Vidal, D., & Chamblás, I. (2014) Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de

centros de atención de la intercomuna Concepción – Talcahuano. *Revista perspectivas, 25,* 143–166. Recuperado de https://bit.ly/37mNFzN

Villalobos, F., Figueroa, M., Figueroa-Patiño, D., Mejía, B., & Paredes E. J. (2019). Implementación de un modelo de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas en un establecimiento penitenciario. *Saber, Ciencia y Libertad, 14*(1), 247–260. https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2019v14n1.5226

Walther, L., Gantner, A., Heinz, A., & Majić T. (2016). Evidence based treatment options in cannabis dependency. *Dtsch Arztebl Int, 113,* 653–659. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0653

Whittle, A. E., Buckelew, S. M., Satterfield, J. M., Lum, P. J., & O'Sullivan, P. (2015). Addressing adolescent substance use: Teaching Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) and Motivational Interviewing (MI) to residents. *Substance Abuse, 36*(3), 325–331. https://doi.org/10.1080/08897077.2014.965292

Winters, K. C., Botzet, A., Dittel, C., Fahnhorst, T., & Nicholson, A. (2015). Can parents provide brief intervention services to their drug-abusing teenager? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 24*(3), 134–141. https://doi.org/10.1080/1067828x.2013.777377

Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., & O'Leary, T. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health, 77(*4), 196–206. https://doi.org/10.1111/j.1746–1561.2007.00191.x

Wong, D. F. K., Zhuang, X. Y., & Ng, T. K. (2020). Effectiveness of a culturally-attuned integrated cognitive behavioral therapy for chinese young people with drug abuse in Hong Kong. *Children and Youth Services Review, 113,* artículo 104970. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104970

CONSUMO

Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes de Medellín, Envigado y Sabaneta 2017 – 2019

Yolanda Torres de Galvis
Líder Grupo de Investigación A1 en Salud Mental
Mg. en Salud Pública, Esp. en Epidemiología, Dra. Honoris Causa en Medicina
ytorres@ces.edu.co

Carolina Salas Zapata
Gerente de Sistemas de Información en Salud (GESIS)
Mg. Epidemiología
csalas@ces.edu.co

Gloria María Sierra Hincapié
Gerente de Sistemas de Información en Salud (GESIS)
Mg. Epidemiología
gsierra@ces.edu.co

Centro de Excelencia de Investigación en Salud Mental (CESISM)
Dirección de Investigaciones y Emprendimiento. Universidad CES

Resumen

El consumo de drogas ha aumentado en la sociedad y se ha convertido en un grave problema de salud pública que está generando consecuencias negativas no solo en el ámbito individual de quien consume, sino también a nivel familiar y de la sociedad en su conjunto. El CESISM ha sido líder en Colombia para la realización de estudios poblacionales en salud mental y drogas en la última década con el apoyo del Consorcio Mundial de Epidemiología Psiquiátrica de la Organización Mundial de la Salud. Se presenta a continuación un análisis consolidado acerca del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes de Medellín, Envigado y Sabaneta, a partir de la aplicación de la encuesta CIDI (Composite International Diagnostic Interview) en el periodo 2017-2019 para cada ciudad. Este capítulo pretende aportar a la toma de decisiones y formulación de estrategias para la prevención del consumo de drogas a partir de evidencia científica local.

Palabras clave: consumo de drogas, jóvenes, adolescencia, alcohol, marihuana.

Introducción

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, está muy presente en nuestra sociedad y se ha convertido en un serio problema de salud pública que está generando consecuencias negativas no sólo en el ámbito individual de quien consume, sino también a nivel familiar y de la sociedad en su conjunto (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2015).

Según la agencia SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), las sustancias adictivas son productos químicos o materiales que pueden crear dependencias físicas y/o psicológicas. Se clasifican de acuerdo con su potencial para la adicción y usos médicos. Algunas sustancias adictivas que se pueden vender legalmente sin receta son cafeína, nicotina, alcohol, inhalantes, medicamentos para la tos y ciertas hierbas psicotrópicas.

Las sustancias comunes de uso médico son legales, pero al usarlas sin formula médica dejan de serlo, entre ellas se incluyen analgésicos y narcóticos como la hidrocodona y la oxicodona, barbitúricos y benzodiacepinas. La heroína y algunos alucinógenos no tienen uso médico y por lo tanto se catalogan como ilegales. La marihuana está clasificada actualmente como tal en los Estados Unidos, aunque algunos estados han legalizado su uso médico y cuatro también la han legalizado para uso recreativo.

Es importante tener en cuenta que el consumo de drogas se divide en consumo experimental (el individuo realiza ensayos, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo), consumo ocasional (el individuo sabe lo que puede obtener de una droga y a veces recurre a ella), consumo habitual (utilización frecuente de la droga) y consumo compulsivo (aquel que no puede ser controlado por el individuo) (Caudevilla, 2010).

En general, se considera que los adolescentes de 10 a 19 años son un grupo sano, sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables en ocasiones asociadas con el uso de estas sustancias, siendo numerosos los que tienen problemas de salud o discapacidades y son afectados por enfermedades graves en la edad adulta que comienzan en la adolescencia, tales como el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, como causas de enfermedad o muerte prematura en etapas posteriores de la vida.

La persona que usa una “sustancia adictiva” puede desarrollar “trastorno por abuso de sustancias” o “dependencia de sustancias”. La diferencia entre los dos trastornos es que los “dependientes” de sustancias presentan síndromes de abstinencia física cuando dejan de consumir, incluso si no llegan a presentar síndromes de abstinencia física. Estas personas pueden encontrar difícil superar la dependencia psicológica a las sustancias. Por ejemplo, la ketamina y el LSD son medicamentos que no producen síntomas

de abstinencia física cuando se deja de usarlos, sin embargo, las personas pueden involucrarse tanto en un estilo de vida que implica *clubbing* y el uso de alucinógenos es tan fascinante por los estados alterados de conciencia que producen que se hace difícil para ellos dejar de fumar o consumir sin ayuda profesional.

Existen múltiples factores individuales y ambientales que aumentan la susceptibilidad al consumo de drogas y la progresión hacia los trastornos por uso de sustancias. La falta de conocimiento sobre las sustancias y sus consecuencias es uno de los principales factores individuales. Algunos otros son: predisposición genética, rasgos de la personalidad (impulsividad, búsqueda de sensaciones nuevas), los trastornos mentales o de la conducta, disfunción familiar y abuso, pobre relación con la comunidad y el colegio, ambientes que normalizan el consumo (incluida la influencia ejercida por las redes sociales) y la crianza en comunidades marginales (UNODC, 2019).

En 2017, se estimó que 271 millones de personas de 15 a 64 años en el mundo habían usado drogas al menos una vez en el último año. Esto corresponde al 5.5 % de la población mundial de este rango de edad, es decir, una de cada 18 personas. De estos, 35 millones (13 %) sufrían algún trastorno por uso de sustancias. Entre el 2009 y el 2017, el número de usuarios a nivel mundial para cualquier droga aumentó de 210 millones a 271 millones (incremento del 30%), en parte por el crecimiento de la población de 15-64 años en un 10 % (UNODC, 2019).

En el Reporte Mundial de Drogas 2019, se encontró que la adolescencia (12-17 años) es el periodo crítico para la iniciación del consumo de drogas. Entre la población de 15 a 64 años, las edades pico de consumo fueron 18 a 25 años (UNODC, 2019).

Cifras regionales sobre el consumo de drogas

En el III Estudio Epidemiológico Andino sobre el Consumo de Drogas en la Población Universitaria, donde se evaluaron estudiantes universitarios de instituciones públicas y privadas

de Colombia, Bolivia, Ecuador y Perú, se encontró que la prevalencia de vida para el consumo de cualquier droga en Colombia fue de 35.9% y prevalencia de año fue de 20.7%, siendo esta última mayor para los hombres (28.5%) que para las mujeres (17.2%) (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2017).

En un estudio realizado en Colombia en el 2016, que incluía a jóvenes entre 18 y 24 años, se encontró que la prevalencia año del consumo de pasta base de coca (basuco) y sales de cocaína fue de 0.14% y 2.71%, respectivamente. Así mismo, la prevalencia año de cannabis fue de 20.77%. También se encontró que la prevalencia de anfetaminas año fue de 0.27%, la de éxtasis fue de 2.00 % y la de opioides de 0.04% *(Prevalence of Drug Use Amongst Young People, 2016).*

Consecuencias del uso de drogas para la salud

Dentro de las consecuencias para la salud derivadas del uso de drogas, se encuentran los trastornos por uso de sustancias (abuso, dependencia, abstinencia, intoxicación), enfermedades mentales, infección por VIH, cáncer hepático y cirrosis asociada a hepatitis, y muerte prematura. Los riesgos más importantes están asociados al uso de opioides y a la inyección de drogas, por el riesgo de infectarse con VIH o hepatitis C (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2018).

Aunque los trastornos por uso de sustancias usualmente ocurren de forma simultánea con otras enfermedades mentales, la relevancia de esta comorbilidad está relacionada con el difícil manejo que esto implica, y por lo tanto, con peores resultados, tales como mayores tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y suicidio comparado con personas sin comorbilidad psiquiátrica (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2018).

El abuso de drogas es un comportamiento que se puede prevenir. Sin embargo, los efectos prolongados de las drogas en el cerebro pueden llevar a la drogadicción, que es una enfermedad crónica

y recurrente del cerebro. Para cualquier persona adicta a las drogas, la necesidad compulsiva de consumir drogas puede ser abrumadora, afectando todos los aspectos de su vida y la de su familia (NIDA, 2020).

El consumo de drogas puede tener serias consecuencias para el futuro, tanto de un joven como de un adulto, porque las drogas pueden alterar la manera como funciona el cerebro y causar otras consecuencias médicas graves. El abuso de drogas puede impedir que los jóvenes se desempeñen bien en el ámbito académico. Más adelante, puede dificultar su capacidad para encontrar y mantener un empleo, aún después de haberse graduado (NIDA, 2020).

Cuando las personas más jóvenes comienzan a consumir drogas, mayores son los riesgos para la salud y otras consecuencias. Los programas de prevención y otras intervenciones que pueden retrasar la edad en que una persona usa drogas por primera vez, deben recibir alta prioridad. El uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, debe ser motivo de preocupación para cualquier país y subraya la necesidad de intervenciones preventivas a partir de la primera infancia. Las políticas sobre la venta y el consumo de drogas para controlar el acceso al alcohol y tabaco han tenido resultados positivos que podrían aportar lecciones importantes para las políticas sobre otras drogas (OEA - CICAD, 2019).

Desde la perspectiva de la salud, el uso del alcohol y otras drogas constituye factores de riesgo importantes para la salud, lo cual se refleja principalmente en días vividos sin salud, pero también y de manera creciente, en la mortalidad (Organización de los Estados Americanos, 2013).

El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones — lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia),

enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras)— así como de desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia. La comorbilidad, es decir, la presencia de más de una enfermedad o trastorno, es de especial relevancia, debido a que es muy frecuente que las personas con adicción padezcan algún otro trastorno psiquiátrico. El impacto sobre la salud puede ser evaluado a través de diferentes indicadores, tales como la mortalidad y la discapacidad, que se pueden evaluar en forma separada o conjunta. La evaluación combinada se conoce como "carga de enfermedad" (Organización de los Estados Americanos, 2013).

Circuitos cerebrales implicados en el consumo de drogas

Según la Dra. Nora D. Volkow, directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), para entender cómo funcionan las drogas en el cuerpo, se debe empezar por el órgano más importante, el cerebro. El cerebro es como un computador extremadamente complejo, donde en vez de circuitos eléctricos hay billones de células llamadas neuronas que se comunican entre sí por medio de unas moléculas llamadas neurotransmisores (NT). Las drogas interfieren en este proceso, sea imitando a los NT para activar neuronas y enviar señales anormales a través de esta red, o potenciando una liberación exagerada de NT naturales. Es por medio de todas estas señales químicas como las drogas generan placer (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Periodos de mayor riesgo para el abuso de drogas en la juventud

Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño es cuando deja la seguridad de la familia y va a la escuela por primera vez. Después cuando pasa de la primaria a la escuela media, a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de

compañeros. Es en esta etapa –la adolescencia temprana– que hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004).

Cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de drogas, y a actividades sociales que involucran drogas. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco, y de otras sustancias. Cuando los adultos jóvenes dejan sus hogares para ir a la universidad o para trabajar y se encuentran solos por primera vez, su riesgo para el abuso de drogas y del alcohol es muy alto. Por lo tanto, también son necesarias las intervenciones para los adultos jóvenes (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004).

Prevención del consumo en niños y adolescentes

Aunque los programas de prevención eficaz están disponibles para las diferentes etapas de la vida, las más efectivas se dirigen a los niños y adolescentes. La investigación ha demostrado que entre más temprano se lleve a cabo la prevención del uso de drogas, mayor será la probabilidad de tener resultados positivos a largo plazo. Existe fuerte evidencia epidemiológica que ha demostrado que cuanto más tiempo se pueda retrasar el inicio en el consumo de alcohol y drogas, será menos probable el desarrollo de dependencia al alcohol y otras drogas. Por lo tanto, las intervenciones de prevención dirigidas a los niños, niñas y adolescentes son considerados aspectos esenciales de los programas de prevención efectivos (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004).

Aunque la mayoría de los esfuerzos de prevención generalmente se enfocan en los adolescentes —la edad durante la cual se inicia principalmente el consumo de alcohol y drogas— los esfuerzos de prevención pueden dirigirse a poblaciones más jóvenes, incluso de edad preescolar. Las intervenciones más eficaces están diseñadas a la medida del nivel de desarrollo de los niños, sus modelos de

conducta y sus principales influencias sociales en cada etapa. Por ello, al planificar programas de prevención, es especialmente importante asegurarse que estén dirigidos adecuadamente a la población objetivo (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2004).

Teniendo en cuenta el contexto planteado anteriormente, se presenta a continuación el análisis sobre consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes de Medellín, Envigado y Sabaneta, en el periodo 2017 a 2019, a partir del estudio poblacional de salud mental realizado en cada una de estas ciudades.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo que midió la prevalencia de vida, y en los últimos doce meses, del consumo de alcohol, marihuana y cocaína.

Población de estudio

Población de 15 a 26 años incluida en los estudios poblacionales de salud mental de Envigado (Torres de Galvis et al., 2018a), Sabaneta (Torres de Galvis et al., 2018b) y Medellín (Secretaría de Salud de Medellín-Universidad CES, 2011), realizados por el Centro de Excelencia en Investigación en Salud mental CESISM de la Universidad CES durante los años 2017 a 2019.

Instrumentos

Se aplicó el instrumento CIDI-OMS (*Composite International Diagnostic Interview*), desarrollado por un importante grupo de expertos liderado por la OMS en unión con el ADAMHA (*Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Aministration*), con base en el DIS (Diagnostic Interview Schedule). Su primera versión viene siendo actualizada hasta llegar a la presente y ha sido objeto de varios estudios para evaluar su validez.

El CIDI-OMS es una entrevista altamente estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos debidamente capacitados. Esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del DSM-IV y de la CIE–10. Para los tres estudios se utilizó la versión CIDI-Medellín que es la más actualizada y se adapta culturalmente a la población estudiada.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Se realizó la fusión de las tres bases de datos que corresponden a los estudios poblacionales de salud mental realizados en los tres municipios, así: Envigado 2017, Sabaneta 2018 y Medellín 2019. Se calcularon las prevalencias de vida y último año de consumo de las sustancias alcohol, marihuana y cocaína. Las prevalencias contaron con tres ejes de análisis principales: sexo, grupos de edad que fueron recodificados de acuerdo a los criterios de la OMS, adolescentes (15 a 18 años) y jóvenes (19 a 26 años); y lugar de residencia Medellín y municipios del sur (agrupando Envigado y Sabaneta).

Resultados

Características de la población de estudio

En el análisis se incluyó la información de 1.078 adolescentes y jóvenes con una participación similar de hombres y mujeres (Aprox. 50,0% para cada grupo) y en su mayoría con un nivel de escolaridad de secundaria. Con el fin de facilitar el análisis, se unió la población de Envigado y Sabaneta para realizar la comparación con la ciudad de Medellín, la cual tenía el 59,9% de los adolescentes y jóvenes incluidos en el estudio. Además, se encontró que aproximadamente 8 de cada 10 personas vivían en el área urbana. El grupo de adolescentes estuvo constituido por las personas que tenían entre 15 y 18 años, con un 56,0% del total de participantes; por otro lado, el grupo de jóvenes estuvo conformado por las personas que tenían entre 19 y 26 años, observando que 4 de cada 10 se encontraban en dicho rango de edad (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características de la población estudiada

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	538	49,9
	Mujer	540	50,1
Grupo poblacional	Adolescentes	604	56,0
	Jóvenes	474	44,0
Nivel de escolaridad	Ninguno	2	0,2
	Primaria	42	3,9
	Secundaria	702	65,1
	Técnica - Tecnológica	202	18,7
	Superior	130	12,1
Ha trabajado alguna vez en la vida	Sí	344	31,9
	No	734	68,1
Municipio de residencia	Medellín	646	59,9
	Envigado y Sabaneta	432	40,1
Área de residencia	Urbana	825	76,5
	Rural	253	23,5

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas

Alcohol

El alcohol es la droga más consumida y aceptada en nuestra sociedad y una de las que más problemas sociales y de salud genera (dependencia, enfermedades digestivas, enfermedades cardiovasculares, lesiones derivadas de accidentes de tráfico, etc.).

Se encontró que 85 de cada 100 participantes habían consumido dicha sustancia alguna vez en la vida, siendo muy similar su frecuencia en hombres y mujeres, mayor en Sabaneta y Envigado respecto a Medellín y aumentando su frecuencia a medida que aumenta la edad. En cuanto a la prevalencia de consumo de esta sustancia en el último año, se presentan mayores diferencias entre hombres y mujeres, y entre adolescentes y jóvenes (ver Tabla 2 y Figura 1).

Tabla 2. Prevalencia de vida del consumo de alcohol

Consumo de Alcohol		Prevalencia de vida
Total		85,1%
Sexo	Hombre	83,8%
	Mujer	86,3%
Grupo poblacional	Adolescentes	76,7%
	Jóvenes	95,8%
Municipio de residencia	Medellín	84,5%
	Municipios del sur	85,9%

Figura 1. Prevalencia en el último año del consumo de alcohol

Marihuana

La marihuana es una mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas del cáñamo, *cannabis sativa.* La planta contiene una sustancia química que altera la mente llamada delta-9- tetrahydrocannabinol (THC) y otros compuestos relacionados a este.

Se encontró que 34 de cada 100 participantes habían consumido dicha sustancia alguna vez en la vida, siendo dos veces más frecuente en hombres respecto a mujeres, mayor en Medellín respecto a Sabaneta y Envigado, y aumentando su frecuencia en jóvenes. En cuanto a la prevalencia de consumo de esta sustancia en el último año, la diferencia es más marcada entre hombres y mujeres, siendo tres veces mayor en los primeros y presentando

cifras similares entre Medellín, Sabaneta y Envigado (ver Tabla 3 y Figura 2).

Tabla 3. Prevalencia de vida del consumo de marihuana

Consumo de Marihuana		Prevalencia de vida
Total		34,0%
Sexo	Hombre	44,4%
	Mujer	23,5%
Grupo poblacional	Adolescentes	25,0%
	Jóvenes	45,4%
Municipio de residencia	Medellín	35,4%
	Municipios del sur	31,7%

Figura 2. Prevalencia en el último año del consumo de marihuana

Cocaína y sus derivados

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central. Actúa sobre el núcleo accumbens, conocido como el centro de placer y ubicado en el mesencéfalo, aumentando la acumulación de dopamina en la sinapsis, responsable del efecto placentero y de euforia (el efecto buscado por el usuario).

Se encontró que nueve de cada 100 participantes habían consumido dicha sustancia alguna vez en la vida, siendo tres veces mayor en los hombres respecto a las mujeres, mayor en Medellín respecto a Sabaneta y Envigado, y aumentando su frecuencia

a medida que aumenta la edad. En cuanto a la prevalencia de consumo de esta sustancia en el último año, el análisis es similar, aunque las diferencias entre Medellín y los demás municipios son amplias (ver Tabla 4 y Figura 3).

Tabla 4. Prevalencia de vida del consumo de cocaína y sus derivados

Consumo de Cocaína		Prevalencia de vida
Total		9,0%
Sexo	Hombre	13,8%
	Mujer	4,3%
Grupo poblacional	Adolescentes	6,0%
	Jóvenes	12,9%
Municipio de residencia	Medellín	11,3%
	Municipios del sur	5,6%

Figura 3. Prevalencia en el último año del consumo de cocaína

Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Con base en los estudios realizados en Colombia, Medellín y otros municipios como Envigado y Sabaneta, por el Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, sobre uso de sustancias psicoactivas, se han comprobado importantes asociaciones a través de la estimación de la RD (razón de disparidad, con IC 95%), para los siguientes factores de riesgo, los cuáles aumentan la susceptibilidad para el consumo de drogas y la progresión hacia los trastornos por uso de sustancias: antecedentes familiares de consumo, inicio temprano de relaciones sexuales, presencia de trastornos mentales como ansiedad, depresión, déficit de atención y trastornos de conducta, entre otros.

De igual importancia es el conocimiento sobre el comportamiento de los **factores de protección,** el cual se convierte en una valiosa e importante herramienta para los programas de prevención. Kenneth Rothman, importante epidemiólogo a nivel mundial, dice que dicho conocimiento es la cara opuesta de los programas de prevención, sin ellos no sería posible el éxito en este importante tema.

En varios de los estudios sobre consumo de alcohol y drogas y salud mental llevados a cabo por el Grupo de Investigación, se ha generado valiosa evidencia sobre el tema y con base en ello se priorizan los siguientes factores: pertenecer a una familia nuclear, la autoestima, tener buenas relaciones con la madre, el padre, y el maestro, creer en Dios, promoción del autocuidado, la ausencia de maltrato, el comportamiento prosocial, y el buen uso del tiempo libre.

En la siguiente tabla se pueden observar los principales factores de riesgo y protección identificados en la población consolidada para Medellín, Envigado y Sabaneta, en relación con el consumo (último año) de alcohol, marihuana y cocaína:

Tabla 5. Factores asociados al consumo en el último año de alcohol, marihuana y cocaína

	Consumo en el último año		
	Alcohol	Marihuana	Cocaína
Sexo Hombre vs Mujer	1,43* (1,12 - 1,83)	3,72* (2,57 - 5,38)	3,56* (1,52 - 8,32)
Grupo etario Adolescente vs Jóvenes	0,29** (0,23 - 0,37)	0,60** (0,43 - 0,83)	0,95 (0,46 - 1,95)
Nivel de escolaridad Hasta la secundaria vs Algún estudio superior	0,47** (0,36 - 0,62)	1,02 (0,72 - 1,45)	1,88 (0,77 - 4,64)
Área de residencia Urbana vs Rural	1,24 (0,93 - 1,66)	1,26 (0,85 - 1,88)	1,29 (0,52 - 3,17)
Ha trabajado alguna vez en la vida Sí - No	3,58* (2,74 - 4,68)	1,79* (1,28 - 2,49)	1,56 (0,76 - 3,23)
Relaciones sexuales	7,38* (5,26 - 10,36)	5,17* (3,07 - 8,69)	4,64* (1,40 - 15,37)
Ansiedad generalizada	1,42 (0,63 - 3,18)	1,04 (0,35 - 3,08)	1,03* (1,02 - 1,04)

Consumo en el último año			
	Alcohol	Marihuana	Cocaína
Depresión mayor	1,52* (1,09 - 2,12)	1,17 (0,76 - 1,80)	1,05 (0,40 - 2,78)
Déficit de atención	1,49 (0,96 - 2,31)	2,28* (1,39 - 3,74)	2,26 (0,85 - 6,05)
Trastorno de conducta	2,08* (1,08 - 3,98)	5,42* (2,83 - 10,39)	9,25* (3,71 - 23,04)
Negativita desafiante	1,63* (1,07 - 2,48)	2,06* (1,27 - 3,34)	3,10* (1,30 - 7,40)
Antecedente familiar de problemas de alcohol o droga	1,38 (0,95 - 2,03)	2,01* (1,28 - 3,15)	3,35* (1,42 - 7,88)
Antecedente familiar de depresión	1,14 (0,80 - 1,63)	1,58* (1,02 - 2,46)	2,7*5 (1,17 - 6,45)
Antecedente familiar de cualquier otro problema mental crónico grave	0,93 (0,15 - 5,60)	1,32 (0,15 - 11,87)	9,60* (1,04 - 89,01)
Alguna enfermedad, herida o agresión grave	1,08 (0,65 - 1,78)	1,85* (1,04 - 3,29)	2,31 (0,79 - 6,82)
Ha estado desempleado o buscando trabajo durante más de un mes sin éxito	2,67* (1,83 - 3,91)	1,97* (1,27 - 3,04)	1,80 (0,72 - 4,48)
Ha sido despedido del trabajo	6,73* (1,92 - 23,56)	3,74* (1,40 - 9,97)	2,15 (0,28 - 16,71)
Crisis financiera grave o problemas económicos importantes	1,98* (1,33 - 2,93)	2,41* (1,55 - 3,75)	3,71* (1,66 - 8,27)
Problemas con la policía o legales de otro tipo	2,32 (0,95 - 5,65)	11,21* (4,46 - 28,21)	16,51* (5,92 - 46,09)

* Factor de riesgo
** Factor de protección

Conclusiones y recomendaciones

Al comparar la prevalencia de consumo en el último año en la población de estudio, se encontró que al analizar marihuana, cocaína y alcohol esta última es la de mayor prevalencia y su consumo se viene equiparando entre hombres y mujeres. El uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres,

pero los datos muestran que las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres, lo cual exige nuevos enfoques para la prevención y el tratamiento.

Los factores de riesgo que presentaron mayor fuerza de asociación para el consumo de alcohol, fueron: ser hombre, haber estado desempleado, haber tenido una crisis económica reciente y haber presentado en el último año trastornos mentales como depresión mayor, trastornos de conducta y negativista desafiante. En cuanto al consumo de marihuana, se identificaron los siguientes factores de riesgo: ser hombre, presentar déficit de atención, trastornos de conducta o negativista desafiante, tener antecedente familiar de problemas de alcohol, drogas o depresión, tener alguna enfermedad grave, no estar laborando, haber tenido crisis económica o problemas con la policía/legales recientes.

Aunque los programas de prevención eficaz están disponibles para las diferentes etapas de la vida, los más efectivos se dirigen a los niños y adolescentes. La investigación ha demostrado que entre más temprano se lleve a cabo la prevención del uso de drogas, mayor será la probabilidad de tener resultados positivos a largo plazo. Existe fuerte evidencia epidemiológica que ha demostrado que cuanto más tiempo se pueda retrasar el inicio en el consumo de alcohol y drogas, será menos probable el desarrollo de dependencia al alcohol y otras drogas. Por lo tanto, las intervenciones de prevención dirigidas a los niños, niñas y adolescentes son consideradas aspectos esenciales de los programas de prevención efectivos.

Las intervenciones más eficaces están diseñadas a la medida del nivel de desarrollo de los niños, sus modelos de conducta y sus principales influencias sociales en cada etapa. Por ello, al planificar programas de prevención, es especialmente importante asegurarse que estén dirigidos adecuadamente a la población objetivo. Los cambios en los patrones de uso, el consumo de nuevas drogas y el impacto en la salud de estas sustancias deben comprenderse mejor y los esfuerzos para reducir el uso de drogas solo serán efectivos si se basan en evidencia científica.

Referencias

Caudevilla, F. (2010). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo.* http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes.* Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs and the Brain.* National Institute on Drug Abuse. https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Los riesgos del abuso de drogas.* https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/juventud-latina/los-riesgos-del-abuso-de-drogas

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Problemática de las drogas. Orientaciones generales.* https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Colombia, 2016*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03322016-estudio-epidemiologico-andino-consumo-drogas-poblacion-universitaria-colombia-2016.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Drugs and age: Drugs and associated issues among young people and older people.* https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *World Drug Report 2019.* https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de drogas en Las Américas*. http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

Organización de los Estados Americanos & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas.* http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf

Prevalence of Drug Use Amongst Young People. (2016). https://public.tableau.com/shared/CBFHWMZJD?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:toolbar=no&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:loadOrderID=0

Secretaría de Salud de Medellín & Universidad CES. (2011). *Primer estudio de salud mental en Medellín.* http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf

Torres de Galvis, Y., Sierra, G., Salas, C., Restrepo, D., Castaño, G., Buitrago, C., & Bareño, J. (2018a). *Estudio poblacional de salud mental. Envigado, 2017.* CES. http://hdl.handle.net/10946/3788

Torres de Galvis, Y., Sierra, G., Salas, C., Restrepo, D., Castaño, G., Buitrago, C., & Bareño, J. (2018b). *Estudio poblacional de salud mental. Sabaneta, 2018*. CES. http://hdl.handle.net/10946/3480

CONSUMO

Consumo de drogas psicotrópicas por adolescentes escolarizados[1]

Ramón Eugenio Paniagua Suárez
Mg. en Salud Pública
Profesor Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública
ramon.paniagua@udea.edu.co

Carlos Mauricio González Posada
Candidato a doctor en Ciencias Sociales
Profesor Universidad de Antioquia, Instituto Universitario de Educación Física mauricio.
gonzalez@udea.edu.co

1 Artículo derivado de investigación. Grupo de investigación aplicaciones estadísticas y salud pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Resumen

Objetivo: determinar la distribución de la prevalencia consumo, el motivo para hacerlo y comparar esas prevalencias según el sexo y el grupo de edad de los estudiantes.

Métodos: se seleccionó una muestra aleatoria de estudiantes matriculados en secundaria en los colegios públicos y privados de cada zona de Medellín y algunos municipios cercanos (Copacabana, Ebéjico, Marinilla y Carmen de Viboral), se utilizó un instrumento autoaplicable a partir del Composite Internacional Diagnostic Interview, CIDI II. El comité de ética avaló los estudios y los estudiantes dieron su asentimiento.

Resultados: la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas es mayor para las bebidas alcohólicas, seguida por el cigarrillo y en tercer lugar la marihuana.

Conclusión: por su magnitud, el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que amerita ser tenido en cuenta por parte de las autoridades educativas y por los padres de familia, porque pueden aparecer otros factores de riesgo que amenacen la salud mental del estudiante.

Palabras Claves: adolescente, droga psicotrópica, sexo, escolar.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental así: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2004, p. 7). La salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental; es comprender la manera como cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida.

La OMS considera que durante muchos años se ha prestado poca atención a la salud de los adolescentes porque, generalmente, se

considera que son menos vulnerables a la enfermedad que los niños y ancianos. Sin embargo, estos son más vulnerables a la evolución de las costumbres sociales y sexuales, incrementando los riesgos de presión social para el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual. Igualmente cada vez los adolescentes cuentan con mayor accesibilidad al tabaco, al alcohol y las drogas, según la OMS (1995). La competencia en lo que atañe a las oportunidades de educación y empleo es cada vez más difícil. La intolerancia, la descomposición del tejido social, los enfrentamientos entre las diversas fuerzas armadas y bandas barriales y la ola de homicidios y demás mecanismos de violencia, dejan en pos de sí una gama de adolescentes afectados psicológicamente, sin esperanza y con un futuro incierto que en algunos casos genera pensamientos y actos suicidas.

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales es un tema en torno al cual existe en nuestro país una gran preocupación totalmente justificada a la luz de los resultados de los diferentes estudios realizados como el de la Seccional de Salud de Antioquia (1987); el programa *Rumbos* de la Presidencia de la República (2002); investigaciones de estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Montoya (2003) y Corrales (2005); del Ministerio de la Protección Social y la Fundación FES (2005) y de los datos con que se cuenta en la actualidad sobre el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, las cuales suponen una importante carga para los individuos y la sociedad en el país.

Según investigaciones realizadas en Colombia, es mayor el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, cigarrillo y marihuana en las personas de sexo masculino. El consumo y abuso de sustancias psicoactivas afecta a grupos poblacionales, en los cuales se incluyen los adolescentes, quienes inician el consumo entre las edades de 10 y 14 años aproximadamente, según el FES (2005).

Dentro de las sustancias ilegales que más se consumen en Colombia (FES, 2005) se encuentra la marihuana con una

prevalencia durante la vida del 10.6% y la cocaína con el 7.2%. Dentro de las sustancias legales consumidas de mayor prevalencia en la vida, se encuentran el cigarrillo con un 36.7% y el alcohol con un 56.5% respectivamente.

Además de generar problemas a nivel de salud, social e individual, el consumo de sustancias psicoactivas va en continuo crecimiento influyendo en la estabilidad emocional de los adolescentes del mundo, de nuestro país y en especial de nuestra región, según la Alcaldía de Medellín (2001).

Los factores de riesgo atinentes a los asuntos familiares ameritan especial atención, toda vez que la familia es considerada por diversos autores como la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de los miembros que la conforman, acomodándose a una sociedad y garantizando la continuidad de la cultura en la cual se esté dando. La profesora e investigadora Ángela Quintero (1997) plantea la familia como la estructura que mejor encubre las necesidades del orden establecido, volviéndolas propias, y así posibilita la satisfacción de necesidades básicas como la reproducción del orden social de donde surgen, haciendo de ella el grupo primario por excelencia y el lugar donde se encuentra la identidad personal y social de los individuos. En situación conflictiva, todos los miembros de la familia están expuestos y son vulnerables a los factores de riesgo pero algunos de los subsistemas o integrantes pueden afectarse más que otros, dependiendo de diversos factores como el sexo, el rango de edad, los recursos personales y sociales, las fuentes de apoyo, entre muchos otros. Al respecto, la etapa de la adolescencia ha sido estudiada y descrita como un período de grandes cambios y una etapa conflictiva, lo que hace que presente mayor vulnerabilidad o riesgo; en la adolescencia, se interiorizan normas, costumbres y usos en la interrelación humana, a través de la socialización en los ámbitos familiar, social, escolar y comunitario.

En Colombia existen estudios realizados sobre el consumo de sustancias psicoactivas, pero son pocos los que trabajan

la población adolescente escolarizada mediante una muestra probabilística y con la aplicación de un instrumento validado internacionalmente y para Colombia, como se hizo en la presente investigación con el fin de describir el consumo de las sustancias psicoactivas más comunes.

Desarrollo

Este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, no experimental y realizado a través de un instrumento autoaplicable de forma individual a los adolescentes matriculados en instituciones tanto públicas como privadas ubicadas en las zonas de Medellín y algunos municipios cercanos.

El universo lo constituyó el total de adolescentes matriculados en el momento de la aplicación del instrumento en cualquier grado de básica secundaria y media en los planteles educativos. Se seleccionó una muestra aleatoria con asignación proporcional al tamaño de los colegios y cuyo tamaño y error aparece en la primera fila de Tabla 1. La muestra se recogió en cada una de las instituciones educativas de la zona o del municipio, previa sensibilización de las directivas docentes y de los estudiantes. El comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública dio el aval para cada uno de los estudios, previa aprobación del comité técnico de investigaciones; se obtuvieron los consentimientos los padres de familia y se logró el asentimiento de cada uno de los estudiantes participantes en el estudio. La encuesta fue aplicada por un(a) trabajador(a) social o un(a) psicólogo(a).

El estudio fue adelantado por tres profesores de la Universidad de Antioquia, quienes concibieron el problema y estuvieron acompañados por estudiantes de pregrado de la misma universidad que recogieron de la fuente primaria de los estudiantes la información consignada en un cuestionario elaborado a partir de una adaptación correspondiente al tema en el CIDI II. Esta es una entrevista desarrollada por la Organización Mundial de la Salud en 1997 que genera diagnósticos psiquiátricos

de acuerdo con las definiciones y los criterios del CIE-10 y del DSM-IV. Se incluyeron las secciones B, J y L, las cuales indagan sobre el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, heroína, inhalantes entre otras sustancias psicoactivas validada para Colombia en el Estudio Nacional de Salud Mental de 1992 y 2003.

Para analizar los resultados, clasificar la población y las variables de consumo se tomaron algunas variables demográficas como el sexo, el grupo de edad y la comuna. Esto permitió producir unos cuadros de salida utilizando SPSS versión 15.0 y el manual de Pardo (2005), donde aparecen los valores porcentuales y en algunos casos los valores absolutos del número de adolescentes que representan esos porcentajes. Interesan en el análisis los valores de magnitud grande en situaciones problemáticas de la salud pública y la salud mental.

El orden de la prevalencia en la primera sustancia psicoactiva en la vida lo encabezan las bebidas alcohólicas y el cigarrillo como sustancias legales; la marihuana es la tercera sustancia consumida y es ilegal. Los tranquilizantes en cuarto lugar son sustancias, en su mayoría legales; llama la atención que sea el municipio de Copacabana el que tenga mayor prevalencia de consumo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la primera sustancia psicoactiva consumida en la vida por los adolescentes escolarizados según zona de Medellín o municipio donde está el colegio

	Zona Nororiental de Medellín n=779; e=4%	Zona Noroccidental de Medellín n=605; e= 5%	Copacabana n=406; e=5%	Ebéjico n=624; e=5%	Marinilla n=700; e=4%	Carmen de Viboral n=779; e=4%
	%	%	%	%	%	%
Bebidas alcohólicas	**42,9**	**52,4**	**41,7**	**43**	**40,1**	**43,3**
Cigarrillo	**19,0**	**15,2**	**10**	**13,6**	**11,6**	**6,6**
Marihuana	**2,3**	**2,1**	**1,6**	**1,3**	**1,9**	**2,6**
Tranquilizante	0,2	0,2	1,1	0,2	0,4	0,6
Cocaína	0,5	0,9	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Bazuco	Sin dato	Sin dato	Sin dato	0,3	Sin dato	Sin dato
Inhalante	0,1	Sin dato	Sin dato	Sin dato	0,1	0,1
Éxtasis	Sin dato	Sin dato	0,8	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Heroína	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato
Otras	Sin dato	0,3	Sin dato	Sin dato	Sin dato	1,1
No ha consumido	35	29	46,4	41,3	46,0	48.3

La edad promedio de inicio de cada una de las sustancias se presenta en la adolescencia temprana, entre los 11 y los 14 años. La media es el estadístico para la edad, porque los coeficientes de variación calculados en cada caso así lo indican. La prevalencia de consumo de las sustancias en el último año muestra que el orden de las sustancias es, como ya se indicó, bebidas alcohólicas, cigarrillo y marihuana. Llama la atención la prevalencia de consumo de inhalantes en los municipios de Marinilla y El Carmen de Viboral, donde el estilo de vida de los jóvenes es muy parecido al de los grandes centros urbanos (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de consumo en el último año y edad (en años) promedio* de inicio al consumo por los adolescentes escolarizados según zona de Medellín o municipio donde está el colegio

	Zona Nororiental de Medellín n=779; e=4%		Zona Noroccidental de Medellín n=605; e= 5%		Copacabana n=406; e=5%		Ebéjico n=624; e=5%		Marinilla n=700; e=4%		Carmen de Viboral n=779; e=4%	
	%	Edad	%	Edad	%	Edad	%	Edad	%	Edad	%	Edad
Bebidas alcohólicas	10,4	12,6	11,1	12,2	8,8	12,9	6,8	12,8	10,6	12,8	12,7	12,5
Cigarrillo	6,7	12,2	5,5	12,1	2,4	11,5	3,7	12,4	3,3	12,1	4,6	12,4
Marihuana	2,8	14,1	4,3	14,3	1,0	12,8	1,2	14,0	3,3	13,9	3,7	13,3
Tranquilizantes	0,4	12,9	1,3	14	0,1	10,9	0,1	12,7	1,0	13,9	0,6	12,8
Cocaína	0,3	14,5	0,7	14	0,1	13,7	0,1	12,7	0,4	13,4	0,3	13,6
Bazuco	0,1	14	0,2	16	0,1	13	0,1	12,7	0,1	14	0,3	13,4
Inhalantes	0,3	14	0,7	13,5	0,1	12,2	0,4	14	1,0	13,5	1,1	13,2
Éxtasis	0,4	14,7	1,0	14,3	0,1	13,5	0,1	12	0,1	14,3	0,1	14
Heroína	0,1	14	0,2	15	0,1	14	0,1	11,5	0,1	14,5	0,1	13,4
Otras sustancias	0,1	15	0,7	14,3	0,4	12,5	0,5	13	0,4	15	0,4	12,1

*Se verificó que todos los coeficientes de variación fueran menores o iguales a 0,2 para que la media sea el estadístico de resumen, apropiado en cada sustancia y municipio.

La curiosidad y la diversión son los principales motivos que expresan los estudiantes para consumir; la relación con los pares en el grupo de amigos o en los parches como los llaman ahora, son los que propician estos estados. La curiosidad la señalan 3 de cada 5 estudiantes como principal motivo; en Marinilla y El Carmen la señala 1 de cada 3 estudiantes. El consumo por diversión lo señalan 1 de cada 5 estudiantes y en Marinilla y El Carmen 1 de cada 10 (ver Tabla 3).

Tabla 3. El principal motivo que llevó a consumir la sustancia psicoactiva por los adolescentes, según zona de Medellín o municipio donde está el colegio

	Zona Nororiental de Medellín n=779; e=4%	Zona Noroccidental de Medellín n=605; e= 5%	Copacabana n=406; e=5%	Ebéjico n=624; e=5%	Marinilla n=700; e=4%	Carmen de Viboral n=779; e=4%
	%	%	%	%	%	%
Curiosidad	**66,7**	**70,8**	**61,7**	**65,6**	**31,1**	**37,3**
Por imitar a otras personas	1,0	1,9	1,3	1,3	1,3	0,7
Para disminuir preocupaciones	4,0	2,5	8,0	5,7	4,6	4,1
Para superar la timidez	1,3	1,1	2,1	1,7	1,6	0,7
Por diversión	**19,5**	**19**	**22,5**	**22,3**	**12,4**	**8,6**
Por darle gusto a otros	1,6	1,4	0,4	0,9	1,1	0,1
Otro	4,6	3,2	4,0	2,3	2,0	2,7

El consumo de sustancias psicoactivas afecta por igual a los hombres y a las mujeres en los diferentes municipios donde se realizó el estudio. Todos los intervalos de confianza incluyen al 1, lo que indica que las prevalencias son iguales (Tabla 4).

Tabla 4. Razón de prevalencias de hombres a mujeres al consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, por los adolescentes según zona de Medellín o municipio donde está el colegio

	OR	Intervalo del 95% de confianza	
		Límite inferior	Límite superior
Zona Nororiental de Medellín	0,905	0,628	1,304
Zona Noroccidental de Medellín	0,968	0,685	1,367
Copacabana	1,225	1,095	1,371
Ebéjico	0,990	0,838	1,168
Marinilla	0,836	0,621	1,125
Carmen de Viboral	1,007	0,748	1,357

El consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, es mayor en los estudiantes de 15 a 19 años que en los de 11 a 14 años, excepto en Ebéjico donde la mayor prevalencia es para los estudiantes de 11 a 14 años (Tabla 5).

Tabla 5. Razón de prevalencias de los estudiantes de 11-14 años a los 15-19 años en el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida por los adolescentes según zona de Medellín o municipio donde está el colegio

	OR	Intervalo del 95% de confianza	
		Límite inferior	Límite superior
Zona Nororiental de Medellín	0,555	0,384	0,802*
Zona Noroccidental de Medellín	0,180	0,118	0,273*
Copacabana	0,295	0,262	0,331*
Ebéjico	1,120	0,948	1,323
Marinilla	0,273	0,199	0,374*
Carmen de Viboral	0,230	0,164	0,325*

** Las prevalencias son diferentes*

Conclusiones

El consumo de bebidas alcohólicas como primera sustancia consumida en la vida ocurre en 1 de cada 4 estudiantes; como sustancia consumida en el último año, involucra a 1 de cada 10

estudiantes. La edad de inicio ocurre en la adolescencia temprana cuando los estudiantes cursan sexto o séptimo grado. El cigarrillo y la marihuana siguen en orden de prevalencia, pero no por esto tienen menor importancia, pues su edad promedio de inicio ocurre también en la adolescencia temprana.

Otras investigaciones han reportado resultados similares a los de los presentes estudios; por ejemplo, Usher, Jackson & O'Brien (2005) afirman que el uso y abuso de drogas conlleva un riesgo en personas de todas las edades. Sin embargo, los adolescentes son particularmente vulnerables al abuso de sustancias. El consumo de drogas en los adolescentes sigue siendo un motivo de preocupación con número de adolescentes que desarrollan problemas asociados con el uso de diversas drogas. En tanto que Cassiani et al. (2012) afirman que no hay duda de que existe una relación compleja entre el trauma y el consumo de alcohol, lo que convierte a este binomio en un problema prioritario de salud pública. El trauma es una de las causas principales de la carga de la enfermedad; por su parte, el alcohol es uno de los mayores factores de riesgo para la salud global y genera una variedad de efectos adversos en la vida de las personas, la productividad y los sistemas de salud. Además, Barca (2004) observa que es evidente que los riesgos para la salud de los adolescentes nunca pueden reducirse a cero, pero en las últimas décadas se está produciendo un incremento en el consumo de drogas ilegales al tiempo que aumenta en la sociedad la cultura pro-consumo. 1 de cada 4 adolescentes de 14 a 18 años de edad consume cannabis, el 3% consumen cocaína y en torno al 1-2% usan drogas de síntesis. De otro lado, Strauchil et al. (2009) dicen que el consumo de bebidas alcohólicas fue prevalente en ambos sexos y comenzó a una edad muy temprana. Por su parte, Manrique, Ospina & García (2009) afirman que la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco es bastante alta en este grupo de edad, además que los determinantes asociados son factores susceptibles de intervenciones educativas que deben considerarse prioritarias, en particular las que tienen que ver con el ambiente familiar y

el grupo de pares. De otro lado, Villatoro et al. (2016) señalan que el crecimiento del consumo de sustancias, principalmente marihuana y alcohol, resalta la importancia de la creación de nuevas estrategias de prevención para disminuir los índices de consumo entre los estudiantes.

Los principales motivos para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas son la diversión para 3 de cada 5 estudiantes y la curiosidad para 1 de cada 5 estudiantes en algunos municipios o zonas. Estas formas de comportarse son muy propias de la adolescencia y deben estar permeadas por la formación en valores en las familias con el reforzamiento de los mismos en la escuela; ambas instituciones en la sociedad colombiana están en crisis.

El consumo de sustancias psicoactivas no presenta diferencias por sexo, lo que quiere decir que tanto hombres como mujeres deben ser intervenidos para prevenir la problemática. Por grupos de edad, hay diferencia en las prevalencias, siendo mayor en las del grupo de 15 a 19 años que corresponde a la adolescencia tardía.

Recomendaciones

El consumo de sustancias psicoactivas como problema de salud pública por su magnitud y en algunos casos por sus efectos discapacitantes debe ser intervenido de manera intersectorial por diferentes instituciones del orden nacional, departamental y municipal; no es un problema exclusivo del sector de salud y debe ser abordado por equipos psicosociales conformados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, abogados, psiquiatras y expertos en la intervención de las familias y de las instituciones educativas para que apoyados en la política pública de juventud diseñen estrategias para solucionar este problema.

Referencias

Barca, C. (2004). El adolescente y las drogas ilegales. *BOL PEDIATR, 44*(189), 131–136. http://www.sccalp.org/boletin/189/BolPediatr2004_44_131-136.pdf

Cassiani, C., Cubides, A., Borrero, M., & Trespalacios, W. (2012). Alcohol y trauma: Un problema prioritario de salud pública. *Salud Uninorte, 28*(1), 131–149. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522012000100012&lng=e&nrm=iso&tlng=es

Corrales, S., & Montoya, A. (2005). *Prevalencia y factores asociados al consumo de psicoactivos en estudiantes de secundaria municipio de Guatapé, Antioquia.* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de Antioquia.

Fundación Universitaria Luís Amigo & Alcaldía de Medellín. (2001). *Reflexionar e Intervenir: una propuesta de trabajo para la prevención de la fármaco-dependencia: la sexualidad insegura y la agresión en los y las jóvenes: elementos conceptuales.* Fundación Universitaria Luis Amigo.

Manrique, F., Ospina, J., & García, J. (2009). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia. *Salud Pública, 13*(1), 89–101.

Ministerio de la Protección Social y Fundación FES. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental 2003* [CD-ROM].

Montoya, D. (2003). *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria, municipio de Itagüí, 2003* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de Antioquia.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *La salud de los Adolescentes: Un reto, una esperanza.* Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Entrevista diagnóstica internacional compuesta-CIDI. Secciones B, J, L.* Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud.* https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Pardo, A., & Ruiz, M. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 base.* Editorial Mac Graw–Hill.

Presidencia de la República de Colombia, Programa Rumbos. (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años.* Presidencia de la República de Colombia.

Quintero, A. M. (1997). *Trabajo social y procesos familiares.* Editorial Lumen.

Servicio Seccional de Salud de Antioquia. (1987). *Elementos básicos para la atención del consumo de psicoactivos. Sección Salud Mental.* La Institución.

Strauchl, E., Tavares, R., Azevedo, R., & Lessa, B. (2009). Alcohol use among adolescents: A population-based study. *Saúde Pública, 43*(4), 647–55.

Usher, K., Jackson, D., & O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. *International Journal of Mental Health Nursing, 14,* 209–214.

Villatoro, J., Medina, M., Martín del Campo, R., Anahí, D., Noemí, M., Bustos, M., Resendiz, E., Mujica, R., Bretón, M., Soto, I., & Cañas, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental, 39*(4), 193–203. https://doi.org/ 10.17711/SM.0185-3325.2016.023.

CONSUMO

Efectos del consumo de sustancias en gestantes

Marie Claire Berrouet-Mejía
Médica, Especialista en
Toxicología, Mg. en Epidemiología
Profesora asociada
Universidad CES
Toxicóloga Hospital General
de Medellín
Grupo de investigación
clínica HGM-CES
mcberrouet@hotmail.com

Jaiberth Antonio Cardona-Arias
Microbiólogo y Bioanalista,
MSc en Epidemiología,
MSc en Economía aplicada,
PhD(candidato) en Salud Pública
Profesor Asociado
Universidad de Antioquia
jaiberth.cardona@udea.edu.co

Resumen

Se estiman 1,2 millones de mujeres consumidoras de drogas en quienes la neurobiología de la adicción es más grave que en los hombres. Este problema es aún más grave en las gestantes por los efectos deletéreos del consumo en la salud materna, fetal, neonatal e infantil. Esta revisión se focaliza en los efectos negativos del consumo en gestantes, categorizando las sustancias en varios grupos; los estimulantes que generan riesgos cardiovasculares y neurológicos para la paciente y aumentan el riesgo de restricción en el crecimiento intrauterino; los depresores como el alcohol, las benzodiazepinas y los opioides que llevan a la paciente a tener riesgos neurológicos y respiratorios y en el hijo incrementan el riesgo de abstinencia neonatal, así como de trastornos alcohólicos fetales. Dadas las graves consecuencias del consumo y su baja tamización en gestantes, el texto finaliza con la identificación de algunas encuestas y escalas rápidas para la medición del consumo.

Palabras clave: dependencias, gestación, drogas, feto.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1,2 millones de mujeres, de las cuales la mayoría está en edad fértil, tienen problemas asociados al uso de sustancias, constituyendo un problema de salud pública por sus efectos directos como la dependencia y las comorbilidades relacionadas. Esto se suma a datos de Colombia en los que se evidencia un incremento del consumo, siendo el más frecuente el cannabis seguido por los opioides, el feniletílico y la cocaína con sus derivados (Dane, 2020; Insulza, s.f.; Lemahieu, 2020).Estos reportes no hacen énfasis en el consumo de drogas en la gestante. Por eso, considerando sus particularidades con respecto a la neurobiología y los riesgos que las diferentes sustancias tienen para el binomio madre-feto, el objetivo de esta revisión fue describir algunos aspectos asociados a los cambios de la neurobiología de la adicción en las mujeres y a los riesgos asociados para las gestantes.

Alteraciones asociadas al consumo de sustancias en las mujeres

Ait-Daoud y colaboradores resaltan cómo en el transcurso de los años a nivel mundial se evidencia un mayor incremento del consumo de drogas en las mujeres, lo que resulta más grave frente a otros grupos poblacionales al considerar que estas presentan características endocrinas (asociadas a las hormonas sexuales) que hacen que la neurobiología de la adicción en ellas tenga diferencias con respecto a los hombres (Ait-Daoud et al., 2019). En tal sentido, las mujeres empiezan a registrar problemas asociados al alcohol cuando consumen más de 3 tragos por día o 7 medidas estándar por semana, a diferencia de los hombres en quienes el riesgo se identifica a partir de 14 tragos por día. Dentro de las diferencias que hacen más susceptibles a las mujeres está el hecho de que ellas absorben y metabolizan el alcohol de una manera más lenta, pues no tienen la alcohol-deshidrogenasa-gástrica, favoreciendo así los riesgos multisistémicos asociados a esta sustancia como enfermedad hepática alcohólica, problemas cardíacos y compromiso neurológico. La susceptibilidad de las mujeres para presentar daño en estos órganos es explicada porque los estrógenos favorecen procesos de peroxidación lipídica y daño de membranas (Ait-Daoud et al., 2019).

Están bien documentadas las alteraciones del alcohol en el sistema nervioso central, el consumo excesivo de esta sustancia en las mujeres se ha asociado a alteraciones cognitivas que interfieren con el aprendizaje, explicadas por una neurodegeneración mucho más grave que en los hombres. Diferentes modelos animales evidencian cómo el consumo de alcohol puede llevar a una alteración en el eje hipotálamo hipófisis, producción de estrógenos, alteración de la hormona luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH); a su vez, las alteraciones en los estrógenos hacen que en las mujeres con trastornos por uso de alcohol sea más común la presencia de

neoplasias con receptor de estrógenos positivo como el cáncer de mama (Ait-Daoud et al, 2019; Sullivan et al., 2002).

Con respecto a los opioides, es evidente el aumento en la prescripción de fármacos analgésicos de este grupo en las últimas dos décadas. Esto ha introducido el nombre de "epidemia opioides", la cual se ha asociado a un aumento en las sobredosis. Desde 1999 y hasta el 2010, se han documentado 48.000 muertes de mujeres por sobredosis asociadas a opioides, lo que implica un incremento del 400% (Ait-Daoud et al., 2019). Uno de los factores que juega un rol determinante en el sobreuso de opioides en las mujeres es que en ellas se ha descrito mayor frecuencia de enfermedades caracterizadas por dolor crónico; además, existe evidencia preclínica (con modelos animales) que asocian hormonas como el estradiol y la progesterona con un refuerzo positivo ante el uso de opioides (Ait-Daoud et al, 2017; Jones, 2013; Lacy et al., 2016).

Para sustancias estimulantes como la cocaína, también se evidencian diferencias en modelos animales que han encontrado cómo las ratas femeninas presentan mayor sensibilidad al refuerzo positivo frente a las de sexo masculino; es así como las hormonas sexuales, fundamentalmente el estrógeno, tienen un papel fundamental en las conductas buscadoras o *"drug seeking behavior"* (Lacy et al, 2016).

En cuanto al cannabis y su consumo en mujeres, es importante señalar que su uso ha aumentado en diferentes países, especialmente en los jóvenes. Actualmente es una de las sustancias con mayor acceso y en la que se tiene una idea de mayor beneficio que riesgo, atribuyéndole relajación y mejoría del estrés. Si bien es cierto que algunos autores plantean que el uso de cannabis es más frecuente en hombres, las mujeres desarrollan más *craving* ,es decir, el deseo incontrolable del consumo ante la suspensión de la sustancia, esto hace que las mujeres tengan mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de marihuana en comparación a los hombre (Ait-Daoud et al., 2019; Cuttler et al, 2016; Lev-Ran et al., 2012).

Riesgos asociados al consumo de sustancias en las gestantes

Las drogas o sustancias psicoactivas se pueden agrupar de diferentes maneras, en términos generales existen en tres clases. En la primera se incluyen todas las sustancias depresoras que se caracterizan por disminuir la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales, dentro de ellas se encuentran los sedantes como benzodiacepinas alcohol y opioides. Los riesgos asociados al consumo de estas sustancias son fundamentalmente neurológicos y respiratorios (Fernández et al., 2013). En la segunda clase están sustancias estimulantes como la cocaína y las feniletilaminas; las cuales inhiben la recaptación de aminas biógenas, con lo que el principal riesgo asociado para el consumidor es fundamentalmente neurológico y cardiovascular (Fernández et al., 2003; Villa, Botero, Cardona & Berrouet, 2017). Por último, están las sustancias con potencial alucinógeno o psicodislépticos, las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos y producen alucinaciones; dentro de ellas están el ácido lisérgico (LSD), ketamina, psiolocibina, cannabis, yagé y algunas drogas de diseño (Fernández et al, 2013)

Efectos del consumo de tabaco

Iniciando con el tabaco, se debe considerar que, aunque no es una sustancia ilegal, su uso se ha reportado en gestantes y por la gran cantidad de sustancias que tiene se asocia a riesgos a corto y largo plazo en múltiples órganos y sistemas (Fernández 2009). Actualmente, la nicotina es considerada como una de las sustancias más adictivas en el mundo por la cantidad de dosis que se consumen en el día, al ser una droga legal (De la Iglesia et al., 2006). El humo producto de la combustión del cigarrillo, por exposición activa o pasiva, se asocia a una gran cantidad de complicaciones en los diferentes órganos y sistemas corporales y obviamente en la mujer embarazada y el feto (Berrouet & Gómez, 2013; Samet, 2002).

La nicotina es la causante de los efectos agradables, pero existe una gran cantidad de componentes con potencial toxicidad como: amoníaco, formaldehído, nitrosaminas volátiles, aminas aromáticas, cianuro de hidrógeno, benceno e hidrocarburos policíclicos aromáticos; material partículado, acetaldehido, cianuro de hidrógeno N' nitrosonornicotina y N' nitrosopirrolidin. Tanto la nicotina como el monóxido de carbono y el cadmio aumentan en 2 a 4 veces la muerte de origen cardiovascular (Samet, 2002).

En el embarazo, algunos estudios han mostrado que el tabaquismo se asocia a un aumento en la frecuencia de abortos. Los efectos deletéreos del tabaco se explican a través de varios procesos. La respuesta cardiovascular aguda por el uso de la nicotina se caracteriza por vasoconstricción, taquicardia, aumento de la presión arterial, aumento del gasto cardíaco y vasoconstricción coronaria, debido a estimulación de los ganglios simpáticos como también a la descarga de catecolaminas de las terminales nerviosas simpáticas y de la médula suprarrenal (Brown & Graves, 2013; Motta et al., 2010; Mund et al., 2013).

El tabaquismo también se ha asociado a disfunción endotelial, aumento de la agregabilidad plaquetaria, alteración de la fibrinólisis, inhibición de la síntesis endotelial de óxido nítrico, entre otras. En la placenta existe un estado de equilibrio entre sustancias prooxidantes y antioxidantes el cual es alterado por la exposición al cigarrillo, al tiempo que se aumenta la producción de radicales (Brown & Graves, 2013; Mund et al., 2013).

La restricción del crecimiento intrauterino y el parto pretérmino son dos de las principales alteraciones asociadas al hábito de fumar para las gestantes. Considerando las alteraciones genéticas y celulares también es posible evidenciar el impacto negativo del tabaquismo, pues se han demostrado procesos de metilación de secuencias de genes como AHRR and GFI1 asociados en la detoxificacion de algunas sustancias contenidas en el cigarrillo, lo cual se ha asociado a algunas malformaciones o defectos

cardíacos congénitos, específicamente los defectos septales (Mund et al., 2013).

Efectos del consumo de alcohol

El alcohol o etanol es una molécula pequeña y débilmente polar, soluble en agua y lípidos. Por sus características, el etanol se absorbe rápidamente a través de todas las vías, pero indiscutiblemente la más importante es la vía oral (Fernández, 2009).

El alcohol, al igual que todas las drogas, actúa por diferentes mecanismos a lo largo de la gestación. En el sistema nervioso central, se puede asociar a displasias y ectopias corticales, cuyo nivel de daño depende del tiempo y el trimestre de exposición. Así, en el primer trimestre generalmente se asocia a alteraciones morfológicas; en el segundo trimestre se afecta el crecimiento, comprometiéndose el hipocampo, el lóbulo frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales y, finalmente, afecta el desarrollo del sistema nervioso central que puede manifestarse con microcefalia con subsecuente discapacidad intelectual hasta en el 75% de los casos. A lo anterior se deben agregar las alteraciones del crecimiento y la diferenciación celular, la disminución en la metilación del DNA por metabolitos del etanol como el acetaldehído, la hipoglicemia fetal, la alteración en la sustancia blanca y las alteraciones nutricionales maternas (González, 2013).

En la gestación, el alcohol se asocia a los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF), el cual es una de las principales causas prevenibles de alteraciones en el neurodesarrollo. ya que es una sustancia directamente tóxica para el feto en todas las etapas, especialmente en la fase embrionaria. El síndrome está constituido por retraso del crecimiento intra y extrauterino, alteraciones del sistema nervioso central (retraso mental, irritabilidad, disminución del tono muscular), anomalías craneofaciales (macro, micro o hidrocefalia) y otras malformaciones congénitas, especialmente a nivel cardíaco y en menor grado en genitales y aparato urinario (Louw, 2018). En tal sentido, Lange et al. (2017) realizaron un

metanálisis donde reportó una prevalencia del síndrome de alcoholismo fetal de 7,7/1000 habitantes (IC95%= 4,9-11,7/1000) (Louw, 2018).

Adicional a estas alteraciones, el alcohol se ha asociado con problemas en el crecimiento, alteraciones en el comportamiento y cognitivas, abortos, parto pretérmino y bajo peso al nacer (Louw, 2018). Estos datos resultan de mayor gravedad al considerar que el consumo de alcohol en la gestación es frecuente,

Efectos del consumo de cocaína

El clorhidrato de cocaína, extraído de la planta *erythroxylon coca* es una de las formas como se consume este alcaloide en las calles (Bustamante & Mejía, 2012; Minnes et al., 2012). Los mecanismos de toxicidad del clorhidrato de cocaína y sus derivados se explican por la estimulación de los receptores adrenérgicos **α** y β, y la inhibición de la recaptación de catecolaminas, la cual no solo es explicado por la cocaína como tal, sino por sus metabolitos, como la norcocaina. Con respecto a los metabolitos es importante profundizar en el cocaetileno, este metabolito es un producto de la coingestión de cocaína y alcohol, incrementando hasta 20 veces el riesgo de muerte súbita y vasoespasmo; aumentando la demanda de oxígeno miocárdico y ejerciendo un efecto depresor miocárdico directo (Bustamante, 2012).

Las complicaciones asociadas al consumo de cocaína comprenden las neurológicas, las cardiovasculares, las respiratorias, entre otras; siendo las dos primeras de gran importancia por la morbimortalidad asociada, dado que las neurológicas derivan en accidente cerebrovascular, psicosis, estatus convulsivo y otras, mientras que las cardiovasculares derivan en síndrome coronario agudo, muerte súbita, arritmias, edema pulmonar, miocarditis, endocarditis, disección aórtica, hipertensión arterial y crisis hipertensivas (Minnes et al., 2012).

El consumo de cocaína en el embarazo se asocia a crisis hipertensivas, pérdidas fetales, parto pretérmino y abruptio de

placenta. El periodo de mayor riesgo es el de organogénesis, aumentando el riesgo de aborto. La toxicidad aguda puede simular una preeclampsia o eclampsia durante la gestación o el posparto. Sabiendo que el líquido amniótico actúa como reservorio de cocaína, con este alcaloide también se han reportado consecuencias adversas para el feto como bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino, microcefalia y malformaciones. En el nacimiento se han reportado mayor frecuencia de signos y síntomas como irritabilidad, temblor, succión excesiva e inestabilidad autonómica (Londoño Restrepo & Aristizábal Echeverry, 2016).

En el embarazo, como se dijo, el periodo de mayor riesgo es durante la organogénesis. Esto porque en el efecto simpaticomimético de la cocaína hay una vasoconstricción significativa en el embrión que aumenta los efectos adversos como el aborto espontáneo. Al ser uno de los principales estimulantes del sistema nervioso o simpático, con vasoconstricción por receptores alfa, se genera una disminución en el flujo sanguíneo uterino, produciendo hipertensión materna y fetal (Londoño Restrepo & Aristizábal Echeverry, 2016). También se han descrito complicaciones en el periparto, como preeclampsia severa e infarto agudo de miocardio; incluso una revisión narrativa plantea que las gestantes expuestas a cocaína tienen 25% mayor riesgo de complicaciones hipertensivas, sumado a ruptura prematura de membranas, parto prematuro, depresión mayor, enfermedad cerebro vascular hemorrágica y abruptio de placenta (Londoño Restrepo & Aristizábal Echeverry, 2016; Viteri et al., 2015).

También se ha planteado que diversos metabolitos de la cocaína se pueden almacenar en la placenta, lo que implica una exposición fetal continua, con un efecto nocivo en la maduración neuronal, alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central y compromiso de los lóbulos frontales; todo ello deriva tanto en alteraciones cognitivas como en dificultades para concentrarse y controlar impulsos (Londoño Restrepo & Aristizábal Echeverry, 2016).

Otros autores plantean que las principales alteraciones asociadas al consumo de cocaína son la prematuridad, el sufrimiento fetal, la disminución de medidas antropométricas con retraso del crecimiento intrauterino y disminución del perímetro cefálico (Koob, 2006). Otras malformaciones de menor ocurrencia incluyen la meromelia, infartos cerebrales, hidronefrosis, riñón ectópico y poliquístico (Londoño Restrepo & Aristizábal Echeverry, 2016; Meyer & Zhang, 2009; Salinas-Torres et al., 2012).

Finalmente, en el síndrome de abstinencia asociado a la cocaína, se han evidenciado hipertonía, nerviosismo, temblor, irritabilidad, hipervigilancia, convulsiones e inestabilidad autonómica. Asociado a esto, se han descrito aumento de la presión arterial y convulsiones, aunque muchos autores no lo nombran como síndrome de abstinencia neonatal, los recién nacidos desarrollan un cuadro clínico similar al de los opiáceos. El síndrome de abstinencia neonatal por consumo de cocaína se presenta los primeros dos o tres días posparto, algunos estudios mencionan que 30% de los neonatos expuestos a cocaína presentan un síndrome con irritabilidad, hipertonía, estornudos, problemas de succión y dentro de las complicaciones más graves están las crisis convulsivas, las arritmias cardíacas y la enterocolitis necrotizante (Londoño Restrepo & Aristizábal Echeverry, 2016).

Efectos del consumo de marihuana

La marihuana es una planta dioica originaria de Asia central que crece en zonas tropicales y de clima templado. Pertenece a la familia *cannabaceae*, género *cannabis*, y las principales especies con actividad psicoactiva y narcótica son *C. sativa y C. indica*. Los primeros reportes de esta sustancia datan del año 8000 a. C., pero desde el año 4000 a. C. se empezaron a describir algunos usos medicinales como analgésico, antiepiléptico, hipnótico, ansiolítico y antiinflamatorio. Los tetrahidrocannabinoides (THC) y la mayoría de sus metabolitos son lipofílicos e insolubles en agua, son termolábiles y fotolábiles; el almacenamiento de la planta lleva a una disminución progresiva en el contenido de THC secundario a la oxidación a canabinol (Escobar et al., 2009).

Por vía inhalatoria, el THC se detecta en el plasma en los primeros segundos después de la primera inhalación de un cigarrillo (contenido aproximado 16 mg de THC) y alcanza concentraciones pico luego de tres a diez minutos. Su excreción es principalmente urinaria, pero es variable entre dos y siete días, según la dosis consumida, si el consumidor es habitual o esporádico. La razón principal de la acumulación del THC en el organismo y su baja excreción es la redistribución constante desde el tejido adiposo y otros tejidos a la sangre (Escobar et al, 2009).

La biodisponibilidad sistémica varía entre un 10% y un 35%. Aun cuando es mayor en los consumidores habituales, estas se relacionan con la profundidad, duración de la inhalación y retención del humo; mientras que la absorción por vía oral es lenta y errática. El metabolismo del THC es fundamentalmente hepático, por procesos de hidroxilación, glucuronidación y oxidación por las enzimas del sistema citocromo P450, principalmente la subfamilia CYP2C (Escobar et al., 2009).

El trastorno por consumo de cannabis en el manual de DSM V se caracteriza por alteración en la socialización, presencia de tolerancia y abstinencia. En el embarazo el consumo de cannabis se ha asociado asociación con otras enfermedades como depresión y ansiedad (Polcaro & Vettraino, 2020). Otra alteración asociada al cannabis que es importante considerar en gestación es el síndrome de hiperémesis cannabinoide, pues es un diagnóstico diferencial de la hiperémesis gravídica. El primero debe sospecharse en pacientes con un nexo de consumo de marihuana y falta de mejora antieméticos. En el manejo de estos pacientes es fundamental la suspension del consumo y las duchas calientes han mostrado mejoría en la sintomatología (Polcaro & Vettraino, 2020).

Luego del nacimiento, en los hijos de madres consumidoras de cannabis se han descrito asociaciones con irritabilidad, déficit de atención y alteraciones en la memoria de los hijos de madres consumidoras (Metz & Stickrath, 2015; Thompson et al., 2019). Saurel Cubizolles et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo

en Francia en el año 2010, incluyendo 13.545 mujeres en quienes se halló una frecuencia de uso del 1,2% y una asociación con diferentes complicaciones como parto pretérmino. Polcarpo & Vettraino (2020) describen también mayor frecuencia de parto pretérmino, bajo peso, puntuación en el apgar baja y por ende mayor morbilidad perinatal asociada al bajo peso al nacer.

Con respecto a la conducta, es importante resaltar que el cannabis tiene la capacidad de atravesar la barrera placentaria y alcanzar concentraciones hasta de un 10% los niveles maternos, estas concentraciones pueden aumentar con el uso repetitivo, entendiendo que el cerebro fetal contiene receptores cannabinoides tipo I desde las 14 semanas de gestación, se pueden observar anomalías en el desarrollo cerebral. Numerosos autores, a través de estudios retrospectivos, han encontrado una asociación de simultaneidad entre el consumo de cannabis durante el embarazo y la incidencia del trastorno del espectro autista (Polcaro J, Vettraino, 2020).

Efectos del consumo de opioides

Los opioides son compuestos lipofílicos, característica que les permite una buena absorción y un paso rápido por membranas biológicas. Sus efectos clínicos son explicados por el agonismo de receptores opioides, OP1 (delta), OP2 (kappa) y OP3 (mu), Los principales cambios celulares por el agonismo de receptores son la reducción en la producción de Adenosina Monofosfato Cíclico (AMPc) encargado de catalizar la fosforilación de varios substratos proteicos como los canales iónicos, produciendo un estado de hiperpolarización celular (Viteri et al., 2015). Estos analgésicos indiscutiblemente es uno de los grupos farmacológicos que más ha impactado negativamente al síndrome de abstinencia neonatal.

Medición del consumo de sustancias en gestantes

Acorde con las recomendaciones de los centros de salud mental y abuso de sustancias en Estados Unidos cuando se evalúa el

consumo de una gestante, los clínicos deben considerar factores asociados como historial de traumas, identificación de las barreras de acceso para la salud, roles de las mujeres en la sociedad (madre, padre, cuidador, proveedor, etc) que se pueden asociar con miedo de perder la custodia de sus hijos y por eso no acuden a los servicios de salud; adicional a lo anterior, es más frecuente que las mujeres experimenten problemas de salud mental como resultado del consumo de sustancias, por ejemplo la patología dual tiene una frecuencia de hasta el 55% (Ait-Daoud et al., 2019).

En este orden de ideas, la tamización de trastornos por uso de sustancias debe realizarse en un entorno que favorezca la privacidad, se garantice la confidencialidad, el entrevistador tenga una actitud empática y se asegure que el sujeto evaluado no tenga signos o síntomas que sugieran estar bajo el efecto de una sustancia (Ait-Daoud et al., 2019). En este marco, se dispone de varias herramientas como las siguientes

Para el alcohol se dispone del test de CAGE y *The Modified Single Alcohol Screening Questionnaire (MSASQ)* que básicamente preguntan la última vez que en un día tomó más de cuatro tragos; estos tienen una sensibilidad del 86% para detectar trastornos por uso de alcohol, si el puntaje es de dos puntos o más, se recomienda complementación con un cuestionario más completo, conocido como AUDIT (Ait-Daoud et al., 2019).

El AUDIT o Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol, es un test de diez preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso (Villamil Salcedo et al., 2009). Este puede complementarse con el T-ACE *(Alcohol Screening Questionnaire)* un cuestionario basado en el test de CAGE que identifica un consumo de alcohol potencialmente nocivo para el feto (Ait-Daoud et al., 2019; Chang et al., 2010) o el TWEAK (*Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia y Cut-down)* que es específico para detectar casos en mujeres embarazadas (López et al., 2017).

El TLFB (*Alcohol Timeline Followback*) permite hacer una estimación del consumo diario de alcohol en un sujeto dado. A través del empleo de un calendario, se proporciona una estimación retrospectiva de su consumo diario de alcohol sobre un periodo específico de tiempo que puede oscilar entre 1 y 12 meses desde la fecha de la entrevista. El TLFB proporciona un amplio rango de información sobre el patrón de consumo, frecuencia y magnitud del consumo de alcohol. Este puede ser empleado tanto en adultos como en adolescentes y existe una versión online que se ha utilizado en gestantes (Chow et al., 2017; Dukes et al., 2017; Hotham et al., 2016).

SCID-I (*Structured Clinical Interwiew for DSM-IV Axis I Disorders*) es una entrevista semiestructurada que permite hacer diagnósticos del eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de seis módulos (A-F) y uno de ellos se reserva para los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y también se ha utilizado en gestantes (Gorman et al., 2004; Moylan et al., 2001).

El ASI (*Addiction Severity Index*) es una entrevista semiestructurada diseñada expresamente para obtener información relevante para la evaluación clínica inicial del paciente drogodependiente y planificar su tratamiento. En la evaluación de la gravedad del problema del paciente se incluye el estado de salud general, la situación laboral y financiera, el consumo de alcohol, el consumo de drogas, los problemas legales, la familia y relaciones sociales y el estado psicológico; esta herramienta se ha utilizado en gestantes (Denis et al., 2016).

Entre las múltiples desventajas que tienes las anteriores herramientas se destaca el hecho de evaluar una única sustancia o la gravedad de la dependencia. Con el fin de superar las limitaciones de los test disponibles, se diseñó el ASSIST (*Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*), un cuestionario para la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias que fue desarrollado por la OMS para detectar el uso de sustancias

psicoactivas y los problemas relacionados con el consumo de las mismas, en contextos de atención primaria en salud. Consta de ocho preguntas que permiten detectar el consumo de alcohol, nicotina, cannabis, cocaína, estimulantes, inhalantes, sedantes alucinógenos y opiáceos (OMS, 2011).

El ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el individuo ha consumido, proporciona información sobre el consumo a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos 3 meses. La puntuación final permite clasificar a los individuos en tres niveles de riesgo para cada sustancia; riesgo bajo en puntuaciones de 0-10 para el alcohol y 0-3 para las demás sustancias; riesgo moderado en puntuaciones de 11-26 para el alcohol y 4-26 para las demás sustancias y riesgo alto en puntuaciones iguales o mayores a 27 para todas las sustancias. Las ventajas que ofrece ASSIST sobre otros instrumentos es que es de aplicación rápida, clara y sencilla; permite explorar el consumo de otras sustancias psicoactivas distintas del alcohol, tiene validación transcultural y puede ser vinculado fácilmente a una intervención breve, lo que ha resultado de gran utilidad en gestantes (Coleman-Cowger et al., 2018).

Conclusiones

El consumo de las diferentes sustancias psicoactivas es un problema que viene en aumento. Dados los cambios fisiológicos del embarazo y los riesgos que producen las diferentes sustancias tanto en la gestante como en el feto, es importante hacer un seguimiento adecuado de la mujer en edad fértil con patología dual o con transtornos por uso de sustancias, con el fin de brindarle una adecuada asesoría preconcepcional. Si solo se logra captar a la paciente en un estado de gestación avanzado, antes de tratar farmacológicamente el problema, se debe caracterizar el patrón de consumo y buscar su cese.

Recomendaciones

Las gestantes consumidoras deberían tener un abordaje multidisciplinario con especialidades como ginecología, toxicología, psiquiatría y apoyo de otros profesionales de la salud como psicología y nutrición, en aras de disminuir la morbilidad y mortalidad asociada al uso de sustancias.

Referencias

Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., & Holstege, C. P. (2017). Women and addiction. *Psychiatric Clinics of North America, 40*(2), 285–297. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.005

Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., Holstege, C. P., & Amin, P. (2019). Women and addiction: An update. *The Medical Clinics of North America, 103*(4), 699–711. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.002

Berrouet M. C., & Gomez, U. (2013). Tabaquismo como factor de riesgo cardiovacular. En Senior, J. M. (Ed.), *Manual de normas y procedimientos en cardiología* (pp. 165–177). Distribuna Editorial Médica.

Brown, H. L., & Graves, C. R. (2013). Smoking and marijuana Use in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 56*(1), 107–113. https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e318282377d

Bustamante, J. F. M., & Mejía, M. C. B. (2012). Cocaína y estado convulsivo. *Revista CES Medicina, 26*(2), 215–221.

Chang, G., Fisher, N. D. L., Hornstein, M. D., Jones, J. A., & Orav, E. J. (2010). Identification of risk drinking women: T-ACE screening tool or the medical record. *Journal of Women's Health (2002), 19*(10), 1933–1939. https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1911

Chow, P. I., Lord, H. R., MacDonnell, K., Ritterband, L. M., & Ingersoll, K. S. (2017). Convergence of online daily diaries and timeline follow back among women at risk for alcohol exposed pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 82,* 7–11. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.08.004

Coleman-Cowger, V. H., Oga, E. A., Peters, E. N., Trocin, K., Koszowski, B., & Mark, K. (2018). Comparison and validation of screening tools for substance use in pregnancy: A cross-sectional study conducted in Maryland prenatal clinics. *BMJ Open, 8*(2), e020248. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020248

Cuttler, C., Mischley, L. K., & Sexton, M. (2016). Sex differences in cannabis use and effects: A cross-sectional survey of cannabis users. *Cannabis and Cannabinoid Research, 1*(1), 166–175. https://doi.org/10.1089/can.2016.0010

DANE. (2020, June 30). *Boletín TécnicoEncuesta Nacional de Consumode Sustancias Psicoactivas (ENCSPA)2019.* https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf

Denis, C., Fatséas, M., Beltran, V., Serre, F., Alexandre, J.-M., Debrabant, R., Daulouède, J.-P., & Auriacombe, M. (2016). Usefulness and validity of the modified addiction severity index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Substance Abuse, 37*(1), 168–175. https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1036334

Dukes, K., Tripp, T., Petersen, J., Robinson, F., Odendaal, H., Elliott, A., Willinger, M., Hereld, D., Raffo, C., Kinney, H. C., Groenewald, C., Angal, J., Young, R., Burd, L., & PASS Network, P. (2017). A modified timeline follow back assessment to capture alcohol exposure in pregnant women: Application in the safe passage study. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.), 62,* 17–27. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.02.174

González, A. A., & Matute, E. (2013). *Cerebro y drogas*. Manual Moderno.

Gorman, L. L., O'Hara, M. W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Rosi, S., Seneviratne, G., & Sutter-Dallay, A.-L. (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry, 184*(S46), 17–23. https://doi.org/10.1192/bjp.184.46.s17

Hotham, E. D., Ali, R. L., & White, J. M. (2016). Analysis of qualitative data from the investigation study in pregnancy of the ASSIST version 3.0 (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). *Midwifery, 34,* 183–197. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.011

Insulza J. (s.f.). *El problema de las drogas en las américas: estudios drogas y salud pública.* Organización de los Estados Americanos.

Koob GF. (2006). The neurobiology of addiction: A neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction, 101*(Suppl 1), 23–30.

Lacy, R. T., Strickland, J. C., Feinstein, M. A., Robinson, A. M., & Smith, M. A. (2016). The effects of sex, estrous cycle, and social contact on cocaine and heroin self-administration in rats. *Psychopharmacology, 233*(17), 3201–3210. https://doi.org/10.1007/s00213-016-4368-9

Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 171*(10), 948–956. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919

Lemahieu, J. (2020). *World Drug Report 2020 drug use and health consequences (UNODC).* United Nations Publication. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/WDR20_Booklet_2.pdf

Lev-Ran, S., Imtiaz, S., Taylor, B. J., Shield, K. D., Rehm, J., & Le Foll, B. (2012). Gender differences in health-related quality of life among cannabis users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence, 123*(1–3), 190–200. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.11.010

Londoño Restrepo, J., & Aristizábal Echeverry, L. C. (2016). Revisión narrativa. Complicaciones en la madre, feto y neonato, derivadas del consumo de cocaína durante la gestación. *Medicina UPB, 35*(1), 24–31. https://doi.org/10.18566/medupb.v35n1.a04

López, M., Lichtenberger, A., Conde, K., & Cremonte, M. (2017). Psychometric properties of brief screening tests for alcohol use disorders during pregnancy in argentina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, *39*(07), 322–329. https://doi.org/10.1055/s-0037-1603744

Lorenzo Fernández, P., Lizasoain Hernández, I., Leza, J. C., & Ladero, J. M. (2003). *Drogodependencias : farmacología, patología, psicología, legislación.* Médica Panamericana. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=299610

Louw, K.-A. (2018). Substance use in pregnancy: The medical challenge. *Obstetric Medicine, 11*(2), 54–66. https://doi.org/10.1177/1753495X17750299

Meyer, K. D., & Zhang, L. (2009). Short- and long-term adverse effects of cocaine abuse during pregnancy on the heart development. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease, 3*(1), 7–16. https://doi.org/10.1177/1753944708099877

Minnes, S., Min, M. O., Singer, L. T., Edguer, M., Wu, M., & Thi, P. (2012). Cocaine use during pregnancy and health outcome after 10 years. *Drug and Alcohol Dependence, 126*(1–2), 71–79. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.04.015

Motta, G. de C. P. da, Echer, I. C., & Lucena, A. de F. (2010). Factors associated with smoking in pregnancy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(4), 809–815. https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400021

Moylan, P. L., Jones, H. E., Haug, N. A., Kissin, W. B., & Svikis, D. S. (2001). Clinical and psychosocial characteristics of substance-dependent pregnant women with and without PTSD. *Addictive Behaviors, 26*(3), 469–474. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00141-6

Mund, M., Louwen, F., Klingelhoefer, D., & Gerber, A. (2013). Smoking and pregnancy - a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10*(12), 6485–6499. https://doi.org/10.3390/ijerph10126485

Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P., & Sibai, B. M. (2015). Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: A literature review. *American Journal of Perinatology, 32*(5), 405–416. https://doi.org/10.1055/s-0034-1393932

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).* Organización Panamericana de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/85403

Polcaro J, Vettraino, I. M. (2020). Cannabis in pregnancy and lactation – A review. *Missouri Medicine, 117*(5), 400–405. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7723128/

Salinas-Torres, V. M., Aguirre-Jáuregui, O. M., Pérez-García, G., Cadena-González, P. J., Raya-Trigueros, A., & Gutiérrez-Padilla, J. A. (2012). Meromelia transversa en las cuatro extremidades con facies característica asociadas al abuso de cocaína en el primer trimestre del embarazo. *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 69*(1), 50–55. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100008

Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México, 44,* s144–s160. https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000700020

Saurel-Cubizolles, M.-J., Prunet, C., & Blondel, B. (2014). Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 121*(8), 971–977. https://doi.org/10.1111/1471-0528.12626

Sullivan, E. V, Fama, R., Rosenbloom, M. J., & Pfefferbaum, A. (2002). A profile of neuropsychological deficits in alcoholic women. *Neuropsychology, 16*(1), 74–83. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11853359

Thompson, R., DeJong, K., & Lo, J. (2019). Marijuana use in pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey, 74*(7), 415–428. https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000685

Toledo, E., Eugenia, I., Mejía, B., Claire, M., Ramírez, G., & Mauricio, D. (2009). Mecanismos moleculares de la adicción a la marihuana. *Rev. Colomb. Psiquiat, 38*(1), 126–142.

Villa, F. Botero, C. Gonzalez, M. Cardona, D. Berrouet, M. (2017). Conocimiento, abordaje y manejo de drogas emergentes en servicios de urgencias de Medellín, Colombia. *Arch Med (Manizales), 17*(2), 259–268. https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2159.2017

Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Medina-Mora Icaza, M. E., & Juárez García, F. (2009). Validación de la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) en pacientes Mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública, 26*(4), 283–289. https://doi.org/10.1590/S1020-49892009001000001

Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P., & Sibai, B. M. (2015). Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: A literature review. *American Journal of Perinatology, 32*(5), 405–416. https://doi.org/10.1055/s-0034-1393932

CONSUMO

Revisión sistemática sobre las aplicaciones del ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) en gestantes, 2010 - 2019

Jaiberth Antonio Cardona-Arias
Microbiólogo y Bioanalista,
MSc en Epidemiología,
Msc en Economía aplicada.
PhD(candidato) en Salud Pública
Profesor Asociado
Universidad de Antioquia
jaiberth.cardona@udea.edu.co

Marie Claire Berrouet-Mejía
Médica, Especialista en
Toxicología, Mg. en Epidemiología
Profesora asociada Universidad
CES. Toxicóloga Hospital
General de Medellín
Grupo de investigación clínica
HGM-CES
mcberrouet@hotmail.com

Resumen

La tamización del consumo de drogas en gestantes es baja, pese a sus graves efectos en el binomio madre-hijo. La Organización Mundial de la Salud diseñó el ASSIST (*Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*) para determinar la prevalencia y el riesgo del consumo de drogas, pero en la literatura científica su utilización es escasa. El objetivo de esta investigación fue analizar las publicaciones científicas sobre ASSIST en gestantes, mediante una revisión sistemática en Medline-Pubmed, Science-Direct, Scielo y Google-Scholar. Solo 8 estudios (uno colombiano) con 2.518 gestantes, cumplieron el protocolo de investigación. El alcohol fue la sustancia con mayor prevalencia de consumo (37,0%), seguida de la marihuana (24,2%) y el tabaco (23,1%); para cocaína, opiáceos, anfetaminas, sedantes e inhalantes fue menor al 3%. Se evidenció la necesidad de mejorar la tamización de drogas en este grupo, dada su alta prevalencia y la disponibilidad de una escala válida y exhaustiva para este fin.

Palabras clave: ASSIST, drogodependencia, gestantes, tamización, vigilancia epidemiológica.

Introducción

El informe mundial sobre las drogas del año 2020 evidencia que alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en todo el mundo. Aproximadamente 35 millones de personas padecen trastornos asociados al uso de drogas. Para el año 2020, el informe intenta plantear las consecuencias y el impacto del COVID-19 en el mercado de las drogas, resaltando la presencia de un mayor riesgo de consumo en poblaciones en situación de pobreza y en las mujeres (Lemahieu, 2020).

Respecto a las tendencias de consumo, el cannabis continúa siendo la sustancia más utilizada en todo el mundo, con un estimado de 192 millones de personas consumidoras, seguido por los opioides, las feniletilaminas y la cocaína (Lemahieu, 2020).

Al igual que en los informes previos, se evidencia un aumento en las comorbilidades asociadas, haciendo de los trastornos por consumo de sustancias un problema de salud pública mundial (ONU, 2016).

En Colombia, en el año 2019, el DANE realizó la encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas y en una muestra de personas entre 12 y 65 años, se encontró que la prevalencia de consumo de cigarrillo fue de 45%; para el alcohol se reportó una prevalencia del 54,5% en el último año y 30,1% en el último mes. Con respecto a las sustancias ilegales, al igual que en el reporte de las Naciones Unidas, se encuentra que la prevalencia más alta es para la marihuana, seguida de la cocaína y sus derivados, así como por otras sustancias inhalables, todas con tendencias al aumento (Botero et al., 2017; DANE, 2020; Ministerio de Justicia y del Derecho & Observatorio de drogas de Colombia, 2017).

Tanto en los reportes mundiales de consumo como en los nacionales, no se hace una precisión sobre la población de gestantes, pese a que diferentes estudios han evidenciado el problema del consumo en este grupo; esto se convierte en un problema clínico y de salud pública relevante, al considerar sus efectos negativos para la salud del binomio madre-feto (Berrouet, et al., 2018; McLafferty et al., 2016; Vélez & Jansson, 2010).

En este orden de ideas, en el abordaje de la gestante consumidora se hace necesario caracterizar el consumo y en la literatura se han descrito diferentes instrumentos para la tamización de diferentes sustancias (McLafferty et al., 2016). Diferentes revisiones han encontrado buenos resultados psicométricos del ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) tanto en población general como en gestantes, el cual constituye una escala válida, rápida y de fácil aplicación para determinar la prevalencia y el nivel de riesgo del consumo de todas las sustancias (legales e ilegales) referidas en la literatura (Abbasi-Ghahramanloo et al., 2018; Coleman-Cowger et al., 2018; de Andrade et al., 2012; Mdege & Lang, 2011).

Pese a su validez, el ASSIST es poco aplicado en contextos clínicos, investigativos y de salud pública por lo cual se realizó esta investigación con el objetivo de analizar las publicaciones científicas sobre ASSIST en gestantes, reportadas en la literatura mundial.

Desarrollo

Metodológicamente, esta investigación teórica siguió las recomendaciones de la Colaboración Cochrne y las consideraciones editoriales de la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), con el fin de garantizar sistematicidad (que la búsqueda de los estudios esté orientada por un objetivo o pregunta de investigación), exhaustividad (que los términos de búsqueda y las fuentes consultadas permitan captar las principales publicaciones en el tema), reproducibilidad (de la búsqueda de los artículos y de la extracción de la información) y calidad metodológica (evaluada con una guía estándar que incluya criterios para evaluar validez externa e interna de los estudios incluidos).

Búsqueda y selección de los estudios

Identificación de los estudios: se aplicaron dos estrategias de búsqueda en cada fuente consultada. Las bases de datos fueron Medline-Pubmed, Science-Direct, Scielo y Google Scholar. La selección de los términos de búsqueda se fundamentó en los tesauros MeSh (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), los cuales se complementaron con una cosecha de perlas con el método tradicional. Para la sistematización de los estudios sobre el ASSIST en gestantes, estas fueron las sintaxis de búsqueda empleadas:

-((Assist[Title/Abstract]) AND substance[Title/Abstract]) AND pregnancy[Title/Abstract]

-((Assist[Title/Abstract]) AND substance[Title/Abstract]) AND gestation[Title/Abstract]

-Title, abstract, keywords: Assist substance pregnancy

-Title, abstract, keywords: Assist substance gestation

-(ti:((ab:(Assist substance)) AND (ab:(pregnancy))))

-(ti:((ab:(Assist substance)) AND (ab:(gestation))))

-allintitle: Assist substance pregnancy

-allintitle: Assist substance gestation

Ninguna búsqueda tuvo restricciones temporales de manera retrospectiva y de manera prospectiva la última actualización del protocolo se realizó en diciembre de 2019. Los resultados de las diferentes estrategias de búsqueda se guardaron en un archivo común para la eliminación de los duplicados.

Tamización: en esta fase se aplicaron los criterios de inclusión de tener los términos de búsqueda en título o resumen; ser estudios originales (lo que evitó la inclusión de revisiones de tema o sistemáticas, editoriales, capítulos de libro y otros) cuyo tema central fuese el consumo de sustancias psicoactivas; que la escala de medición de consumo fuese el ASSIST y que la población central de la investigación fuese gestante.

Elección: en esta fase se aplicaron los criterios de exclusión correspondiente a los estudios no disponibles en texto completo, pese a la solicitud de los artículos al correo electrónico del autor de correspondencia, y las investigaciones en idiomas diferentes al español, inglés y portugués.

Inclusión: en esta última etapa se realizó extracción de las variables para la síntesis cualitativa. Estas fueron: título del estudio, autores, año de publicación, lugar de realización, población de estudio, número de sujetos estudiados y el número de sujetos que consumieron cada sustancia incluidas en el ASSIST durante la vida, el último año, año o mes, así como el número de sujetos en cada nivel de consumo (sin riesgo, riesgo bajo, moderado o alto).

Reproducibilidad y evaluación de la calidad metodológica

El protocolo descrito en el numeral anterior fue aplicado por los dos investigadores de manera independiente para garantizar la reproducibilidad en la búsqueda y selección de los estudios. De forma similar, se procedió con la extracción de las variables de cada estudio en un archivo plano de Excel para asegurar la reproducibilidad de los datos analizados. Los desacuerdos se resolvieron por consenso. Para evaluar la calidad editorial y metodológica de los estudios incluidos se utilizó la guía STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

Resultados centrales de la revisión sistemática

En la búsqueda inicial sin aplicar filtros de las bases de datos se identificaron 1.440.355 trabajos; al aplicar los límites de contenido en título, resumen o palabras clave se redujeron a 1.455 publicaciones de cuales se tamizaron 1.342, luego de eliminar los duplicados y sólo ocho cumplieron el protocolo de la revisión (Figura 1).

Figura 1. Flujograma de búsqueda y selección de estudios sobre el ASSIST en gestantes

Los estudios se publicaron entre el 2013 y el 2019, incluyendo 2.518 gestantes de Brasil, Estados Unidos, Colombia, Australia, Benin y Nigeria; la mayoría captadas en los programas de control prenatal y hospitalización (ver Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos según año, país y número de gestantes evaluadas

Autor	País	N°	Población estudiada
Hotham, White, Sullivan & Robinson, 2013	Australia	104	Asistentes a controles prenatales
Hotham, Ali & White, 2016	Australia	104	Asistentes a controles prenatales
Carvalho et al., 2016	Brasil	46	Población general y con depresión
Adebowale & James, 2018	Benin y Nigeria	395	Asistentes a controles prenatales
Coleman et al., 2018	Estados Unidos	500	Asistentes a controles prenatales
Pereira et al., 2018	Brasil	638	Hospitalizadas con comorbilidades
Berrouet, Espitia, Echavarria, Trujillo & Echavarria, 2018	Colombia	231	Mujeres posparto hospitalizadas
Coleman et al., 2019	Estados Unidos	500	Asistentes a controles prenatales

El estudio de Hotham et al. (2013) se realizó en gestantes con un rango de edad entre 15 y 45 años. En el 2016, la misma autora realiza un estudio similar al anterior encontrando que el embarazo se comporta como un factor protector y motiva a la suspensión de la sustancia. Carvalho et al. (2016) realizó su investigación con gestantes de población general con riesgos o diagnósticos de depresión, víctimas de violencia o con abortos previos. La investigación de Adebowale & James (2018) se hizo en mujeres con un rango de edad similar a los anteriores entre 14 y 49 años, además reportó comorbilidad psiquiátrica en cerca de un tercio de las participantes. El estudio de Coleman et al. (2018) incluyó un 59,5% de afroamericanas, 61,9% del tercer trimestre, 28,6% en el segundo trimestre y 9,5% en el primer trimestre, con una edad media de 30 años.

Pereira et al. (2018) realizaron un estudio de casos y controles anidado en una cohorte donde se estudiaron pacientes entre 19 y 35 años con diferentes comorbilidades. En Colombia, se

realizó un estudio transversal en un hospital de alta complejidad en gestantes con edad promedio de 22 años, encontrando una asociación entre el consumo de sustancias y algunos factores como el abandono de pareja, violencia y enfermedad psiquiátrica. En el estudio de Coleman et al. (2019), la edad promedio fue de 27 años, incluyó gestantes de todos los trimestres y resaltó la necesidad de pruebas biológicas en mujeres previamente tamizadas con alguna escala de bajo costo y fácil aplicación, las cuales pueden favorecer la relación médico-paciente y brindarle al profesional de la salud un contexto de la gravedad del consumo.

En relación con la evaluación de la calidad editorial y metodológica de las investigaciones incluidas, el estudio del grupo de Hotman et al. (2013) fue el de mejor calidad metodológica al cumplir con todos los criterios de la guía STROBE, seguido de otro estudio de su autoría en el 2016 donde cumplió el 86% de los ítems; Carvalho et al. (2016) presenta su estudio con un cumplimiento del 90%. En el 2018, aparecen los estudios de Pereira et al. (2018) y Berrouet et al. (2018), cumpliendo el 86% de los ítems, el de Coleman et al. (2013) cumplió con el 81% y el Adebolwale et al. (2018) con 77% en el 2019. De los criterios de la guía STROBE, los que presentaron menor proporción de aplicación en los estudios incluidos fueron los relacionados con el diseño del estudio, cálculo del tamaño de muestra, criterios de elegibilidad, el control de sesgos y la explicación de las posibilidades de generalización de resultados (ver Figura 2).

Figura 2. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios sobre el ASSIST en gestantes

Criterio de la guía STROBE	Estudios que cumplen el ítem %
Presentación - Fundamento	
Título y resumen	100
Calidad de introducción	100
Objetivos	100
Métodos	
Diseño de estudio	88
Descripción de población y lugar	100
Criterios elegibilidad	50
Participantes	100
Variables	100
Fuestes de datos	100
Sesgos	38
Calculo tamaño de muestra	63
Analisis de la información	100
Resultados	
Participantes	100
Datos descriptivos	100
Datos de variables resultado	88
Resultados principales	100
Análisis adicionales	25
Discusión y otros	
Resultados clave	100
Limitaciones	100
Interpretación	100
Generabilidad	88
Financiación	13

En la Tabla 2, se resume el nivel de consumo de tabaco, alcohol y cannabis para gestantes en los estudios incluidos en esta revisión sistemática. El consumo de tabaco clasificado como bajo riesgo fue del 20% y para consumo moderado 3,0%. En alcohol, la prevalencia de consumo fue 37,0%, con un 26,6% clasificado con riesgo bajo y 10,2% riesgo medio, el porcentaje restante fue de alto riesgo. El consumo de cannabis o marihuana fue del

24,2% con riesgo bajo en el 20,7% y moderado en el 3,1% (el 0,4% restante fue de alto riesgo).

Tabla 2. Prevalencia general de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en gestantes y prevalencia especifica según nivel de consumo

Autor	N°	Prevalencia % (IC95%)	Nivel de consumo % (n)	
Tabaco			Bajo	Moderado
Hotham et al., 2013	104	94,2 (89,3-99,2)	52,9(55)	41,3(43)
Carvalho et al., 2016	46	60,9 (45,7-76,1)	60,9(28)	0,0(0)
Adebowale et al., 2018	395	0,5 (0,1-1,8)	0,5(2)	0,0(0)
Pereira et al., 2018	638	9,9 (7,5-12,3)	9,9(63)	0,0(0)
Berrouet et al., 2018	231	58,4 (51,9-65,0)	58,4(135)	0,0(0)
Total	**1414**	**23,1 (20,8-25,3)**	**20,0(283)**	**3,0(43)**
Alcohol				
Hotham et al., 2013	104	35,6 (25,9-45,3)	20,2(21)	7,7(8)
Carvalho et al., 2016	46	60,9 (45,7-76,1)	60,9(28)	0,0(0)
Adebowale et al., 2018	395	64,3 (59,4-69,1)	47,1(186)	17,0(67)
Pereira et al., 2018	638	10,8 (8,3-13,3)	0,0(0)	10,8(69)
Berrouet et al., 2018	231	58,4 (51,9-65,0)	58,4(135)	0,0(0)
Total	**1414**	**37,0 (34,4-39,5)**	**26,2(370)**	**10,2(144)**
Cannabis				
Hotham et al., 2013	104	25,0 (16,2-33,8)	17,3(18)	4,8(5)
Berrouet et al., 2018	231	9,1 (5,2-13,0)	0,0(0)	9,1(21)
Coleman et al., 2019	500	31,0 (26,8-35,1)	31,0(155)	0,0(0)
Total	**835**	**24,2 (21,2-27,2)**	**20,7(173)**	**3,1(26)**

El resto de sustancias sólo se reportó en los estudios de Coleman et al. (2019), donde se reporta clorhidrato de cocaína con una prevalencia de consumo en la vida de 9,6%; seguida de opiáceos con 5,6%; anfetaminas 1,2% y sedantes 1,0%. Adebowale et al. (2018) también reportó una prevalencia de consumo de sedantes del 0.51%. No se reportó consumo en ningún estudio de inhalantes o alucinógenos.

En adición a las prevalencias anteriores, es importante destacar algunos hallazgos de los estudios individuales incluidos en esta

revisión. Con respecto al artículo de Hotham et al. (2013), uno de sus objetivos era investigar la utilidad de herramientas de tamización para identificar trastornos por uso de sustancias durante el embarazo. En este estudio no se encontró una buena correlación entre el ASSIST y otros instrumentos como *The Fargestrom Revised Tolerance Questionnaire* (RTQ) que es para cigarrillo; para cannabis *The Time Line Folloback* (TLFB) y para alcohol el *Alcohol Screening Questionnaire* (ASQ), un cuestionario basado en el test de CAGE que identifica un consumo de alcohol potencialmente nocivo para el feto

En esta investigación se resalta que, si bien es cierto que estas herramientas han sido validadas en gestantes y utilizadas en diferentes estudios, no se tiene en cuenta el riesgo para el feto y no incluye otros riesgos que pueden influenciar como factores psicosociales o el estado general de la salud de la gestante, entre otros determinantes del consumo de drogas en la gestación, los cuales deberían incluirse en estudios posteriores (Hotham et al., 2013).

Hotham et al. (2016) además realiza un análisis cualitativo de datos generados con la versión 3.0 del ASSIST, resaltando cómo el consumo de sustancias en embarazo tiene consecuencias negativas para el binomio madre-hijo, las cuales son extensivas hasta la primera infancia. En este estudio se encontró que de 104 gestantes estudiadas 98 consumían tabaco, 37 utilizaban alcohol y 26 cannabis; además, a diferencia de otros estudios, se enfatizó en el hecho de que la mayoría de las mujeres utilizaban más de una sustancia, lo cual es clave dado que la intervención del policonsumo es diferente de los abordajes tradicionales centrados en una única sustancia. También se destaca el hecho de que la gestación es un promotor de la cesación del consumo, especialmente de tabaco; algunas gestantes intentaron disminuir el consumo y quienes nunca lo lograron refirieron problemas de acceso a tratamientos. Asimismo, varias madres refirieron síntomas de abstinencia asociados al cese de sustancias como el cannabis, lo cual evidencia la necesidad de un tratamiento de

soporte e intervención de condicionantes sociales del consumo y su cesación.

Finalmente, Coleman et al. (2018) resaltó en su estudio que la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en Estados Unidos es alrededor del 14,6% en gestantes adolescentes, cifra que puede ser subestimada por baja tamización; lo que destaca la importancia de validar y comparar cuestionarios para su tamización, particularmente 4P'S Plus, National Institute on Drug Abuse (NIDA), ASSIST y *Substance Use Risk Profile Pregnancy* (SURP-P).

Conclusiones

Las investigaciones disponibles en gestantes son menos frecuentes en comparación con otros grupos de población, lo cual es grave al considerar que la frecuencia de consumo en mujeres en edad fértil es del 13% para drogas y 50% para alcohol y tabaco; además, un estudio previo realizado en Medellín encontró que el consumo al inicio del embarazo era de 34,6% y al final de la gestación era del 9%, lo que es preocupantes dado que al cierre del embarazo el consumo debería ser nulo (Berrouet, 2018; Kaphingst et al., 2010).

Con respecto a las aplicaciones de la herramienta ASSIST en gestantes, llama la atención cómo desde el 2013 hasta el 2019 la mayoría de los estudios se concentran en países como Australia y Estados Unidos, lo que demuestra la necesidad de fortalecer la investigación en este campo en todo el mundo; dado que el ASSIST suministra una tamización fácilmente aplicable a una población como las gestantes, tiene la ventaja de estudiar varias sustancias, brinda información acerca del tiempo de consumo, le proporciona al personal de salud un panorama sobre el riesgo para la madre y el feto, entre otras ventajas (Mdege & Lang, 2011).

En la revisión sistemática del ASSIST para gestantes se encontró que las sustancias de mayor prevalencia son el tabaco y el alcohol, resultado que también es consistente con los hallazgos en el estudio previo del Hospital general de Medellín Luz Castro

de Gutiérrez, lo que daría cuenta de ejes prioritarios para intervenciones sanitarias (Berrouet, 2018).

Se evidenció la baja disponibilidad de investigaciones en este campo, la disponibilidad de una escala multipropósito y con evaluación de múltiples sustancias, así como la importancia de que los equipos de salud mejoren la tamización de drogas en este grupo dada su alta prevalencia y efectos nocivos para la salud materna, fetal e infantil.

Recomendaciones

Entendiendo que el consumo de drogas ha venido en aumento en los últimos años y es frecuente en las gestantes, es importante que todo el personal de salud al momento de estar en contacto con una gestante consumidora recuerde utilizar herramientas de tamización, siendo la más recomendada ASSIST (Berrouet & Cardona, 2020).

Ninguna herramienta de tamización para gestantes consumidoras tiene en cuenta el riesgo para el feto, de ahí la importancia de que en el control prenatal se individualice a la paciente, se identifiquen otros factores de riesgo psicosociales, estado nutricional y otras enfermedades que puedan ser factores de riesgo o contribuir a un desenlace adverso; esto es, manejar el problema del consumo en las gestantes con atención personalizada y multidisciplinar.

El identificar factores de riesgo como la adolescencia, el pobre soporte familiar, la violencia, el consumo de más de una sustancia es importante para individualizar su abordaje. Asimismo, se hace necesaria una valoración multidisciplinaria de la gestante consumidora entendiendo los riesgos de las diferentes sustancias para el binomio madre-hijo.

Es importante contar con instituciones líderes en el manejo del consumo en gestantes que cuenten con los recursos y el talento humano necesario para ofrecer soluciones a las problemáticas asociadas a dicho consumo.

Referencias

Abbasi-Ghahramanloo, A., Khodadost, M., Moradpour, F., Karimirad, M. R., Kamali, R., & Ziarati, F. (2018). Prevalence of nonmedical use of prescription-type opioids, methylphenidate, and sedative-hypnotics among university students in the south of Iran: a regression analysis. *Electronic Physician, 10*(6), 6981–6987. https://doi.org/10.19082/6981.

Adebowale, O., & James, B. (2018). Psychoactive substance use and psychiatric morbidity among pregnant women attending an ante-natal clinic in Benin city, Nigeria. *Nigerian Postgraduate Medical Journal, 25*(1), 8–12. https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_189_17.

Berrouet, M. C., Colonia, A., Espitia, J., Echavarria, M. P., Trujillo, J., & Echavarria, A. (2018). Factores asociados al consumo de sustancias de abuso en pacientes embarazadas. *Factores Asociados Al Consumo de Sustanciasde Abuso En Pacientes Embarazadas, 20*(2), 22–28. https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1185/977.

Botero, E. G., Ramírez, C. M., Rosero, M. P., Augusto, H., & Romero, I. (2017). *Reportes de drogas Colombia, 3,* 224. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf.

Carvalho, A. C. de, Silva, M. E. da, Matos, B. M., Bottino, C. M. de C., Abrahão, A. R., Cohrs, F. M., & Bottino, S. M. B. (2016). Depression in Women with Recurrent Miscarriages - an Exploratory Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia, 38*(12), 609–614. https://doi.org/10.1055/s-0036-1597667.

Coleman-Cowger, V. H., Oga, E. A., Peters, E. N., Trocin, K. E., Koszowski, B., & Mark, K. (2019). Accuracy of three screening tools for prenatal substance use. *Obstetrics & Gynecology, 133*(5), 952–961. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003230.

Coleman-Cowger, V. H., Oga, E. A., Peters, E. N., Trocin, K., Koszowski, B., & Mark, K. (2018). Comparison and validation of screening

tools for substance use in pregnancy: a cross-sectional study conducted in Maryland prenatal clinics. *BMJ Open, 8*(2), e020248. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020248.

DANE. (2020, June 30). *Boletín TécnicoEncuesta Nacional de Consumode Sustancias Psicoactivas (ENCSPA)2019*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf.

De Andrade, A. G., Duarte, P. do C. A. V., Barroso, L. P., Nishimura, R., Alberghini, D. G., & de Oliveira, L. G. (2012). Uso de álcool e outras drogas entre universitários Brasileiros: Efeitos de gênero e idade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(3), 294–305. https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.002.

Hotham, E., Ali, R., White, J., Sullivan, T., & Robinson, J. (2013). Investigation of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (the ASSIST) Version 3.0 in Pregnancy. *Addictive Disorders & Their Treatment, 12*(3), 123–135. https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e3182636904.

Hotham, E. D., Ali, R. L., & White, J. M. (2016). Analysis of qualitative data from the investigation study in pregnancy of The ASSIST Version 3.0 (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). *Midwifery, 34,* 183–197. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.011.

Kaphingst, K. A., Persky, S., & Lachance, C. (2010). *Epidemiology of substance use in reproductive age women. 14*(4), 384–399. https://doi.org/10.1080/10810730902873927.Testing.

Lemahieu, J. (2020). *World drug report 2020 drug use and health consecuences (UNODC).* http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/WDR20_Booklet_2.pdf.

Berrouet-Mejía, M., & Cardona-Arias, J. (2020). Revisión sistemática sobre las aplicaciones del ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) en poblaciones colombianas. *Rev. CES Med., 34*(2), 114-125. https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/5303.

McLafferty, L. P., Becker, M., Dresner, N., Meltzer-Brody, S., Gopalan, P., Glance, J., Victor, G. S., Mittal, L., Marshalek, P., Lander, L., & Worley, L. L. M. (2016). Guidelines for the management of pregnant women with substance use disorders. *Psychosomatics, 57*(2), 115–130. https://doi.org/10.1016/j.psym.2015.12.001.

Mdege, N. D., & Lang, J. (2011). Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: a systematic review. *Addictive Behaviors, 36*(12), 1111–1119. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.007

Mostardinha, A. R., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validation of The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among university students. *Acta Medica Portuguesa, 32*(4), 279–288. https://doi.org/10.20344/amp.10650.

Oficina de nacionaes Unidas contra la droga y el delito. (2020). *Informe mundial sobre las drogas.* https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html.

Observatorio de Drogas Colombia. (2020). *Infografías. http://www.odc.gov.co/infografias.*

Pereira, C., Pacagnella, R., Parpinelli, M., Andreucci, C., Zanardi, D., Souza, R., Angelini C. R., Silveira, C., & Cecatti, J. G. (2018). Drug use during pregnancy and its consequences: a nested case control study on severe maternal morbidity. *Rev Bras Ginecol e Obs,* 40(09), 518–26.

Vélez, M. L., & Jansson, L. M. (2010). Síndrome de estrés postraumático en embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39,* 84–92.

CONSUMO

Adicción a heroína: estrategias de intervención

Jorge Mauricio Cuartas Arias
Psi. Biol. MSc, PhD
Departamento de Psicologia,
Escuela de Humanidades
Grupo de Investigación: Estudios
del Comportamiento
Universidad EAFIT
jmcuartasa@eafit.edu.co

Luisa Fernanda Correa Pérez
Psi. Mg. Neuropsicologia
Facultad de Psicología
y Ciencias Sociales
Grupo de Investigación
Farmacodependencia
y otras adicciones
Universidad Católica Luis Amigó
luisa.correape@amigo.edu.co

Resumen

La heroína es descrita por el NIDA (2005), como una sustancia ilegal altamente adictiva que puede ser consumida por inhalación, fumada o inyectada. Las personas adictas a esta sustancia corren los riesgos de una sobredosis o de morir, además de contraer VIH y otras enfermedades, lo cual puede ocurrir por el intercambio de las agujas u otros equipos de inyección. Este capítulo constituye una revisión teórica acerca de la historia y las nuevas tendencias del consumo de heroína a nivel internacional, nacional y local, generando así un panorama acerca del consumo de esta sustancia, sus implicaciones en la salud pública y el impacto negativo a nivel cognitivo para la persona que consume. Finalmente, se abordan las estrategias de tratamiento e intervención integral e interdisciplinario, desarrollando las farmacológicas (programa de mantenimiento con metadona), psicosociales (terapia cognitivo conductual, mindfulness y rehabilitación neuropsicológica en el tratamiento de adicciones).

Palabras clave: Adicción a la heroína, epidemiología, metadona, tratamiento, intervención psicológica.

Introducción

El consumo problemático de opiáceos ha venido evolucionando en los últimos años como un fenómeno que incrementa la mortalidad y la morbilidad en las poblaciones humanas; así, el impacto que tiene el consumo en la economía política global reordena el riesgo dentro de las enfermedades mentales. Según UNODC (2019), en el 2016 se reportaba un consumo mundial de 5,6% en personas que habían tenido contacto con las drogas en al menos una ocasión. En la actualidad, existe una mayor sensibilidad global en torno a la prevención y reducción del uso de la heroína en pro de disminuir el impacto en la salud pública. Para esto, se ponen en marcha programas de prevención y atención psicosanitaria que favorezca la contingencia, la reinserción a estilos de vida saludables y mejora en la eficacia terapéutica multimodal de intervención.

Un primer paso en los programas de prevención frente al consumo de drogas y en particular en relación al consumo de heroína, se dirigen al reconocimiento del impacto fisiológico, psicológico y social que conlleva este tipo de adicción. Este capítulo aborda diferentes fuentes bibliográficas soportadas en las bases de datos Scopus, Web of Sciencet y Medline, con el propósito de profundizar en las implicaciones que tiene para la salud física y psicológica en contexto cultural y social el consumo de heroína como problemática de adicción que continúa en aumento a nivel mundial y que trae consigo exclusión social, vulnerabilidad de derechos, desempleo y violencia. Lo anterior evidencia epistemológicamente el fenómeno del consumo como problemática real de nuestro contexto, generando problemáticas asociadas que implican a la nación mayores inversiones económicas para el desarrollo de políticas públicas y tratamientos (costo- beneficio). Teniendo en cuenta los gastos adicionales que genera la disminución en años de vida saludables y la baja productividad de quienes consumen esta sustancia, estas características pueden ser explicadas desde la afectación en las funciones ejecutivas como la resolución de problemas, la poca capacidad para establecer metas, la autorregulación de las tareas, la regulación emocional, entre otras. Algunos estudios con relación al consumo de heroína y metadona, han abordado cambios en las funciones ejecutivas (Gupta et al., 2014; Liao et al., 2014; Sittambalam et al., 2014; Wang et al., 2015) y señalan que el consumo de metadona se asocia con un peor rendimiento en las medidas de procesamiento sensorial, velocidad psicomotora, atención dividida y memoria de trabajo. Los efectos de la dosis más alta de metadona se asocian con un peor rendimiento en los aspectos de la atención y la memoria de trabajo.

Por tanto, revisar las acciones sociales y las políticas gubernamentales que favorezcan la cobertura, la inclusión y la intervención temprana en los grupos de riesgo, constituyen un nodo central para detener, disminuir y prevenir el uso problemático de las sustancias psicoactivas.

En Colombia, en el año 2015, el Ministerio de Justicia y del Derecho en el documento "La Heroína en Colombia. Producción, uso e impacto en la salud pública", describe la heroína o diacetilmorfina como una droga, producida directamente de la morfina, la cual se extrae de la amapola. Junto con la morfina, la codeína y el opio, se clasifican como drogas opiáceas. La heroína es considerada una droga semisintética, debido a la forma en la que químicamente es procesada (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015). En este documento, se reportan la potencialidad de la heroína, en comparación con otras sustancias como morfina. Al ingresar al organismo por las diferentes vías del consumo, esta llega directamente a los receptores en los que actúan los opiáceos endógenos, produciendo miosis, analgesia, euforia, depresión respiratoria y sedación (Gainza et al., 2003).

Las drogas se pueden clasificar según diferentes criterios, uno de ellos es por el efecto que genera en el sistema nervioso. Desde este criterio encontramos drogas estimulantes, alucinógenas, mixtas o depresoras. Para que estas generen adicción, el sujeto debe atravesar una escala de consumo que va desde el uso, abuso y dependencia hasta la adicción. Según el informe mundial de la salud, publicado en el año 2014, el consumo de drogas problemático afecta entre 16 y 39 millones de personas, por consumos habituales y trastornos de consumo o dependencia. Esta situación se ha convertido en un problema de salud pública, de la cual se conoce poco y pocas instituciones tienen la capacidad para realizar tratamientos afectivos (World Health Organization [WHO], 2015).

Dentro las drogas depresoras se encuentra la heroína. Volkow (2014) señala que esta sustancia ilegal es altamente adictiva y puede ser consumida por inhalación, fumada o inyectada Las personas adictas a esta sustancia corren los riesgos de una sobredosis o de morir, además de contraer VIH y otras enfermedades, lo cual puede ocurrir por el intercambio de las agujas u otros equipos de inyección. Con relación a esto, el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas sugiere que en la población colombiana entre 12 y 65 años de edad, al menos 31.852

personas han consumido heroína alguna vez en la vida (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). De ellas, 7.011 personas consumieron esta sustancia en el último año y 3.592 lo hicieron en el último mes. Además observa que, en términos comparativos con estudios en años anteriores, el consumo de opioides sin prescripción subió desde un 0.17% el 2008 a un 1.07% en el 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Orígenes de la heroína

En el año de 1874, el químico Charles Romley Alder Wright, estuvo experimentando sobre algunas mezclas derivadas de la morfina y observó que al hervir la morfina más ácido acético producía heroína (diacetilmorfina, diamorfina, acetomorfina) un derivado opiáceo sintético. A finales de 1900, la heroína fue investigada por los efectos analgésicos y como alternativa terapéutica para el tratamiento del asma y la tuberculosis, no obstante, después de 1928 se comprobó el poder adictivo y se detuvo la producción farmacológica (Wolny, 2019).

La heroína, usualmente conocida con nombres como el diablo, hache, caballo y azúcar negra, es una droga opioide que deriva de la vaina de semillas de la amapola real, o adormidera (*Papaver somniferum*), y que se cultivan principalmente en algunas zonas asiáticas y en países de Centroamérica y Sudamérica como México, Ecuador y Colombia. Es una droga que pertenece a la familia de los opiáceos, que tiene capacidad de cruzar la barrera hematoencefálica generando una potente sensación de euforia y analgesia (Volkow, 2014).

Síntesis de la heroína

La heroína puede sintetizarse a partir de la morfina clorhidrato añadiendo anhídrido acético y calentando la mezcla para obtener la base de la heroína. Hasta ahora se conocen dos formas de preparación de acuerdo a su utilización; para ser fumada, conocida

como heroína marrón y para administrarse de forma intravenosa y es la usualmente llamada heroína clorhidrato y de apariencia blanca (Pérez-Mañá et al., 2018).

Vía de administración

El consumo de heroína tiene varias vías de administración, las más frecuentes son la fumada y la inhalada, luego de menos frecuencia están la consumida de forma intranasal (esnifada, fumada) y la intravenosa (Cicero et al., 2017). Las personas adictas a esta sustancia corren los riesgos de una sobredosis o de morir, además de contraer VIH, hepatitis C y otras enfermedades que pueden ocurrir por el intercambio de las agujas u otros equipos de inyección.

Epidemiología

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en su informe mundial sobre las drogas de 2016, describe un panorama alarmante sobre la tendencia y la situación del consumo de heroína a nivel mundial. Este informe registró cifras que oscilan entre 12.980 a 20. 990 consumidores, y el aumento de la demanda ilícita de la misma (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2016).

El abuso de opiáceos tiene un impacto económico y social relevante, en el informe mundial sobre drogas, a 2015 se reportaba una prevalencia mundial anual de 32,4 millones de consumidores (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Para el año 2016, alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión; para ese mismo año, fue el consumo de opioides el que ha resultado el más letal, ocasionando el 76% de las muertes en relación a otros trastornos por consumo de drogas (UNODC, 2018). Así mismo, para la Unión Europea (UE), en el 2018 el consumo de opioides se situaba en el 0,4 de su población,

para un rango de alto riesgo entre los 15 a los 64 años y lo que equivale a 1,3 millones de consumidores (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías - [EMCDDA], 2019).

Según estadísticas de la UE, la heroína es la sustancia opioide de mayor consumo en el mercado europeo de las drogas. De acuerdo a los datos de consumo para los 24 países que conforman la UE, la edad media para el momento del primer consumo se sitúa alrededor de los 24 años; es más frecuente en hombres (80%) que en mujeres (20%) y se administra principalmente de forma fumada o inhalada (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA], 2020). Según el informe europeo sobre drogas 2020, los opioides explican el 34 % de los pedidos para tratamiento por adicción en la Unión Europea, siendo la tercera sustancia más frecuente para la atención por toxicidad en los servicios sanitarios después del cannabis y la cocaína (EMCDDA, 2020).

Adicionalmente, para el caso colombiano, la prevalencia del uso de heroína para población colombiana en el año 2015 estaba en el 0,7% en población por encima de los 45 años (González et al., 2019). Si bien las prevalencias son bajas en relación a otras sustancias psicoactivas, las consecuencias de la adicción a la heroína escalan con velocidad el deterioro en la salud de las personas, más que otras sustancias psicoactivas, y aumenta el riesgo de muerte más que otras drogas.

En la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas —ENCSPA Colombia 2019—, con una muestra de 169.344 personas, dentro de las que se seleccionaron 49.756 en el rango de 12 a 65 años de edad —48,3% hombres y 51,8% mujeres—, describe en términos comparativos con estudios de años anteriores una disminución del consumo de cualquier tipo de droga alguna vez en la vida: este se situó en 2019 en 9,7 por ciento, mientras que en 2013 el indicador fue de 12,9 por ciento (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2019).

En el 2013, se reportó el aumento del consumo de opioides no inscritos de 0.17% en el 2008 a un 1.07% en tal año, señalando el impacto de esta sustancia a nivel social y la importancia de realizar intervenciones oportunas. En el 2019, se reportó que el 0.09% de la población encuestada consumió alguna vez en la vida heroína y se resalta el aumento leve de la edad de inicio de consumo de drogas ilegales, pasando de los 17 años en el 2013 a 18.8 en el 2019. En cuanto a la edad promedio de inicio de consumo de heroína, se evidencia que la edad promedio es de 20,0 con una media de 18 (DANE, 2019).

El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas de Colombia de 2013 estimó que Medellín tenía la mayor tasa de consumo con el 8.2%, seguido por Quindío y Risaralda, con prevalencias superiores al 6%, y Antioquia y Meta que superaron el 5%. Además, de acuerdo a las tasas de consumo en el último año, se estiman las siguientes cifras globales de consumidores en cada grupo de edad: 159 mil adolescentes de 12 a 17 años, 347 mil jóvenes de 18 a 24 años y 216 mil en el grupo 25 a 34 años (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Al analizar la tendencia por edad, es muy claro que esta se incrementa en forma continua, así como su relación con conductas de riesgo. Aproximadamente en la mitad de los accidentes mortales el conductor o el peatón está bajo el efecto de una intoxicación. Además, el 10% de los sujetos con dependencia a consumo se suicida, con frecuencia el estado del ánimo puede ser inducido por el uso de sustancias (Torres et al., 2010).

Dosis

La dosis mínima de consumo se ha indicado por debajo de los 5 miligramos de la sustancia pura, sin embargo, la pureza de la heroína para consumo es muy poco frecuente, generalmente se adultera en el mercado negro y se comercializa en mezcla con cafeína, piracetam, o procaína, entre otros productos. Cuando la

vía de administración es intravenosa se reportan concentraciones más bajas. Ante el evento de una sobredosis, que dependerá de la biología de cada organismo, se sabe que no produce una muerte instantánea, pero sí evoluciona en un sopor y en un sueño cada vez más profundo cuya consecuencia es una falla respiratoria aguda produciendo la muerte (Darke & Duflou, 2016). Al respecto, diferentes estudios han sugerido que la sobredosis ocurre en aquellos individuos con mayor tolerancia y lo que se reconoce como sobredosis de heroína refiere más a una toxicidad polifarmacéutica, ya que generalmente los usuarios consumidores no acceden al consumo de la heroína en forma pura (Darke, 2016). Para el caso colombiano, el Observatorio de Drogas de Colombia había indicado en el 2015 que la pureza de la heroína que se comercializada oscilaba en alrededor del 62,7% (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, 2015). Estos hallazgos pueden haber variado en los últimos años, debido a las incautaciones realizadas por los organismos del Estado, lo cual remodela el tráfico, los métodos de contrabando, las rutas y, con esto, la competencia del mercado ilegal para su distribución, afectando la cadena de suministros, el control de los precursores y disminuyendo las instalaciones de producción.

En muchas ocasiones, se ha indicado a la sobredosis como una intención suicida o parasuicida, sin embargo, se piensa que en muchas ocasiones puede no ser intencional (Darke et al., 2010). No obstante, la sobredosis de opioides ha incrementado significativamente y con ello el número de muertes. Esta situación evidencia riesgos asociados a las conductas de consumo que hacen compleja la intervención (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Al respecto, para 2020, se registró en la Comunidad Europea que en el 82 % de muertes por sobredosis se habían detectado opioides, en una población que contabilizaba en su último informe 1,3 millones de consumidores de alto riesgo (Darke, 2016).

Efectos fisiológicos asociados al consumo de heroína

Más allá del consumo de la sensación placentera poco duradera, se presentan efectos secundarios que varían de acuerdo con el metabolismo de cada organismo. A corto plazo, se observan síntomas como la sequedad de la boca, náuseas, vómitos, sensación de comezón y pesadez en las extremidades; a largo plazo es común observar insomnio, problemas hepáticos, complicaciones cardiovasculares y disfunción sexual, entre otros síntomas.

Los trastornos mentales son comunes en las adicciones y repercuten en la intervención clínica, afectando la evolución y el pronóstico en estos pacientes. A esto se suma el riesgo aumentado ya comentado para adquirir el virus del Sida o Hepatitis C, por las dinámicas propias de la administración por vía endovenosa en estos pacientes (Cicero et al., 2017).

Deterioro cognitivo asociado al consumo de heroína

Existen múltiples evidencias que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas con alteraciones y deterioro en el funcionamiento cognitivo, especialmente en memoria, atención, concentración, habilidades motoras finas, habilidades viso espaciales y funciones ejecutivas, sumado al deterioro en todas las áreas de desempeño del sujeto que consume. La investigación denominada "El impacto de la heroína en las funciones ejecutivas frontales", realizada por Pau, Lee y Chan en 2002, en la cual se utilizaron 55 participantes: 30 adictos a la heroína y 25 controles normales; partió de la hipótesis de que la adicción a la heroína llevaría a déficits en tres dominios cognitivos (control de impulsos, flexibilidad mental y razonamiento abstracto). Los resultados arrojados indican que la adicción a la heroína tiene un efecto negativo en el control de impulsos, mientras que la atención y flexibilidad mental / capacidad de razonamiento abstracto no se vieron afectados (Pau et al., 2002).

El deterioro de las funciones ejecutivas afecta de manera directa el funcionamiento emocional y la toma de decisiones.

Los pacientes con dependencia de opiáceos han demostrado anormalidades en la toma de decisiones. Estas características podrían estar asociadas con el comportamiento disfuncional en la vida diaria de los pacientes y las constantes recaídas después de los tratamientos de rehabilitación (Brand et al., 2008). Los pacientes adictos a la heroína presentan dificultades con la inhibición de respuesta, tienen problemas graves en la evaluación y la inhibición de conductas inapropiadas y por lo tanto, en el control de impulsos y regulación emocional (Yang et al., 2015). Las personas que consumen suelen tener síntomas depresivos, cambios emocionales resaltando la irritabilidad, además de respuestas impulsivas, perseverativas, así como la tendencia de carácter compulsivo para perseverar en el consumo, como resultado de los déficits de autorregulación y control de impulsos (Miller, 1990); lo que representa dificultades en la regulación emocional, estados afectivos, detección de riesgos y beneficios al momento de tomar decisiones; déficit en las regulaciones emocionales, especialmente en situaciones de estrés y ansiedad, control de impulsos, poca habilidad para mantener una actitud optimista e interactuar con el ambiente para generar emociones positivas y pensamiento automotivadores (Martín Contero et al., 2012).

Estos pacientes consumidores de heroína muestran características similares a los sujetos con lesiones en la corteza orbitofrontal, quienes presentan la tendencia de seleccionar la recompensa inmediata a pesar de las consecuencias negativas, afectando considerablemente la toma de decisiones en el diario vivir de estos sujetos, debido a su orientación emocional anormal (Verdejo-Garcia et al., 2006).

En una investigación realizada en la ciudad de Medellín denominada “Caracterización de funciones frontales y ejecutivas en pacientes heroinómanos en tratamiento con metadona”, en el cual se evaluaron 45 pacientes de sexo masculino, se evidencia que el desempeño ejecutivo y las características de las funciones ejecutivas en estos pacientes, presentan alteraciones entre

leves–moderadas (13,6%), el funcionamiento de las funciones ejecutivas, lo que representa alteraciones en el autocontrol, la toma de decisiones y la regulación emocional. Igualmente, en el área orbitomedial los resultados presentan alteración severa en un 44,4% y en el 15,5 % una alteración leve-moderada, lo que señala dificultades en la regulación emocional, en los estados afectivos, en la detección de riesgos y beneficios al momento de tomar decisiones (Correa-Pérez et al., 2020).

Lo anterior puede suponer que muchos de los pacientes consumidores de heroína podrían presentar síndromes disejecutivos, caracterizados por diversas dificultades en el desempeño ocupacional. Tirapu (2002) reconoce tres aspectos fundamentales de dicho síndrome en individuos consumidores, describe en primer lugar que algunos de ellos presentan dificultad para ajustarse, centrarse y finalizar una tarea sin un control ambiental externo. En segundo lugar, presentan dificultades en la planeación de nuevos repertorios conductuales y poca capacidad para utilizar estrategias operativas. En tercer lugar, tienen limitaciones en la productividad y creatividad, adicional a la falta de flexibilidad cognitiva (Tirapu Ustárroz et al., 2002).

Estrategias de intervención y tratamiento

Para el tratamiento a la adicción de esta sustancia, se ha creado un programa complejo de intervenciones médicas y psicosociales que incluye el uso de la metadona en administración diaria supervisada. La metadona es un agente sintético que se encarga de ubicarse en los receptores cerebrales afectados por la heroína. Una de sus principales funciones es aliviar la ansiedad de consumo y síntomas de abstinencia físicos y orgánicos, producidos por la sustancia. Por tanto, en un escenario de prevención, de mitigación , reducción del daño, de la superación y de un incremento en las eficacia o carga de respuesta para las personas adictas a la heroína, se ha orientado hacia la puesta en marcha de los centros de tratamiento asistido con metadona (metadona (6-dimetilamino-

4,4-difenil-3-heptanona), una molécula con propiedades agonistas que actúan sobre el receptor NMDA (ácido N-metil-D-aspártico), de glutamato, un complejo proteico abundante en el sistema nervioso central (Crespo-Fernández & Rodríguez, 2007). La metadona funciona como un agonista opiáceo con efecto analgésico más potente que la morfina y eficiente para evitar el inicio de sintomatología de abstinencia.

El uso de la metadona como propuesta terapéutica para la adicción a la heroína se inició posterior a los años 50, cuando se incrementó significativamente el consumo de opiáceos y estuvo normalizado para uso analgésico. Fue en 1968 cuando se iniciaron algunas clínicas para desarrollar programas enfocados en la deshabituación de opiáceos, usando en los pacientes adictos a la heroína tabletas de metadona y consiguiendo en los pacientes una estabilidad fisiológica debido a los efectos metabólicos que ejercen un bloqueo narcótico y con ello la disminución de consumo (Villa Ruiz, 2015).

Hasta ahora se sabe que el tratamiento con metadona de forma adecuada es una estrategia clínica segura para contrarrestar el consumo de heroína como medicación que ofrece sustitución segura para el manejo de los pacientes. Al respecto, diferentes estudios han indicado en el tratamiento con metadona una disminución drástica del consumo de heroína y una mejora en la salud mental de los pacientes, que a la vez disminuyen el riesgo de infecciones y exhiben mejor ajuste social.

Generalmente, la administración de metadona en tabletas y su mecanismo de acción actúa en aproximadamente 30 minutos una vez ingerida, generando una vida media para ser eliminada entre 24 a 36 horas por heces y orina, de acuerdo a la variación del metabolismo hepático de cada persona. El tratamiento con metadona ha mostrado una ventana farmacológica para dosis diarias que oscilan entre 20 a 40 mg por día, se sugieren aumentos de dosis de acuerdo al control del nivel de sedación y la respuesta contingente del paciente frente al consumo (Coffa

& Snyder, 2019). El uso terapéutico adecuado dependerá de la terapia de sustitución sugerida para cada paciente. Debido a los cambios en la tolerancia individual, la dosis debe ser administrada con precaución y bajo estricto monitoreo médico.

En síntesis, para el tratamiento de la adicción a esta sustancia, se han planteado intervenciones psicosociales, pero de forma simultánea se requiere de tratamiento médico. El programa de mantenimiento con metadona, presenta evidencia acerca de su efectividad como tratamiento a largo plazo de la adicción a opiáceos. Resaltando como resultados un menor consumo de sustancias ilegales, menor implicación en actividades criminales y mejor funcionamiento social general (Bobes García & Bobes Bascarán, 2012). La reducción en los consumos de heroína y otros psicoactivos, además de la reinserción social de los pacientes, son algunos de los resultados efectivos del tratamiento con metadona. Isaza et al. (2010) señalan las diversas variables que pueden existir entre las dosis efectivas e inefectivas de este medicamento y apuntan a las variables personales y sociales que van más allá del manejo farmacológico y que deben ser abordados desde un manejo psicosocial, así como la identificación de rasgos individuales de cada paciente. Es decir, no se puede limitar el consumo de heroína a las consecuencias físicas y orgánicas, hay que tener en cuenta variables personales implicadas en la adherencia a los tratamientos o recaídas de consumo en los mismos (Isaza et al., 2010).

En este sentido, en los últimos años se han realizado avances en la compresión de los efectos sobre el sistema nervioso y el cerebro del adicto, intentando descifrar qué origina la propensión neurobiológica a iniciar comportamientos adictivos y la prognosis de la dependencia a sustancias psicoactivas. No obstante, esta aproximación reduccionista no ha logrado remodelar hasta ahora las opciones terapéuticas y farmacológicas de forma contundente y aún continúa siendo un problema devastador para los pacientes y sus familias. Es indiscutible el avance en la bioquímica y

etiopatogenia de las adicciones, sin embargo, no hay un "target farmacológico", que cierre de forma definitiva la adicción. Cabe resaltar que los avances en la etiopatogenia de la adicción han permitido esclarecer los mecanismos neurobiológicos involucrados en la adicción sugiriendo un ciclo de uso compulsivo en el adicto y una desregulación de los circuitos neuronales que gobiernan la motivación hedónica y el mantenimiento de hábitos de consumo de sustancias indicando problemas en los dominios del funcionamiento ejecutivo como son el control inhibitorio y la flexibilidad (Koob & Volkow, 2016).

Hasta ahora, los programas de tratamiento más eficaces para intervenir la adicción a opioides cuentan con un equipo multidisciplinario. Las intervenciones deben incluir a un psicólogo, médico general, médico psiquiatra, nutricionista, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería, enfermero y toxicólogo. El programa incorpora en la desintoxicación actividades pedagógicas que contribuyan a reducir el riesgo postconsumo y promuevan el desarrollo de contingencias psicosociales para evitar futuras recaídas. Adicional al programa de desintoxicación, las comunidades terapéuticas y escenarios de intervención multimodal han cobrado fuerza en distintos países. El propósito central de este tipo de comunidades es contextualizar al sujeto en el medio y tejido social, a fin de ajustar pautas de prevención y poner en marcha mecanismos de contingencia psicosocial frente a la conducta de consumo. No obstante, las comunidades terapéuticas han sido controversiales en torno a los recursos terapéuticos que incluyen control y vigilancia, además de orientaciones ideológicas cristianas o laicas (Castrill-acon Valderrutén, 2008).

En lo relacionado a comunidades terapéuticas, el Gobierno Colombiano en la Resolución 196 de 2002, dictó "las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y se dictan

otras disposiciones", para regular las comunidades terapéuticas (Ministerio de Salud, 2002).

Desde esta perspectiva, las comunidades terapéuticas que estén reguladas bajo la norma deberían representar una propuesta conveniente para la ejecución de actividades de recuperación física y psicológica de las personas con adicción a las drogas; es indudable que el desarrollo de actividades que favorezcan la interacción de grupo y el apoyo colaborativo permiten la puesta en marcha de dispositivos cognitivos para enfrentar el problema del consumo, autorregulando a través de las dinámicas grupales que focalizan el reconocimiento del problema, su intensidad y los problemas sociofamiliares y emocionales que derivan del uso problemático de la droga. Es justamente a través de los otros como se operacionaliza el manejo de conflictos, la resolución de problemas y el control de impulsos. Así mismo, se ofertan alternativas de integración social que fomenten una red de apoyo para estimular el desarrollo de conductas de autocuidado y de regulación emocional como núcleo central para tomar decisiones dirigidas a un cambio de conducta que se recompensa personal y socialmente.

La participación grupal desde un punto de vista terapéutico, ofrece además una comprensión razonable y real del abuso y la dependencia, aprovechando las vivencias colectivas e individuales frente al consumo como experiencias que fomentan el autocontrol, la inoculación del estrés y el entrenamiento en hábitos que promuevan el control inhibitorio, y la cognición social.

En congruencia con las actividades grupales y su eficacia en la contingencia y la revaloración del consumo, la intervención familiar constituye un eje central para superar la adicción. Así, las intervenciones psicológicas estén o no en contexto de comunidad terapéutica, deben estar enfocadas en promover estrategias que mejoren la capacidad de recuperación en las personas que tienen uso problemático con las sustancias o adicción. Por tanto, la evolución y eficacia de la intervención en adicciones sugiere en primera

instancia poner en marcha varios procesos psicoterapéuticos alineados con la reducción y con la eliminación de la conducta de consumo a través de la puesta en marcha de mecanismos psicológicos que provean robustez cognitiva y adaptación a la nueva fase de eliminación de las conductas adictivas.

Es pertinente mencionar que pertenecer a un grupo social vulnerable, por ejemplo, la pobreza o la inequidad social, no necesariamente sugiere una propensión directa a desarrollar una adicción, en esta vulnerabilidad confluyen muchos factores biológicos y ambientales. De tal forma que desarrollar programas que contribuyan a desarrollar un estilo resiliente y estrategias de afrontamiento, pueden disminuir la vulnerabilidad a presentar conductas adictivas (Cadet, 2016; Chiavarino et al., 2012).

Terapia cognitivo conductual

En particular, las intervenciones psicológicas que usan terapia cognitivo conductual (TCC) en conjunto con la entrevista motivacional han evidenciado opciones eficaces de intervención con resultados interesantes. En la TCC, identificar los pensamientos, las emociones y las consecuencias que se relacionan al consumo ayuda a generar aptitudes para paliar la búsqueda de consumo, redirigiendo a otras fuentes de reforzamiento de conductas no relacionadas con las drogas. En este aspecto, la asignación de tareas en los procesos de intervención y para que la persona realice en su vida cotidiana fomentan el ensayo de conductas contingentes y podrían ayudar a reducir las recaídas (Epstein et al., 2003; Willner-Reid et al., 2016).

Adicionalmente, varios estudios han encontrado la eficacia de introducir la terapia cognitivo conductual en suma con el tratamiento de mantenimiento con metadona. Las ventajas que conlleva intervenir las distorsiones cognitivas en los pacientes sobre ellos mismos, los demás y el contexto social, les favorece para reconstruir un estilo de vida que habilite opciones para manejar mejor el estrés y mantener la abstinencia (Anton et al., 2005; Lee & Rawson, 2008; Pan et al., 2015).

La TCC se sirve de sesiones individuales a fin de proponer tratamientos individualizados, y sesiones de grupo que contribuyen a brindar soporte social a través del intercambio de experiencias, como también en aumentar alternativas conductuales para manejar y manejar la abstinencia con la introducción de claves de contingencia cognitiva, promoviendo la motivación y operacionalizar mejor el ensayo conductual en un rol social esperado (Pan et al., 2015). Hasta ahora, diferentes estudios respaldan la eficacia de la TCC para reducir el consumo de opiáceos y el estrés psicológico en el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM). Uno de los retos en este sentido, para valorar la eficacia de estas intervenciones conjuntas, requiere revisar cuántas sesiones y cuánto tiempo debe usarse la TCC en este tipo de pacientes. No obstante, diferentes estudios han indicado que la eficacia es mayor en torno a la abstinencia de consumo cuando se tienen más sesiones de TCC en pacientes incluidos en el tratamiento de mantenimiento con metadona (Hides et al., 2010; Pan et al., 2015).

Pese a que la TCC ha mostrado eficacia terapéutica en la reducción de las conductas de consumo, es necesario señalar que el éxito de las intervenciones en TCC con el TMM requiere tener una función cognitiva menos deteriorada postconsumo. En este sentido, diferentes autores han encontrado que el consumo crónico de sustancias deteriora la función cognitiva (Gruber et al., 2007; Torregrossa et al., 2011). Un hallazgo en este sentido fue observado por Kiluk y colaboradores en 2011, al encontrar que las estrategias de afrontamiento para reducir el consumo eran mejores en aquellos sujetos que presentaban menor compromiso cognitivo para tomar decisiones, ejecutar acciones de control inhibitorio y solucionar problemas, evaluando de manera razonable los pensamientos automáticos y mejorando la abstinencia (Kiluk et al., 2011).

Aunque tener mejores habilidades cognitivas podría predecir un mejor ajuste terapéutico cuando se usa TCC, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden mostrar efectividad incluso en

presencia de deterioro cognitivo; una de las metas para ambos tipos de condiciones clínicas resalta la necesidad de adaptar las herramientas de la TCC de tal forma que se disminuya la carga verbal, sin que este tipo de alternativas penalice las bases teóricas y clínicas que subyacen a la TCC (Willner & Tomlinson, 2007).

Mindfulness

Si bien no hay una única traducción al español de la palabra *mindfulness*, su significado conlleva tres componentes claves: conciencia-atención-recuerdo, que hace alusión a conciencia plena o atención plena y cuyo propósito es dirigir a la persona hacia la observación de la realidad en el presente, promoviendo la aceptación a través del uso de la meditación y, en consecuencia, eliminando el sufrimiento y las emociones destructivas (Siegel et al., 2009). En particular, las intervenciones de la atención plena han tenido un incremento en los últimos 20 años con el uso de ensayos clínicos aleatorizados que han resultado prometedores. En este sentido, se ha indicado que la intervención con *mindfulness* podría contribuir a reducir la compulsión de consumo de opiáceos, ayudando además al manejo del estrés psicológico, la angustia emocional y a la prevención de recaídas (Chiesa & Serretti, 2014; Vásquez-Dextre, 2016).

Hasta ahora, las perspectivas sobre el uso del *mindfulness* para la intervención en el consumo de opiáceos requiere avanzar en la operacionalización de variables clínicas a intervenir, aumentar el tamaño de muestra para las intervenciones, comprender los mecanismos neurobiológicos subyacentes a la intervención y revisar el tiempo, la intensidad y la frecuencia de la intervención en *mindfulness* en este tipo de adicciones (Vásquez-Dextre, 2016).

Rehabilitación neuropsicológica en el tratamiento de adicciones

El deterioro cognitivo en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en tratamiento de rehabilitación de adicciones se asocia a baja adhesión, mal cumplimiento de normas y pautas y menos probabilidades de completar tratamiento. Es por esto que se hace

necesario desarrollar e implementar programas de rehabilitación cognitiva funcional a lo largo del tratamiento, centradas en la recuperación de un funcionamiento ocupacional optimizado (en las áreas de autocuidado, laboral, aprovechamiento del ocio, etc.)

La Rehabilitación Neuropsicológica es una terapia que se basa en el concepto del cerebro como un órgano plástico. Tiene como objetivo mejorar las funciones mentales que han resultado afectadas por diferentes patologías como la atención, memoria, lenguaje, percepción, psicomotricidad y función ejecutiva. El propósito de la rehabilitación es favorecer que la persona mejore el funcionamiento, independencia e integración social.

Después de realizar la evaluación neuropsicológica del paciente, se valoran las áreas afectadas y las no afectadas para establecer el programa de rehabilitación neuropsicológica individual, utilizando las Técnicas de Rehabilitación Cognitiva:

- restauración;
- compensación;
- sustitución.

El Programa de Rehabilitación está destinado a pacientes con impacto cognitivo asociado al consumo de heroína y ha demostrado mejora en el resultado de las terapias psicológicas precedentes; más adhesión y permanencia a los tratamientos, mejoría en la autoestima y la autoeficacia percibida, mayor implicación activa en el tratamiento, mejoras significativas en el funcionamiento cotidiano, reducción de síntomas de malestar, incremento de la motivación y otras, lo que puede representar la normalización del funcionamiento familiar, social y la disminución de las problemáticas legales (Pedrero Pérez et al., 2011).

Conclusiones

La adicción a la heroína es un problema actual y en aumento en países como Colombia. Las consecuencias son devastadoras

y el impacto en la salud pública ejerce una presión negativa sobre la economía y el tejido social. A esto se suma el hecho de que una de cada cinco personas que inician tratamiento por el uso problemático de opiáceos refiere que su droga principal de consumo no es la heroína, sino los opioides sintéticos; estas sustancias se evidencian con mayor frecuencia en los casos de sobredosis. Además, las alternativas de control, regulación e intervención para detectar la disponibilidad y consecuencias del consumo de opioides sintéticos siguen siendo limitadas. Más aún, entre 2015 a 2016 el mayor número de muertes por sobredosis en Estados Unidos estuvieron relacionadas con opioides sintéticos diferentes de la metadona, por tanto, es urgente intensificar la vigilancia sobre los agentes involucrados en la distribución de estas sustancias, implementando a la vez mecanismos de prevención desde políticas gubernamentales que contribuyan a detener el acceso a este tipo de sustancias para las cuales aún las estrategias de control y manejo de sobredosis plantean una dificultad para revertir los efectos sobre la salud (Armenian et al., 2018).

Referencias

Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., Thevos, A., Wang, W., & Woolson, R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 25*(4), 349–357. https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000172071.81258.04

Armenian, P., Vo, K. T., Barr-Walker, J., & Lynch, K. L. (2018). Fentanyl, fentanyl analogs and novel synthetic opioids: A comprehensive review. *Neuropharmacology, 134*, 121–132. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.10.016

Bobes García, J., & Bobes Bascarán, M. T. (2012). Efectividad a largo plazo de los tratamientos de mantenimiento con metadona en personas con adicción a derivados opiáceos. *Adicciones, 24*(3), 179-184. https://doi.org/10.20882/adicciones.87

Brand, M., Roth-Bauer, M., Driessen, M., & Markowitsch, H. J. (2008). Executive functions and risky decision-making in patients with opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(1–2), 64–72. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.017

Cadet, J. L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: Therapeutic implications. *Molecular Neurobiology, 53,* 545–560. https://doi.org/10.1007/s12035-014-9040-y

Castrillón Valderrutén, M. del C. (2008). Between "theotherapies" and "secularterapies". Therapeutic communities in Colombia and models of individuals. *Psicologia e Sociedade, 20*(1), 80–90. https://doi.org/10.1590/s0102-71822008000100009

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Today's heroin epidemic | VitalSigns | CDC.* Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/vitalsigns/heroin/

Chiavarino, C., Rabellino, D., Ardito, R. B., Cavallero, E., Palumbo, L., Bergerone, S., Gaita, F., & Bara, B. G. (2012). Emotional coping

is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 73*(6), 473–475. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.002

Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use and Misuse, 49*(5), 492–512. https://doi.org/10.3109/10826084.2013.770027

Cicero, T. J., Ellis, M. S., & Kasper, Z. A. (2017). Increased use of heroin as an initiating opioid of abuse. *Addictive Behaviors, 74,* 63–66. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.030

Coffa, D., & Snyder, H. (2019). Opioid use disorder: Medical treatment options. *American Family Physician, 100*(7), 416–425.

Correa-Pérez, L. F., Rincón-Barreto, D., Zabala, M. Z., Wilmot, L. J. G., Pérez, J. F. M., & Cuartas, J. M. (2020). Caracterización de funciones frontales y ejecutivas en pacientes heroinómanos en tratamiento con metadona. *Psicoespacios, 14*(24), 3–16. https://doi.org/10.25057/21452776.1281

Crespo-Fernández, J. A., & Rodríguez, C. A. (2007). Bases neuroanatómicas, neurobiológicas y del aprendizaje de la conducta de adicción a la cocaína. *Revista Latinoamericana de Psicologia, 39*(1), 83–107.

Darke, S. (2016). Heroin overdose. *Addiction, 111*(11), 2060–2063. https://doi.org/10.1111/ADD.13516@10.1111/(ISSN)1360-0443.ADDICTION_CLASSICS_VIRTUAL_ISSUE

Darke, S., & Duflou, J. (2016). The toxicology of heroin-related death: estimating survival times. *Addiction (Abingdon, England), 111*(9), 1607–1613. https://doi.org/10.1111/add.13429

Darke, S., Duflou, J., & Torok, M. (2010). The comparative toxicology and major organ pathology of fatal methadone and heroin toxicity cases. *Drug and Alcohol Dependence, 106*(1), 1–6. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.014

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA).* https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa

Epstein, D. H., Hawkins, W. E., Covi, L., Umbricht, A., & Preston, K. L. (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(1), 73–82 https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.1.73

Gainza, I., Nogué, S., Martínez Velasco, C., Hoffman, R. S., Burillo-Putze, G., Dueñas, A., Gómez, J., & Pinillos, M. A. (2003). Intoxicación por drogas. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra, 26*(Suppl. 1), 99-128. https://doi.org/10.4321/s1137-66272003000200006

González, G., Giraldo, L. F., DiGirolamo, G., Rey, C. F., Correa, L. E., Cano, A. M., & Romero-González, M. (2019). Enfrentando el problema emergente de consumo de heroína en Colombia: los nuevos programas de tratamiento asistido con metadona. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 48*(2), 96–104. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.004

Gruber, S. A., Silveri, M. M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2007). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychology Review, 17*(3), 299–315. https://doi.org/10.1007/s11065-007-9041-y

Gupta, S., Iudicello, J. E., Shi, C., Letendre, S., Knight, A., Li, J., Riggs, P. K., Franklin, D. R., Duarte, N., Jin, H., Hampton Atkinson, J., Yu, X., Wu, Z., Grant, I., & Heaton, R. K. (2014). Absence of neurocognitive impairment in a large Chinese sample of HCV-infected injection drug users receiving methadone treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 137,* 29-35. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.021

Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S. M., Baker, A., Scaffidi, A., & Lubman, D. I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring

depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorders, 121*(1-2), 169–174. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.002

Isaza, C., Suárez, P., Henao, J., & González, M. (2010). Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Revista Investigaciones Andina, 12*(21), 24–34. https://doi.org/10.33132/01248146.245

Kiluk, B. D., Nich, C., & Carroll, K. M. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 114*(2–3), 169–176. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.019

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 760–773. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8

Lee, N. K., & Rawson, R. A. (2008). A Systematic Review of Cognitive and Behavioural Therapies for Methamphetamine Dependence. En *Drug and Alcohol Review,* 27(3), 309–317. https://doi.org/10.1080/09595230801919494

Liao, D. L., Huang, C. Y., Hu, S., Fang, S. C., Wu, C. S., Chen, W. T., Lee, T. S. H., Chen, P. C., & Li, C. S. R. (2014). Cognitive Control in Opioid Dependence and Methadone Maintenance Treatment. *PLoS ONE,* 9(4), artículo e94589 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094589

Martín Contero, M. C., Secades Villa, R., & Tirapu Ustárroz, J. (2012). Cognición social en adictos a opiáceos. *Revista de Neurología, 55*(12), 705–712. https://doi.org/10.33588/rn.5512.2012553

Miller, L. (1990). Neuropsychodynamics of Alcoholism and Addiction: Personality, Psychopathology, and Cognitive Style. *Journal of Substance Abuse Treatment, 7*(1), 31–49. https://doi.org/10.1016/0740-5472(90)90034-N

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio Nacional De Consumo De Sustancias*

Psicoactivas En Colombia - 2013. Observatorio de Drogas de Colombia. http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5768/Estudio-Nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-Colombia-2013

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). *La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política.* Observatorio de Drogas de Colombia. http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5761/La-hero237na-en-Colombia-Producci243n-uso-e-impacto-en-la-salud-p250blica

Ministerio de Salud. (2002). *Resolución Número 196 de 2002.* https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200196%20DE%202002.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y Novedades*. EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://doi.org/10.2810/123451

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Resumen ejecutivo - Informe Mundial sobre las Drogas 2016.* Observatorio de Drogas de Colombia. http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/5922/Informe-mundial-sobre-las-drogas-2016-Resumen-Ejecutivo

Pan, S., Jiang, H., Du, J., Chen, H., Li, Z., Ling, W., & Zhao, M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy on opiate use and retention in methadone maintenance treatment in China: A randomised trial. *PLoS ONE, 10*(6), artículo e0127598. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127598

Pau, C. W. H., Lee, T. M. C., & Chan, S. F. F. (2002). The impact of heroin on frontal executive functions. *Archives of Clinical Neuropsychology, 17*(7), 663–670. https://doi.org/10.1016/S0887-6177(01)00169-X

Pedrero Pérez, E. J., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero Luque, M., & Puerta García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología, 52*(3), 163–172. https://doi.org/10.33588/rn.5203.2010513

Pérez-Mañá, C., Papaseit, E., Fonseca, F., Farré, A., Torrens, M., & Farré, M. (2018). Drug interactions with new synthetic opioids. *Frontiers in Pharmacology, 9*(1145). https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01145

Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? where did it come from? En *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17–35). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2

Sittambalam, C. D., Vij, R., & Ferguson, R. P. (2014). Buprenorphine outpatient outcomes project: Can suboxone be a viable outpatient option for heroin addiction? *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, 4*(2), artículo 22902. https://doi.org/10.3402/jchimp.v4.22902

Tirapu Ustárroz, J., Muñoz Céspedes, J. M., & Pelegrín Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología, 34*(7), 673–685. https://doi.org/10.33588/rn.3407.2001311

Torregrossa, M. M., Corlett, P. R., & Taylor, J. R. (2011). Aberrant learning and memory in addiction. *Neurobiology of Learning and Memory, 96*(4), 609–623. https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.014

Torres, Y., Posada, J., Bareño, J., & Berbesí, D. (2010). *Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia.* Ministerio de Protección social.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *UNODC Annual Report 2018.* https://www.unodc.org/unodc/es/about-unodc/annual-report.html

Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatria, 79*(1), 42–51. https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2767

Verdejo-Garcia, A., Perez-Garcia, M., & Bechara, A. (2006). Emotion, decision-making and substance dependence: A somatic-marker model of addiction. *Current Neuropharmacology, 4*(1), 17–31. https://doi.org/10.2174/157015906775203057

Villa Ruiz, E. (2015). *Metadona: evolución del programa de deshabituación. Desde el CAID a la Farmacia Comunitaria* [Trabajo de pregrado]. Universidad Complutense Madrid. https://eprints.ucm.es/id/eprint/48922/

Volkow, N. D. (2014). *America's Addiction to Opioids: Heroin and Prescription Drug Abuse | NIDA Archives.* National Institute on Drugs Abuse. https://archives.drugabuse.gov/testimonies/2014/americas-addiction-to-opioids-heroin-prescription-drug-abuse

Wang, P. W., Lin, H. C., Wu, H. C., Hsu, C. Y., Chung, K. S., Ko, C. H., & Yen, C. F. (2015). Explicit and implicit heroin-related cognitions and heroin use among patients receiving methadone maintenance treatment. *Comprehensive Psychiatry, 56,* 155–160. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.08.047

Willner-Reid, J., Whitaker, D., Epstein, D. H., Phillips, K. A., Pulaski, A. R., Preston, K. L., & Willner, P. (2016). Cognitive-behavioural therapy for heroin and cocaine use: Ecological momentary assessment of homework simplification and compliance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 89*(3), 276–293. https://doi.org/10.1111/papt.12080

Willner, P., & Tomlinson, S. (2007). Generalization of anger-coping skills from day-service to residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*(6), 553–562. https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00366.x

Wolny, P. (2019). *Heroin.* The Rosen Publishing Group, Inc.

World Health Organization. (2015). *World health statistics 2014.* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf?sequence=1

Yang, L., Xu, Q., Li, S., Zhao, X., Ma, L., Zheng, Y., Zhang, J., & Li, Y. (2015). The effects of methadone maintenance treatment on heroin addicts with response inhibition function impairments: evidence from event-related potentials. *Journal of Food and Drug Analysis, 23*(2), 260–266. https://doi.org/10.1016/j.jfda.2014.06.002

CONSUMO

PREVENCIÓN

E INTERVENCIÓN EN EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

CONSUMO

Aspectos históricos y legales sobre la prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia[1]

Francisco Javier Arias
Mg en Psicología
Universidad de San Buenaventura
francisco.arias@usbmed.edu.co

Nicolás Ignacio Uribe Aramburo
Mg. en investigación psicoanalítica
Universidad de San Buenaventura
nicolas.uribe@usbmed.edu.co

Carlos Arturo Robledo Marín
Doctor en Humanidades
Director Ejecutivo FUNDACOL
direccionejecutiva@fundacol.com

Victor Hugo Cano Bedoya
Mg en Psicología. Psicólogo de Bienestar institucional
Universidad San Buenaventura
victor.cano@usbmed.edu.co

Ana María Quiceno Vásquez
Profesional Universitaria GESIS
Escuela Contra la Drogadicción
Gesis.fnsp@gmail.com

Jeniffer Gutiérrez Cardona
Psicóloga, especialista en psicogerontología
FUNDACOL
direccion@fundacol.com

1 Artículo de investigación producto del Proyecto:"Modelos de intervención en salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el departamento de Antioquia", realizado en agosto-diciembre de 2020 por la Escuela Contra las Drogas de la Gobernación de Antioquia, La Fundación Opción por Colombia (FUNDACOL) y la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura sede Medellín (USB).

Resumen

Se describen elementos históricos y legales sobre los centros de rehabilitación y los programas de prevención para el consumo de drogas a nivel internacional y en Colombia, como paso previo para realizar un estudio más amplio sobre los modelos usados en estas instituciones en el Departamento de Antioquia. Metodología cualitativa, paradigma interpretativo, con técnicas de revisión documental y triangulación de datos. Se señalan problemas epistemológicos y metodológicos en el tratamiento institucional de las adicciones y la prevención del consumo de drogas, así como la necesidad de control estatal y la producción de investigaciones sobre la eficacia de los modelos y estrategias usados en Antioquia.

Palabras clave: drogas, prevención, terapia, psicología.

Introducción

Desde las últimas décadas del siglo XX el fenómeno del uso y abuso de sustancias psicoactivas se ha constituido en una problemática psicosocial relevante, en razón de las afectaciones que puede ocasionar sobre la salud física y mental de las personas, así como los múltiples problemas legales y relacionales que puede acarrear el consumo en los contextos familiares, escolares, laborales y comunitarios (Moreno, 1999; Uribe & Castaño, 2014; MINSALUD & UNODC, 2016). Este problemática se torna aún más preocupante al considerar que se presenta a nivel mundial en la población de adultos jóvenes, adolescentes y hasta niños y niñas, siendo estos últimos sectores de la sociedad los que representan el futuro de la misma, por lo cual se ha hecho necesario diseñar y ejecutar acciones que permitan reducir el fenómeno o controlar sus efectos negativos sobre la población (Galván-Reyes et al., 1997; Pérez, 2001; Ministerio de la Protección Social, 2005; Hernández, 2010). Además, al tener en cuenta que las estadísticas muestran un aumento creciente en el número de personas que consumen a nivel mundial, así como un inicio en el consumo a edades cada

vez más tempranas, algunos consideran que se trata de una epidemia que azota a las comunidades, siendo necesario contar con enfoques epidemiológicos que nos muestren la distribución del fenómeno en la población, para enfocar acciones correctivas específicas sobre estos sectores más afectados (Galván-Reyes et al., 1997; Gaitán, 2002; Hernández, 2010).

En Colombia, también se ha evidenciado este aumento global. De acuerdo al estudio del Observatorio de Drogas de Colombia et al. (2016), en el año 2016 algunas ciudades y departamentos mostraron cifras de prevalencia de consumo mayores que en otros. Con respecto a las sustancias legales, los niveles más altos de uso de alcohol están en Antioquia (44,2%). En cuanto a las sustancias ilícitas, lidera Caldas (27%) y sigue Antioquia (26,6%); así mismo, la prevalencia más alta de uso de cocaína está en Caldas (5,4%) y luego Antioquia (4%) junto con la Amazonía. Para el popper, Antioquia nuevamente figura dentro los primeros cinco departamentos, con un 14,1%, siendo la sustancia más usada durante el año 2015 en este departamento, por encima de la marihuana (cerca de dos puntos porcentuales). El nivel de uso de LSD en Antioquia (2,4%) también está dentro de los primeros cinco departamentos que superan el 2% de los escolares a nivel nacional[2.] Ahora bien, en la *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – (ENCSPA), Resultados 2019*[3], financiada por el Ministerio de Justicia y efectuada con población general entre 12 y 65 años, se informa de una reducción generalizada de todos los indicadores, se muestra que en el país se están consumiendo menos drogas, legales e ilegales, en comparación con el periodo 2013-2016, que acabamos de ver, y que el alcohol sigue siendo la sustancia de mayor uso (84%, frente a 87% del 2013-2016), seguido por el tabaco con 33.3% de sujetos (en el

2 En síntesis, las drogas más usadas en Antioquia son la marihuana, luego el popper, después la cocaína, seguida de otras sustancias alucinógenas, siendo el basuco la menos usada.

3 Esta investigación se acogió la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas) de la CICAD-OEA.

2013-2016 era de 42.1%) y luego tranquilizantes consumidos sin fórmula médica (1.84%). Los niveles de consumo de drogas ilegales fueron del 9.7% en el 2019 (frente a un 12.9% en 2013-2016), la más usada es la marihuana (8.3%), luego la cocaína (2. %), después inhalables (1,6%), el éxtasis (0.69%), finalmente basuco (0.54%) y heroína (0.09%), de modo que la segunda sustancia más consumida ya no es el popper sino la cocaína, en comparación con el periodo 2013-2016. Sin embargo, algunos cuestionan estas cifras optimistas, que muestran los resultados de la Encuesta de 2019, ya que en encuestas pasadas (2013-2008, por ejemplo), se utilizó una metodología "basada en la guía de CICAD de la OEA para Latinoamérica [...] que, además, permitía una comparación de Colombia con otros países" (Ortiz, 2020, p. 13), de modo que para la presente encuesta "no se menciona en ningún lado a la CICAD de la OEA, sino que se habla de un método del DANE, lo cual no solo podría alterar la posibilidad real de comparación con años anteriores, sino con otros países" (Ortiz, 2020, p. 13). Así mismo, según Julián Quintero, sociólogo y director de la Corporación Acción Técnica Social (ATS), experto en el tema de prevención, es extraño que, en contravía con la tendencia general al aumento de consumo a nivel mundial, los índices de esta encuesta muestran una baja en Colombia, pero además señala que "es extraño también que mientras que encuestas realizadas por el Gobierno en población universitaria (en 2009, 2012 y 2016) muestran aumentos en el consumo de sustancias ilegales, la encuesta de población general muestre disminución" (Ortiz, 2020, p. 14). Además, este investigador señala acertadamente el vacío que representa el no incluir en la última encuesta drogas sintéticas como LSD y el 2CB, que como se sabe, son populares entre la población de estudiantes de bachillerato y universitarios (Ortiz, 2020).

Antecedentes

Es importante contextualizar el fenómeno del consumo de drogas en la historia de Colombia, el cual no solo representa un problema de salud física y mental del que se ocupan profesionales de la

salud, sino también un problema de seguridad pública[4], razón por la cual, abogados, economistas, politólogos, entre otros profesionales de las ciencias sociales y humanas, también se han interesado por el fenómeno, aportando desde sus disciplinas. Estos conocimientos también ayudan a pensar acciones integrales para abordar esta problemática, incluyendo, entre otros aportes, la creación de disposiciones legales que regulan la producción, fabricación, trafico, venta y consumo de las sustancias (prohibidas o controladas en la constitución de tal o cual país), pero también ayudan a diseñar e implementar políticas públicas, cuyo propósito es reducir el impacto negativo sobre la población, con el ánimo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos (Velosa, 2011).

Según algunos investigadores, las primeras acciones del estado colombiano se pueden "ubicar en el año 1969, cuando se creó el Consejo Nacional de Instrucción Criminal al que se le atribuyen, entre otras funciones, el control sobre los estupefacientes, aunque sus desarrollos fueron mínimos" (p. 142), pero es en 1973, en la administración de Misael Pastrana Borrero, cuando "se organizan las políticas públicas sobre el tema con la creación del Consejo Nacional de Estupefacientes y la Oficina de Estupefacientes del Ministerio de Justicia, que por medio del Decreto 1188 de 1974 prohíbe y penaliza las sustancias psicotrópicas" (p. 142). En Julio de 1974, se firma el convenio entre nuestro Gobierno y la Oficina de las Naciones Unidas –el PNUD– que tiene como propósito "coordinar todas las actividades de fiscalización de las drogas, promover la observancia de los tratados internacionales y ofrecer un liderazgo eficaz sobre la materia 'Control del uso indebido de drogas'" (p. 142). Desde esa fecha hasta 1990, este organismo coordina y lidera las acciones sobre drogas. En este recuento histórico es importante recordar que ante la bonanza

4 En la más reciente historia de nuestro país, el narcotráfico (en todas sus modalidades) ha generado violencia, muertes, masacres, desplazamiento forzado, entre otras problemáticas psicosociales, puesto que los diversos grupos criminales que controlan el mercado ilegal en los diferentes departamentos, utilizan la violencia como estrategia de control, para monopolizar el negocio del tráfico de sustancias ilícitas.

marimbera de las décadas de los 70 y 80, se produce una reacción gubernamental y se empiezan a fumigar vastas zonas de la costa caribe colombiana[5].

Para 1990, en el mandato de Virgilio Barco, se crea la Dirección Nacional de Estupefacientes, para ejecutar o desarrollar las acciones del Consejo Nacional de Estupefacientes, que desarrolla algunas de prevención y rehabilitación, pero que sobre todo dirige sus esfuerzos al control y la represión. En 1994, se produce la sentencia C221, proferida por la Corte Constitucional, que despenaliza el consumo de la dosis personal (Corte Constitucional, 1994), sustentado en el libre desarrollo de la personalidad, principio de la Constitución colombiana que permite a los individuos autodeterminarse, así como en la limitación del Estado en la participación en la salud personal (Velosa, 2011, p. 143).

Entre 1998 y 2002, en el gobierno de Andrés Pastrana, se construye un Plan Nacional de Lucha contra las Drogas, además, a través del Decreto 1943 de 1999, se modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes, lo que permitió crear el Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas, "Programa Presidencial Rumbos". Durante este gobierno se da inicio al Plan Colombia, programa básicamente de ayuda militar y económica para combatir la droga.

En el gobierno de Álvaro Uribe (2002-2010), se "desmontó el 'Programa Rumbos' y dejó de nuevo en manos de la Dirección Nacional de Estupefacientes las acciones que en ese sentido desarrolla el país" (p. 143), se fortaleció el Plan Colombia, y la "lucha contra las drogas y el delito", que como se sabe,

5 En el año1986, con el homicidio del Ministro de Justicia Rodrigo Lara Bonilla, el Gobierno de Colombia expidió la Ley 30 de l986, que "creó un nuevo estatuto nacional de estupefacientes que endureció su postura, introdujo la idea de 'la lucha contra el crimen y la droga' y desarrolló políticas enfocadas a controlar el tráfico de sustancias y a judicializar a sus responsables" (Velosa, 2009, p. 142), siendo notable que "Esta Ley penaliza de manera drástica los hechos ligados a las drogas, incluyendo el consumo de sustancias" (p. 142), debido en gran parte al contexto violencia de la época.

estuvo "caracterizada por la presencia militar, la fumigación y erradicación de cultivos, las acciones policivas y jurídicas, la propaganda y la búsqueda de cooperación internacional" (p. 143), además de que se volvió a penalizar la dosis mínima. Finalmente, puede decirse que:

> Otros actores han venido desarrollando un proceso paralelo muy importante –liderado en gran medida por funcionarios del Ministerio de Protección y la Oficina de Naciones Unidas, entre otros– que ha conducido a la estructuración de una 'política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto' [...] Este proceso ya no habla de eliminación o supresión del consumo, ni de lucha contra las drogas, ni hace referencia al delito, y sí se ocupa con gran interés de temas como prevención, rehabilitación, consumo problemático, inserción social, reducción de riesgos, lo que constituye un gran cambio, un gran avance en las políticas públicas sobre el tema de las drogas [...] Esta postura, llamada de reducción del daño, se ha ido posicionando [...] Un cuestionamiento de los enfoques, las políticas y de las acciones frente al tema se ha ido desarrollando [...] y un debate sobre si se debe prohibir o no el consumo se ha abierto y está en curso. (Velosa, 2009, p. 143)

En ese orden de ideas, más allá del énfasis en las políticas públicas sobre drogas de cada gobierno[6], destacamos que desde el siglo pasado se han venido creando una serie de programas

6 En el mandato de Juan Manuel Santos básicamente seria esta la tendencia en políticas públicas frente a las drogas, mientras que en el Gobierno del actual presiente Iván Duque se ha privilegiado nuevamente la postura de lucha militar contra las drogas, así como la erradicación y fumigación para disminuir las grandes hectáreas cultivadas, que ponen en riesgo las certificaciones de Colombia por el Gobierno Norteamericano y por ende la financiación de acciones militares y psicosociales. En cuanto al consumo de drogas ilícitas, se retorna también a la postura prohibicionista, en contravía de la Corte Constitucional que se apoya nuevamente en el libre desarrollo de la personalidad, siendo un problema no resuelto que aun preocupa a la sociedad colombiana y genera discusión.

de intervención para los sujetos afectados por el fenómeno y que presentan trastornos mentales por dependencia o abuso de sustancias (farmacodependiente, drogadicto, toxicómano), con el ánimo de que estos puedan abandonar estos hábitos de conducta, o al menos reducir el número de sustancias que se consume, así como la frecuencia y la intensidad con que lo hacen, entre otros aspectos (Beck et al., 1999; Pérez, 2001; Souza y Machorro, 2005; Iglesias, 2008; Souza y Machorro, 2009; Becoña & Cortez, 2010; Parra, Padilla, López, Rodríguez, Martínez & Martínez, 2011).

Algunas consideraciones históricas muestran las primeras acciones realizadas en el contexto colombiano para tratar de controlar o reducir el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, así como la relativa ineficacia de los enfoques represivos, de modo que desde finales del siglo XIX:

> la Iglesia, el Estado y la ciencia de la época se ocupan de prohibir el consumo de las sustancias que generaban preocupación [...] Simón Bolívar [...] sancionó un drástico decreto que prohibía para siempre la chicha en la provincia de Sogamoso y disponía severas sanciones para quien no cumpliera [...] Sabemos que estas prohibiciones, como muchas otras que procuraban extinguir este licor de los territorios, no prosperaron. (p. 140)

Sería en 1880 cuando se fortalecería la lucha contra el alcoholismo. En 1911 se crea la Liga Nacional contra el Alcoholismo, siendo Manuel Dávila, Ministro de Instrucción Pública, quien promovió inicialmente "la enseñanza antialcohólica en las escuelas públicas y contrató la redacción de la cartilla antialcohólica, que fue ampliamente difundida por el Ministerio en los años siguientes" (Velosa, 2011, p. 140). Por ello, además de ofrecer programas de rehabilitación para la población de farmacodependientes de todo tipo, la sociedad y la ciencia han venido implementando, desde aquella época, una serie de acciones conocidas como prevención de tipo primaria, secundaria y terciaria (Cepeda, 1989; Moreno, 1999; Belcher, 1998; Uribe, 2011) mediante las cuales se pretende

que los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos en general, no inicien el consumo de estas sustancias, es decir, no ensayen, no prueben, como estrategia para evitar que estas personas más tarde puedan verse afectados por un consumo problemático, habitual, que pueda derivar en los ya mencionados trastornos mentales asociados al consumo de drogas, legales o ilegales, así como a otras psicopatologías, con las cuales se ha encontrado una comorbilidad significativa (patología dual) (Pérez, 2001).

Así mismo, en estos programas se utilizan metodologías psicopedagógicas para brindar conocimientos a los sujetos participantes, con miras a generar una concientización y sensibilización de los mismos, acerca de los riesgos de incurrir en el consumo de drogas y los beneficios de la abstinencia, de modo que, aquellos sujetos que ya iniciaron el consumo, puedan tener mayor grado de conciencia de los riesgos a que se expone al usar y/o abusar de las drogas, para que, en consecuencia, sean más responsable al consumir y así puedan reducirse los daños o afectaciones asociadas al consumo problemático, crónico, a la toxicomanía, lo que se conoce internacionalmente como "política de reducción del daño". Esta aparece en Europa en las últimas tres décadas del siglo pasado y en nuestro país apenas empieza a ser difundida y aplicada a principios del siglo XXI, siendo todavía un enfoque novedoso, sobre todo en los sectores más conservadores y tradicionalistas de la sociedad y la ciencia, que miran con reserva este tipo de enfoques que algunos consideran como permisivos (Cepeda, 1989; Belcher, 1998 & Pérez, 2001).

Ahora bien, mientras que los programas de intervención o tratamiento (forma de prevención terciaria) se realizan generalmente en centros de rehabilitación o comunidades terapéuticas, es decir, mediante un abordaje institucional[7], en los programas de prevención, sobre todo primaria y secundaria, se realizan actividades psicopedagógicas en contextos

7 En contraste con un proceso psicológico individual y particular que también puede realizarse en los consultorios privados de psicólogos y psiquiatras.

educativos (tales como: escuelas, universidades, entre otras), organizacionales, comunitarios, y aun a través de los medios masivos de comunicación (internet, televisión, radio, prensa, entre otros)[8].

Aunque la historia de los tratamientos para las adicciones puede remontarse hasta la antigua Grecia, los expertos en el tema señalan que desde inicios del siglo XX ya se ensayaban diversos tratamientos para las adicciones, en la medicina se usarían técnicas de hipnosis en las que se imparte al adicto una sugestión hipnótica para que erradique el consumo, técnicas que se mostraron ineficaces a largo plazo, pues los efectos de la sugestión son temporales y no permiten una eliminación del síntoma de forma permanente. De igual forma, las incursiones de los psicoanalistas en este campo ofrecerían un enfoque novedoso, que sin embargo no mostraba mayor efectividad, ni rapidez en la eliminación del síntoma. Así mismo, las terapias de conducta, que utilizan el condicionamiento clásico y operante, empezaban a mostrar pertinencia, pero sin gozar de mucha eficacia, pues los programas de refuerzo y castigo se muestran eficaces en algunos casos, mientas que en otros no muestran impactos significativos sobre la sintomatología.

Nuevas técnicas como la desensibilización sistemática, terapias de choque, entre otras, serian aplicadas a las adicciones mostrando un mayor grado de eficacia. Es en la segunda mitad del siglo XX cuando empiezan a aparecer las primeras propuestas que mostraban un nivel significativo de eficacia, conocidas como *comunidades terapéuticas*, creadas por "exadictos", en

8 Como puede verse, desde las ciencias se ofrece un amplio panorama de modelos, estrategias y técnicas para abordar el fenómeno de las drogas, que proceden de diversos campos de la ciencia (naturales y sociales) como la medicina, la psiquiatría, pero también la psicología, el trabajo social, la pedagogía, entre otras disciplinas que aportan diversos puntos de vista sobre el fenómeno, lo que permite que en las instituciones que prestan servicios de rehabilitación se cuente con un equipo interdisciplinario, a través del cual se ofrecen diversas formas de tratamiento, para abordar de forma integral el problema.

el marco de un contexto religioso que rige las dinámicas de estas comunidades, razón por la cual la dimensión espiritual y la relacional son factores considerados como centrales dentro del tratamiento, que originalmente no incluía estrategias científicas. Inicialmente, estas comunidades no tenían una base epistemológica científica, por lo cual, fueron y siguen siendo cuestionadas desde los enfoques más positivistas de la ciencia, pues sus intervenciones no se basan en modelos biologicistas o psicologistas, ni en estrategias y técnicas cuya eficacia y efectividad haya sido comprobada científicamente, mediante investigaciones rigurosas (Comas, 1998; Llorente & Gómez, 1999; De León, 2000; Castrillón, 2008; Toti, 2009; Danza, 2009; Murcia & Orejuela, 2014; Corominas & García, 2014). Por ello, a partir de los años sesenta empezaran a producirse una serie de modelos, estrategias y técnicas de intervención en la ciencia médica, la psiquiatría especialmente, y psicológica, así como desde el psicoanálisis, los cuales son muy variados y poseen distintos niveles de eficacia y validez científica, siendo posible asociar el modelo biológico con el enfoque médico-psiquiátrico y el modelo psicosocial con los enfoques psicológicos (incluido el psicoanálisis), los cuales, a su vez, son múltiples, pues, como se sabe, existen corrientes o escuelas psicológicas cognitivo-conductuales, humanistas, psicodinámicas, entre otras[9] (Parra et al., 2011).

Así, con la aparición de los modelos y estrategias científicas, se creó una tensión entre estas y las comunidades terapéuticas, de modo que, progresivamente los científicos se interesaron por el trabajo realizado en las comunidades, las cuales poco a

9 Estos enfoques presentan diferentes concepciones sobre el ser humano y las relaciones que este establece con las drogas, sobre el origen (génesis, etiología, entre otros términos) de las adicciones o toxicomanías, pero también sobre las formas de intervenir o tratarlas a través de las psicoterapias y terapias de conducta, por lo cual existen multiplicidad de modelos, enfoques, estrategias y técnicas para abordar el fenómeno de las drogas (Johnson, 1999; Pérez, 2001, Calderón et al., 2001; Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2017).

poco fueron abriendo las puertas para que se intercambiarán experiencias de trabajo[10]. Así mismo, como ya se dijo, al interior de la ciencia, los diversos modelos, estrategias y técnicas, no gozan del mismo prestigio, pues algunos se consideran seudocientíficos al no seguir estrictamente el método positivista de las ciencias, que implica una demostración experimental de las teorías, que a su vez sustentan las técnicas de intervención; razón por la cual, en la actualidad tienen más prestigio, y por ende son más usadas, las técnicas y estrategias de corte cognitivo-conductual, luego las humanistas y finalmente las psicodinámicas, que no gozan de un acervo de evidencias científicas amplio, pues este enfoque psicológico no se inscribe en dicha tradición científica positivista (Bolado Moragues, 1999, Gaitán , 2002; Naparstek, 2008; Arias & Correa, 2016). En síntesis, en la actualidad se privilegian las técnicas basadas en la evidencia científica, que son usadas a nivel internacional, siendo necesario contextualizar estas técnicas de acuerdo con la cultura de los sujetos, con su idiosincrasia, razón por la cual no pueden ser aplicadas de la misma forma en diversos contextos, según recomiendan los expertos (Parra et al., 2011)

En cuanto a los enfoques teóricos, el enfoque medico psiquiátrico se caracteriza por el énfasis en los aspectos orgánicos, físicos, de las enfermedades mentales, razón por la cual utilizan la perspectiva anatomo-fisiopatologico, según la cual, el origen, causa, génesis o etiología de estas afecciones psicológicas obedece a alguno de los siguientes factores etiopatogénicos; predisposición heredada, daño o lesión cerebral o del sistema nervioso central, ocasionada accidentalmente (por un trauma físico, golpe), intoxicación,

10 En la actualidad, dentro de las comunidades terapéuticas laboran profesionales de la psicología, el trabajo social y la medicina, junto con los conocidos operadores de comunidad (exadictos rehabilitados), articulando ambos enfoques, lo que implica el reconocimiento del valor de estos conocimientos científicos por parte de las comunidades, aun cuando no ocurre lo mismo en los centros de rehabilitación, de modelo más científico (clínico), pues en ellos no se cuenta con operadores de comunidad, debido a que estos sujetos trabajan desde su experiencia, desde lo empírico de su relación con las drogas y no a partir de una formación académico-científica rigurosa (Parra et al., 2011).

desequilibrio de sustancias químicas (neurotransmisores), entre otros factores que implican una alteración orgánica. Es lógico entonces que la intervención medico psiquiátrica enfatice la farmacoterapia como una estrategia biológica que permite reducir la ansiedad de los toxicómanos ante la abstinencia del consumo de drogas (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde el enfoque conductista, se considera que los trastornos mentales en cuestión serían producto del aprendizaje, de procesos mediante los cuales el individuo aprendió este tipo de conductas disfuncionales o desadaptativas. Esto puedo ocurrir por procesos de condicionamiento clásico o también por procesos de condicionamiento operante, en donde una conducta que es reforzada se incrementa, en este caso, el consumo de drogas se incrementa en razón de los reforzadores que recibe la persona adicta y que dificultan su extinción, la cual se podría producir aparejando castigos y refuerzos a la persona según programas de refuerzo y castigo variable o de intervalo fijo. Además, desde esta perspectiva se considera que el consumo de drogas puede ser producto del aprendizaje vicario, es decir, por observación de otros que consumen drogas y la posterior imitación del comportamiento observado, lo cual explica por qué muchos sujetos consumidores iniciaron el consumó a partir de la curiosidad que se generó al ver a otros consumir drogas o estar bajo sus efectos. Según esta teoría, el modelo al que se desea imitar debe tener prestigio para la persona, siendo importante considerar que en la infancia y la adolescencia se suelen idealizar a pares o iguales en vez de los padres, quienes a menudo consumen drogas y son modelos de imitación de otros jóvenes (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

En lo referente a la psicología cognitiva, se considera que el consumo de drogas se relaciona con fallas en el procesamiento de la información, según un modelo cibernético en el que el ser humano es como un computador que procesa datos, siendo

el cerebro el *hardware* y la mente el *software*, de modo que el origen de estas afecciones mentales se relaciona con fallas en la forma en que la mente procesa la información sobre la realidad, sobre el mundo y el futuro, sobre los demás seres humanos y sobre sí mismo; es decir, la forma en que a través de los esquemas mal-adaptativos tempranos percibimos e interpretamos la realidad, creando ideas irracionales y distorsiones cognitivas que pueden estar asociadas al consumo de drogas, por ejemplo, la minimización que hacen los jóvenes de los daños o perjuicios que puede causar el consumo de drogas. Así mismo, los problemas referidos a los autoesquemas o autoestima pueden ser la base de la conducta autodestructiva de consumo de drogas, pues la persona no se cuida o protege en tanto no se valora, pues su autoestima está lesionada. Desde esta perspectiva se podría producir una reestructuración cognitiva que permita identificar estas ideas irracionales y las emociones que están asociadas a ellas y la conducta de consumo de drogas para modificar estos pensamientos y por ende la conducta (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde la perspectiva humanista, se piensa que el consumo de drogas puede obedecer a la pérdida del sentido de vida al atravesar por situaciones límites o experiencias cumbres. Es común que en la adolescencia se experimenten crisis existenciales en las que las personas no encuentran razones para vivir y desarrollan síntomas depresivos y hasta suicidas, de modo que el consumo de drogas en estos casos es un refugio contra estos estados displacenteros. Igualmente, en algunos sujetos el consumo de drogas se relaciona con una alteración de las tendencias de autorrealización del ser humano, con estados de frustración, al no poder realizar sus sueños o metas, o también por la insatisfacción de necesidades básicas de segundo nivel de filiación o pertenencia. Por ello, algunos jóvenes y adultos consumen drogas como forma de ser parte de un grupo, de satisfacer las necesidades de filiación, de aprobación y aceptación; pero también el consumo de drogas a menudo es una forma de negar una pérdida o de enfrentar una

situación dolorosa, razón por la cual este consumo evidencia otras problemáticas de la persona, razón por la cual este enfoque es denominado como comprensivo, en contraste con los sintomáticos, que buscan la eliminación rápida del síntoma, sin reconocer su función dentro de la vida de la persona. El consumo de drogas también se relaciona con los estados de incongruencia de la persona, que representan una distancia entre su *self* ideal y el real (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde la psicología dinámica y psicoanálisis, el consumo de drogas también puede entenderse como una forma de enfrentar los problemas y tensiones de la realidad frustrante, pero de forma patológica, pues se aprovechan los efectos psicofisiológicos de las drogas y su capacidad insensibilizadora para olvidarse por un momento de tales problemas. Pero además, desde este enfoque el consumo de drogas representa una conducta sintomática que evidencia una forma patológica de reducir la ansiedad asociada a diversos conflictos internos y externos, de modo que el consumo de drogas adquiere diversas significaciones en la historia singular de cada persona, que tiene que ver con elementos autobiográficos singulares que no se repiten en la historia de otros adictos, siendo necesario llegar a una interpretación profunda del síntoma y demás formaciones del inconsciente del analizante, que permitan hacer conciente lo inconsciente y con ello quitar la función expresiva del síntoma, pues al poner en palabras nuevamente el conflicto que está generando los mecanismos defensivos que producen los síntomas, estos últimos desaparecen; proceso que puede ser largo y, por ende, no se suele utilizar en el tratamiento institucional de las adicciones, en donde se usan enfoques más psicodinámicos según los cuales el consumo de drogas se relaciona con una debilidad del yo debida a la escisión del mismo, a la falta de integración en el proceso de desarrollo libidinal, pero también a la inmadurez de ese yo que utiliza mecanismos de defensa arcaicos para enfrentar los conflictos del presente, del aquí y ahora; por lo que en la terapia se busca fortalecer el yo para que este enfrente

la realidad de forma adecuada, de modo que el terapeuta actúa como el yo auxiliar que en la infancia permitía superar el estado de desvalimiento que produce angustia (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde el enfoque sistémico, se considera que el consumo de drogas de un miembro de la familia no es síntoma de un problema individual de la persona adicta, sino síntoma de la disfuncionalidad del sistema familiar del que hace parte la persona en cuestión, de modo que las dinámicas familiares y sus fallas serían las causas del inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Entre estas fallas típicamente se encuentran problemas de comunicación, de expresión de afectos positivos, falta de autoridad, uso del maltrato físico y psicológico como estrategia de crianza y de relación de pareja, entre otros. De modo que se busca la identificación de estos factores que hacen parte de la dinámica para corregirlos, por parte de los propios miembros de la familia, siendo una responsabilidad de todo el sistema familiar el cambio de la persona adicta (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

En cuanto a los modelos, se encuentra el Modelo biomédico. Según este modelo, el más tradicional y hegemónico, el consumo de drogas obedece a factores orgánicos, fisiológicos, especialmente a déficit, alteraciones o daños neurológicos o del sistema nervioso central (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo biopsicosocial, emergente y en auge actualmente, el consumo de drogas obedece a la conjunción de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales actúan de forma complementaria. De modo que en algunos casos, uno de los factores puede tener mayor incidencia que otro, pero siempre se encuentra la influencia de los tres aspectos (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Desde el Modelo sociocultural, los factores sociales son los mayores determinantes del consumo de drogas, entre ellos la tolerancia social o normalización del consumo, las problemáticas

sociales, el déficit educativo y económico, la sugestión de los medios masivos de comunicación y la publicidad, entre otros (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo Dayton, el tratamiento se debe dirigir a la modificación de conducta, específicamente las conductas disfuncionales o desadaptativas como el consumo de drogas, por lo cual se utilizan diversas estrategias para que la persona pueda lograr mantenerse en abstinencia controlando el deseo de consumir nuevamente (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

En el Modelo Jones, el sujeto toxicómano debe comprender el porqué de su consumo de drogas, antes de buscar la abstinencia, por lo que se busca responsabilizar a este sobre su relación con las drogas para que asuma una postura activa, todo ello mediado por el apoyo familiar (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo de aprendizaje, la persona puede aprender una serie de conocimientos y habilidades que le permiten prevenir las recaídas, mediante refuerzos y modelados se pretende una modificación del estilo de vida disfuncional del paciente (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014). Desde la comunidad terapéutica, la convivencia en comunidad permite que los sujetos puedan cuestionarse, reconocer su responsabilidad y darse apoyo en el proceso de cambio, en el cual los aspectos espirituales tienen un lugar central, pues permiten llenar vacíos emocionales de las personas que se relacionan con su problema de consumo de drogas, siendo el operador de comunidad terapéutica quien dirige el proceso desde su propia experiencia empírica con las drogas y en las comunidades terapéuticas de las que ha egresado (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

En los Grupos de Autoayuda se considera que las actividades grupales favorecen la identificación de los sujetos a partir de elementos comunes referidos a la problemática en cuestión, en este caso, el consumo de drogas, de modo que más allá de las diferencias individuales que generan conflicto, la identificación al síntoma común permite ser cuestionado y aceptar las

devoluciones de los demás para asumir responsabilidad frente al consumo, por lo cual, los demás representan un apoyo para seguir luchando contra el deseo de consumo de drogas, siendo posible desahogarse con el otro compañero, pero también recibir consejos y motivación para continuar con el proceso (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo teoterapéutico, los aspectos religiosos o espirituales permiten que los adictos reciban apoyo moral desde la fe, desde las creencias religiosas que permiten fortalecer la voluntad de los adictos para dejar el consumo de drogas y encontrar en dios y la religión una forma de vivir sin drogas (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Aspectos legales mínimos de la rehabilitación en Colombia

En nuestro país, el Ministerio de Salud exige que los modelos y estrategias usados tengan validez científica, de manera que estas prácticas basadas en la evidencia satisfagan las exigencias legales y, por ende, tengan gran reconocimiento, no solo en el ámbito científico, por ejemplo la validación de la *American Psichological Asociation,* APA (Aguilera & Marta, 2003; Hernández, 2010; Pacheco, Ayme & Martínez, 2013), sino también legal. Sin embargo, el Ministerio de Salud también reconoce como válidas las prácticas que se realizan en las comunidades terapéuticas, en las que se privilegian aspectos místico-religiosos, pues aunque estas no estén basadas en la evidencia científica, sí han mostrado eficacia terapéutica, incluso en sus inicios una eficacia mayor a la que mostraban las técnicas científicas, tal como vimos.

Más aun, el Ministerio de Salud exige que en los centros de rehabilitación de modelo más científico, más clínico, sea tenida en cuenta la dimensión espiritual, pues como ya se dijo, esta hace parte del ser humano y los tratamientos deben ser *integrales*, aunque se privilegien las dimensiones biológicas o psicológicas del hombre, según un claro cientificismo (Parra et al., 2011). En ese orden de ideas, el Ministerio de la Protección Social, Resolución Numero 4750 de 2005 (Diciembre 20), define “las condiciones

de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones", con el objetivo de controlar la calidad del servicio de salud ofrecido "en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma" (p. 1).

De modo que, en Colombia, se han creado algunas definiciones para hacer el seguimiento y control de los mismos. Veamos algunas de las más importantes para los fines del presente estudio. Según esta resolución, en nuestro país los Centros de Atención en Drogadicción (CAD[11]) son "toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas" (p. 2), aclarando que esto debe hacerse "mediante la aplicación de un determinado *modelo o enfoque de atención*, basado en evidencia" (p. 2), tal como hemos visto en el apartado anterior. En cuanto al concepto de Modelo o enfoque de atención, este hace referencia a: "el conjunto de orientaciones terapéuticas en las que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios" (p. 2), algunos de los modelos considerados como válidos serian: "Comunidad terapéutica (tradicional/renovada), 12 pasos, espiritual-religioso, médico-clínico-psiquiátrico, psicológico-interdisciplinario, pedagógico-reeducativo y terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia" (p. 2). Además, debe aclararse que por *Servicio de farmacodependencia* se entiende: "el servicio clínico en la modalidad hospitalaria, dedicado al tratamiento de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, que por su condición aguda requieren el servicio de atención médica ofrecido por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud"

11 Esta denominación sigue siendo utilizada actualmente, aun cuando la Resolución 4750 de 2015 haya sido derogada por la Resolución 089 de 2019 y la Resolución 3100 del mismo año.

(p. 2). En cuanto al concepto de *Tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas,* se informa que este se refiere al:

> conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabituación al consumo de sustancias psicoactivas o su mantenimiento, con el fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de sustancias psicoactivas y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social. (p. 2)

Así mismo, en esta resolución se clasifican los CDA, de suerte que estos "pueden ser ambulatorios o residenciales y contarán con condiciones específicas para su habilitación" (p. 2), los primeros serian aquellos que: "desarrollan su Modelo o Enfoque de Atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno" (p. 2), mientras que los segundos serian aquellos que: "brindan como parte de su Modelo o Enfoque de Atención alojamiento nocturno a sus usuarios" (p. 3)[12]. Ahora, en el Artículo 4º, donde se habla del mejoramiento de la calidad de estos servicios, se dice que los CDA: "deberán ajustarse a lo dispuesto en los artículos 36 a 39, 42 y 45 del Decreto 2309 de 2002, en lo relacionado con el cumplimento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad" (p. 3), razón por la cual, es necesario revisar estos programas con miras a lograr una mayor eficacia de los mismos, lo que explica por qué en el Artículo 5°, se sostiene que estos CDA, deben: "demostrar voluntariamente el cumplimiento de niveles superiores de calidad y someterse a un proceso de Acreditación, con estándares definidos por el Ministerio de la Protección Social para este tipo de instituciones" (p. 3), es decir, deben autoevaluarse para cumplir las condiciones establecidas, las

12 Siendo importante considerar que: "Un mismo Centro de Atención en Drogadicción podrá ofrecer programas de tratamiento y rehabilitación bajo la modalidad residencial y Ambulatoria y, en tal sentido, será considerado como mixto, para los efectos de su registro y habilitación" (p. 3).

cuales se describen en el Anexo 1 de esta Resolución, de modo que pueda hacerse una "verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia" (p. 6). Esta resolución fue derogada luego por la Resolución Número 1043 de 2006 (3 de abril de 2006) y posteriormente con la Resolución 089 de 2019 y la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, en que se establecen las disposiciones legales actualmente vigentes en nuestro país.

Conclusiones y recomendaciones

Esta información, además de ser importante para estos procesos legales, también permite examinar las practicas usadas en estas Instituciones, pero con fines investigativos, como es el caso del estudio que actualmente lleva a cabo la Gobernación de Antioquia, dentro de las múltiples acciones diseñadas para enfrentar la situación de aumento en el consumo de drogas en la población de niños y jóvenes, pues a partir de la creación de la Escuela Contra las Drogas, busca, entre otros propósitos, generar investigaciones científicas que permitan identificar las instituciones que prestan estos servicios en nuestra región, así como los modelos y estrategias que estos utilizan para abordar el fenómeno pues, de esa manera, en un segundo momento se podrá evaluar la validez de estas prácticas, así como el impacto (eficacia) que estos han tenido, con miras a retroalimentar las instituciones y aportar conocimientos científicos para ayudar a repensar y rediseñar estos modelos y estrategias y así ofrecer cada día mejores servicios que impacten el fenómeno de forma más significativa y permitan brindar a la ciudadanía una mejor calidad de vida.

Referencias

Aguilera, R., & Marta, R. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Salud mental, 26(6), 76–83.

Arias, F., & Correa, J. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *AGO.USB, 16*(1), 231–254.

Becoña, E. B. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas Basadas en Evidencia Científica.* Socidrogalcohol.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias.* Paidós.

Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Socidrogalcohol.

Belcher, H. (1998). Abuso de sustancias en niños: predicción, protección y prevención. *Arch Pediatr Adolesc Med, 152*(10), 952–60.

Bolado Moragues, T. (1999). Caso Clínico: Toxicomanía un abordaje psicoanalítico. *Psiquiatría Pública, 11*(3), 104–107. https://www.yumpu.com/es/document/view/5520273/caso-clinico-toxicomania-un-abordaje-psicoanalitico

Castrillón, M. (2008). Entre "Teoterapias" y "Laicoterapias". Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos sujetos sociales. *Psicología & Sociedad, 20*(1), 80–90.

Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico, 15*(1), 7–17. https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT

Castaño, D. (2019). *Vías de acceso a la psicología de toxicómano y la vulgarización de su concepto* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

Calderón, G., Ramírez, L. E., Jiménez, L. E., & Cardona, P. M. (2001). *Farmacodependencia: conceptos y enfoques.* FUNLAM.

Cepeda, J. (1989). *Prevengamos la farmacodependencia: programas educativos: preescolares, escolares, adolescentes, adultos.* Uninorte.

Corominas, D., & García, I. (2014) Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción – Talcahuano. *Revista perspectivas,* (25), 143–166. http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/Perspectivas/article/view/422/372

Comas, D. (1998). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas.* Ministerio de Sanidad y Consumo.

Danza, C. (2009). ¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa. *Rev. Psiquiatr Urug, 73*(1), 99–108.

De León, G. (2000). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método.* Desclée de Brouwer.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General - ENCSPA- 2019*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/presentacion-encspa-2019.pdf

Galván-Reyes, J., Ortiz Castro, A., & González Uribe, L. (1997). El sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia. *Salud Pública de México, 39*(1), 61–68. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639110

Gaitán, J. (2002). Consumo de SPA, reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia. *Suma Psicológica, 9*(2), 215–235.

Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39,* 153–170.

Johnson, B. (1999). Tres puntos de vista sobre la adicción. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 47*(3), 791–815. http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000128

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana - Williams & Wilkins.

Moreno, K. (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas.* Centros de Integración Juvenil.

Ministerio de Salud & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia.* UNODC. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf

Murcia, M., & Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología, 7*(2), 153–172.

Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo.* Grama Ediciones.

Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. (2016). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar COLOMBIA – 2016.* Observatorio de Drogas de Colombia. http://www.odc.gov.co/

Ortiz, M. (2020, 4 de agosto). Las sustancias psicoactivas más consumidas por los colombianos. *EL TIEMPO.* https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/resultados-encuesta-nacional-2019-de-consumo-de-drogas-y-alcohol-526030

Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A., & Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *Revista de Psicología, 5*(1), 435–442.

Pacheco, T., Ayme, M., & Martínez, K. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología, 19*(1), 199–217. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228948011

Pérez, G. C. (2001). *Nuevas estrategias de atención en drogodependencias.* Publicaciones Editadas.

Resolución 4750 de 2005 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se definen las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 2005. D.O. No. 46.131.

Resolución 1043 de 2006 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. 17 de mayo de 2006. D.O. No. 46.271.

Resolución 3100 de 2019 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 26 de noviembre de 2019. D.O. No. 51.149.

Souza y Machorro, M. (2005). Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia, 6*(1), 52–66.

Souza y Machorro, M. (2009). Fundamentos del tratamiento profesional de las adicciones. *Mexicana de Neurociencia, 10*(3), 202–211.

Toti, M. (2009). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga.* Fundación Hogares Claret.

Llorente, J., & Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones, 11*(4), 329–336.

Uribe, N. (2011). El conocimiento científico sobre las drogas y su importancia en los programas de prevención e intervención. *Análisis, 8,* 149–157. http://www.fiuc.org/bdf_document-58_fr.html

Uribe, N., & Castaño, G. (2014). Barras de fútbol, consumo de drogas y violencia. *Psicología desde el caribe, 31*(2), 243–279.

Velosa, J. (2011). Las drogas en Colombia. Anotaciones sobre historia y políticas públicas. *Análisis, 8,* 137–48.

CONSUMO

Programas para la prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas en los adolescentes: una revisión narrativa

Mg. Daniela Sánchez Acosta
Docente investigadora
Universidad CES
dsancheza@ces.edu.co

MD. Phd. Guillermo Alonso
Castaño Pérez
Docente investigador
Universidad CES
gacastano@ces.edu.co

Resumen

El consumo de drogas legales e ilegales en la población adolescente es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, por lo que los programas centrados en la prevención constituyen una apuesta para la reducción de comportamientos de riesgo. La presente investigación teórica descriptiva de tipo documental tuvo como objetivo explorar los programas de prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas en la población adolescente en el mundo. Los resultados indican la importancia de implementar acciones dirigidas a la disminución de factores de riesgo y el aumento de los factores de protección, por lo que el vinculamiento familiar y escolar es un elemento clave para la efectividad de estos programas. Se concluye la necesidad de fomentar estrategias preventivas contextualizadas, acordes con la etapa evolutiva y centradas en los contextos de interacción del adolescente.

Palabras clave: adolescentes, abuso de drogas, educación sanitaria, política sanitaria.

Introducción y desarrollo

El consumo de drogas legales e ilegales en la población adolescente es considerado un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la transición entre la adolescencia temprana, comprendida entre los 12 y los 14 años, a la tardía entre los 15 y 17 años, el período de mayor riesgo para el inicio del consumo de drogas, aspecto que lleva a considerar la adolescencia como etapa de vulnerabilidad para el consumo problemático de sustancias (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018).

El consumo perjudicial en este período de la vida, conlleva a múltiples consecuencias a nivel personal, familiar, académico y social. Entre estas, se encuentra la exposición a lesiones o accidentes que pueden causar muerte y discapacidad, deserción escolar, relaciones interpersonales disfuncionales, violencia intrafamiliar y conductas de riesgo o delictivas, por citar algunas

(Tena-Suck et al., 2018). Adicionalmente, es una problemática que genera altos costos en los servicios de salud debido a la atención médica y los tratamientos especializados requeridos para su abordaje e intervención.

Desde esta perspectiva, los programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas suelen ir orientados a la población adolescente y, de manera específica, a los escolares, debido no solo a las altas prevalencias de consumo sino las consecuencias para la salud física y mental de esta etapa del desarrollo. Desde esta perspectiva, la prevención incluye no solo la difusión de información sobre las consecuencias del uso y abuso de sustancias psicoactivas, sino la promoción de habilidades que permitan al adolescente afrontar las situaciones de riesgo. La planificación e implementación de programas de educación y prevención de drogas basados en evidencia podrían ayudar a reducir la carga de morbilidad en la vida posterior relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Vigna-Taglianti et al., 2019).

Es este escenario el que enmarca el presente trabajo, el cual constituye un proceso de investigación teórico descriptivo de tipo documental que implicó el rastreo, organización, sistematización y análisis de un conjunto de documentos sobre los programas de prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas en la población adolescente en el mundo. Para ello, se empleó la búsqueda de artículos mediante los descriptores: "*prevention programs*" AND "*adolescents*" AND "*substance use*" en bases de datos como EBSCO, PubMed, Dialnet y Lilacs, publicados en inglés o español en los últimos 5 años (2016-2020) y que se encontraran en texto completo. En el proceso de búsqueda inicial fueron encontrados 42 artículos. La selección de los artículos se hizo según criterio personal, de acuerdo con el objetivo de la revisión, para un total de 8 artículos. Los artículos seleccionados fueron sistematizados y analizados según las características descritas en cada programa, arrojando aprendizajes para ser considerados en el diseño e implementación de programas de prevención (ver Tabla 1).

Tabla 1. Artículos seleccionados sobre programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

Referencia	País	N°	Sustancias intervenidas	Nombre del programa	Aprendizajes
Sánchez et al. (2016)	Brasil	2185	Alcohol Marihuana	*Unplugged*	Los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas deben incluirse en el currículo escolar, integrando a la comunidad educativa y ejecutándose en la adolescencia por ser el inicio de la curva epidémica del consumo de alcohol y tabaco.
Estrada et al. (2017)	Estados Unidos	746	Alcohol Drogas ilícitas	*Familias Unidas*	Se ha encontrado eficacia en las intervenciones centradas en los padres para la prevención de comportamientos de riego relacionados con el consumo de sustancias en jóvenes, además de incidir en otros aspectos como el estrés familiar, la aculturación y la crianza efectiva.
Galai et al. (2018)	Tailandia	28	Metanfetaminas	*Connect to Protect, C2P*	Los programas deben basarse en comunicar mensajes y dirigir intervenciones de prevención y salud más que en una vigilancia estricta. Aunque el estudio no demostró una efectividad en la población a nivel individual, condujo un cambio en el enfoque del problema de las drogas, ya que hubo una transformación de un marco de aplicación de la ley a un enfoque de salud pública.

Referencia	País	N°	Sustancias intervenidas	Nombre del programa	Aprendizajes
Allara et al. (2019)	Italia	5061	Tabaco Alcohol	*Paesaggi di Prevenzione*	Los programas de prevención basados en enfoques teóricos pueden llegar a ser ineficaces, siendo importante implementar programas de prevención novedosos y centrados en una sola conducta de riesgo.
Tael-Öeren et al. (2019)	Estonia	985	Alcohol	*Effekt*	La prevención debe ser universal en su contenido y centrarse más en reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección. En los programas no se debe considerar solo el rol de la familia, sino características personales, factores ambientales, sociales y culturales que pueden influir en el desarrollo de la conducta de consumo de alcohol.
Schwinn et al. (2019)	Estados Unidos	788	Tabaco Alcohol MarihuanaOtras drogas (de club, cocaína, éxtasis, alucinógenos, heroína, inhalantes, metanfetaminas, esteroides y medicamentos recetados)	*RealTeen*	La implementación de los programas en edades tempranas permite reducir el uso posterior de drogas y mejorar los factores de riesgo asociados. Programas basados en la web parecen ser eficaces para los adolescentes, ya que cuentan con accesibilidad permanente en línea, ausencia de facilitadores, flexibilidad para interactuar con el contenido de la intervención en un horario de elección personal y se puede difundir fácilmente con alta fidelidad.

Referencia	País	N°	Sustancias intervenidas	Nombre del programa	Aprendizajes
Valente et al. (2019)	Brasil	26	Drogas ilícitas	*Ligue 132*	La intervención mediante programas de telesalud es eficaz para modificar las prácticas de los padres relacionadas con la prevención del consumo de drogas. Incluir la modificación de los estilos parentales ayuda a los jóvenes a evitar involucrarse con las drogas, por ejemplo, la reducción de un estilo parental negligente.
Conegundes et al. (2020)	Brasil	3298	Alcohol	*#Tamojunto*	Se encuentra la necesidad de implementar acciones que consideren el papel de los factores sociales en la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes, por ejemplo, la intervención temprana de comportamientos agresivos en la escuela y el asesoramiento sobre el consumo de alcohol por parte de los padres.

El análisis crítico de los programas encontrados permitió organizarlos en tres apartados: aquellos que mostraron efectividad al ser evaluados, los que no aportaron evidencia para prevenir el consumo de drogas y algunos elementos claves a considerar en la estructuración de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas eficaces

En este apartado se exponen aquellos aspectos encontrados en los estudios sobre programas de prevención que han sido

reportados como eficaces o con resultados estadísticamente significativos, generando como conclusión la necesidad de incluir sus variables intervenidas para los futuros programas de prevención. Frente a ello, un estudio realizado con 2.185 estudiantes en 16 escuelas públicas de 3 ciudades brasileñas buscó evaluar el impacto del programa *Unplugged* en la prevención del consumo de drogas. Este programa dirigido a adolescentes entre 11 y 14 años tiene como objetivo retrasar el inicio e interrumpir la progresión del consumo de sustancias. Su estructura incluye como temas a trabajar: habilidades sociales, habilidades personales, conocimientos y creencias normativas. Los autores concluyeron que el programa inhibió el aumento esperado en el consumo de drogas en los estudiantes entre 13 y 15 años; ya que, si bien se observaron niveles de consumo de drogas similares en los grupos de casos y controles al inicio del programa, los estudiantes del grupo control tendieron a aumentar su consumo reciente de marihuana y la práctica del consumo excesivo de alcohol. Se concluye así que, en esta muestra, el programa pareció estimular un cambio en el estado del consumo de marihuana, ya que una mayor proporción de estudiantes en el grupo de intervención informó una transición del uso reciente de marihuana a la no utilización de esta sustancia (Sánchez et al., 2016).

En ese mismo país, otro estudio realizado, pero esta vez centrado en los padres de adolescentes entre los 10 y 18 años, tuvo como objetivo evaluar el programa de prevención del consumo de drogas denominado *Ligue 132.* Este programa, con una metodología de telesalud, fue lanzado y difundido a través de internet, televisión, periódicos y mediante cartas enviadas a las escuelas. Los padres interesados fueron asignados aleatoriamente para recibir una intervención breve motivacional o una psicoeducación. Los resultados indican que la intervención breve motivacional, en comparación con la psicoeducación, ayuda a reducir las prácticas de riesgo de los padres y aumenta las prácticas de protección involucradas en la prevención del

consumo de drogas. Los padres del grupo de la intervención breve motivacional mejoraron su estilo parental negligente respecto a la línea base, aspecto que no sucedió con el grupo de psicoeducación (Valente et al., 2019).

Por su parte, un estudio realizado en Estados Unidos con el fin de evaluar el uso de una intervención específica de género basada en la web para reducir el uso de drogas y los factores de riesgo por parte de las niñas, encontró un resultado eficaz en el uso de la estrategia con 788 niñas entre los 13 y 14 años residentes en 48 estados. El programa basado en la web *RealTeen*, trabajó temas relacionados con el establecimiento de objetivos, la toma de decisiones, la pubertad, la imagen corporal, el manejo del estrés, el conocimiento de las drogas y las habilidades para rechazarlas. Los hallazgos indicaron que las niñas expuestas a la intervención informaron que consumieron menos cigarrillos, cigarrillos electrónicos, marihuana y otras drogas (inhalantes, metanfetaminas, medicamentos recetados) durante el mes anterior. Estos datos sugieren que este programa fue efectivo además para reducir influencia social en las niñas por parte de sus pares consumidores de drogas, disminuir su ansiedad y estrés percibidos, y mejorar su autoestima, alfabetización mediática, autoeficacia, imagen corporal, habilidades de afrontamiento y capacidad para rechazar ofertas de consumo de drogas (Schwinn et al., 2019).

A su vez, un estudio realizado por Estrada et al. (2017) en este mismo país, con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención basada en la evidencia y centrada en los padres para prevenir el consumo de sustancias (alcohol, drogas ilícitas) y las relaciones sexuales sin condón entre los adolescentes hispanos denominada *Familias Unidas*, encontraron efectividad no solo para prevenir comportamientos de riesgo sino para impactar positivamente en el funcionamiento familiar y el control de los pares por parte de los padres.

Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas limitados

Algunos artículos encontraron resultados que dieron cuenta de la necesidad de realizar ajustes y revisar los enfoques para repensar la estructuración de los programas de prevención. Estos elementos estuvieron relacionados no solo con los temas abordados, sino con la metodología empleada y el conocimiento del grupo poblacional al cual va dirigida la intervención.

En este sentido, un ensayo aleatorizado controlado realizado con estudiantes de séptimo y octavo grado en 72 escuelas públicas de Brasil durante un período de 21 meses, tuvo el objetivo de evaluar el programa de prevención de drogas *#Tamojunto*, el cual busca desarrollar habilidades específicas para que los adolescentes aprendan a manejar las influencias sociales modificando creencias normativas y proporcionando conocimientos sobre las drogas y sus consecuencias para la salud. Este estudio demostró un efecto iatrogénico para el primer consumo de alcohol, aspecto especificado por los autores indicando que el primer consumo de alcohol se relaciona con algunos factores ambientales que estuvieron por fuera del alcance del programa, como fueron los factores parentales y otros relacionados con sus pares (Conegundes et al., 2020). En la evaluación de este programa los autores enfatizan la necesidad de incluir aspectos familiares y de influencia del grupo social que rodea al adolescente con el fin de contrarrestar el inicio del consumo.

Por su parte, un estudio realizado en Italia con 3.410 estudiantes entre sexto y octavo, y 1.651 estudiantes entre noveno y doce grado, con un promedio de edad de 12 y 14 años respectivamente, buscó evaluar el programa de prevención conductual universal de múltiples componentes *Paesaggi di Prevenzione,* el cual tiene como objetivo desarrollar habilidades para la vida en estudiantes adolescentes y reducir la iniciación al tabaquismo y el abuso de alcohol, los riesgos dietéticos y la inactividad física. Como resultados se encontró que el programa no tuvo

efectos sobre el tabaquismo, el abuso de alcohol ni la actividad física, llevando a los autores a repensar que los programas de prevención basados en enfoques teóricos pueden llegar a ser ineficaces, siendo importante implementar programas de prevención novedosos y centrados en una sola conducta de riesgo (Allara et al., 2019). El hecho de incluir no solo el consumo de sustancias sino la realización de actividad física y educación nutricional puede abarcar múltiples temas dejando de lado el énfasis primario de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, en Estonia, Tael-Öeren et al. (2019) realizaron un estudio con 985 adolescentes de quinto grado y 790 padres en sesenta y seis escuelas, con el fin de evaluar la eficacia del programa universal de prevención del alcoholismo *Effekt* orientado a los padres, conocido anteriormente como el Programa de Prevención de Örebro que se desarrolló en Suecia a finales de la década de los noventa. Este estudio encontró que si bien el programa tuvo un efecto positivo en las actitudes de los padres, no logró retrasar ni reducir el consumo de alcohol de los adolescentes. Si bien se esperaba que el programa ayudara a retrasar y reducir este consumo manteniendo actitudes restrictivas de los padres a lo largo del tiempo, la intervención, si bien aumentó las actitudes restrictivas de los padres hacia el consumo de alcohol de los adolescentes, estas no influyeron en el comportamiento de los adolescentes.

En Tailandia, un estudio con el objetivo de examinar cómo una intervención de movilización comunitaria denominada *Connect to Protect - C2P* podría reducir la frecuencia del uso de metanfetaminas, retrasar la edad del primer uso y reducir los riesgos sexuales asociados con incidencia de VIH, encontró que si bien el programa fue bien recibido por parte de la comunidad, la demora en el desarrollo e implementación de los programas de prevención específicos en los distritos de intervención, resultó en tiempo insuficiente para que estas iniciativas tuvieran un efecto entre los individuos de las comunidades. El programa

implementado incluyó estrategias de fortalecimiento familiar, programas escolares y la apertura de un centro comunitario de tratamiento de drogas (Galai et al., 2018).

Otros elementos para considerar en la estructuración de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes

En la literatura sobre el tema, priman los estudios orientados no solo a los programas de prevención específicos, sino a brindar lineamientos para el diseño y la implementación de estos. Por ejemplo, Schuler et al. (2019), informan que los esfuerzos para la prevención del uso de sustancias deben contrarrestar las presiones normativas de los compañeros desde antes de comenzar la escuela secundaria. Estos autores indican a su vez que dichos esfuerzos deben abordar el papel de los entornos familiares y de sus pares, ya que ambos son relevantes durante la escuela media y la secundaria.

Otro elemento importante encontrado en la literatura es el desapego emocional de los padres y la presión de los compañeros, como elementos que aumentan la probabilidad de consumo de sustancias ilícitas durante los años de la escuela secundaria. Los programas de prevención podrían beneficiarse al centrarse en retrasar el inicio del primer uso de sustancias y prevenir el desapego emocional de los padres y la presión de los compañeros (Gallegos et al., 2020). Este aspecto reiterativo en los textos explorados, demuestran cómo el ámbito familiar y escolar constituyen escenarios prioritarios para el desarrollo de acciones preventivas. En suma, Trujillo et al. (2019) indican respecto al objetivo de retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias, que la comunidad y los factores sociales son los elementos más asociados a la iniciación temprana, por lo que las políticas de salud y el diseño de intervenciones de prevención deben orientarse a considerar estos aspectos.

En este sentido, un metanálisis realizado sobre los programas basados en la familia para la prevención del consumo de sustancias

psicoactivas en adolescentes, demostró que además de la efectividad de este tipo de programas para prevenir el uso de sustancias en los adolescentes, se deben incorporar programas familiares al currículo escolar con el fin de consolidar aún mejor los resultados del programa. Los resultados indicaron además que los componentes centrados en los jóvenes para relaciones familiares positivas y orientación futura representan situaciones en las que se les pide a los jóvenes que dediquen tiempo a la reflexión, fortaleciendo la empatía y el aprecio de los jóvenes por sus padres, además de ayudarles a comprender las maneras en las cuales su comportamiento actual puede movilizarlos hacia o alejarlos de sus metas (Van-Ryzin et al., 2016).

Otro estudio cualitativo realizado con el fin de identificar los factores protectores en niñas adolescentes entre 11 y 17 años que residían en un vecindario urbano de escasos recursos en el noreste de los Estados Unidos, encontró que si bien las jóvenes reconocen el contexto ambiental que las rodea, el cual normaliza el uso de drogas, consideraron que la comunicación con los padres sobre el uso de drogas y el modelo parental empleado por ellos son los factores que más destacan en contra el uso de sustancias en su comunidad (Opara et al., 2019).

Finalmente, una revisión sistemática y metanálisis sobre los programas de prevención concluyó la importancia de incluir una perspectiva de desarrollo al diseñar y ofrecer programas de prevención en la escuela. Esto debido a que las diversas etapas del desarrollo ofrecen diferentes posibilidades y oportunidades para la reducción y prevención del consumo de sustancias. Los autores añaden además que apuntar a las normas sociales podría ser beneficioso para los adolescentes, aumentando las oportunidades para la prevención del uso de sustancias (Onrust et al., 2016).

Conclusiones y recomendaciones

Dentro de los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, la literatura sobre el tema ha destacado la influencia social en la adolescencia temprana, indicando que los programas

de prevención deben utilizar estrategias como habilidades de rechazo y mecanismos alternativos de afrontamiento (Salvy et al., 2014). Adicionalmente, la edad avanzada, la perpetración de comportamientos violentos al inicio del estudio y la ausencia del padre viviendo con el adolescente han sido predictores tanto del inicio del consumo de alcohol como del inicio de su consumo excesivo (Conegundes et al., 2020). Otra recomendación se dirige a implementar mensajes positivos que favorezcan la adquisición de hábitos adecuados y estilos de vida saludables, específicamente en la población joven, ya que se ha sustentado que la información transmitida suele ser más eficaz que el uso de modelos instaurados por el miedo, al menos en lo que a comportamientos de salud concierne (García et al., 2014).

La participación de programas de prevención en la escuela es otro aspecto a ser considerado para la disminución del consumo problemático de sustancias, ya que los mensajes sobre la prevención del alcohol en la escuela parecen tener una asociación significativa con la disminución de las tasas de trastornos por consumo de alcohol en adolescentes (Welsh et al., 2019). Este elemento debe complementarse con la intervención familiar, ya que las estrategias centradas en padres no solo cuentan con resultados positivos en la prevención del consumo, sino que tienen un impacto indirecto en la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección (Valente et al., 2019).

En síntesis, la interacción entre educación y salud parece influir en los adolescentes para que se conviertan en cuestionadores de los riesgos a los que están expuestos y busquen juntos opciones acertadas para mejorar su calidad de vida, enfatizando la importancia de la participación familiar en el proceso de construcción y apoyo de su contexto de desarrollo.

Referencias

Allara, E., Angelini, P., Gorini, G., Bosi, S., Carreras, G., Gozzi, C., Martini, A., Tamelli, M., Punreddy, R. R., & Faggiano, F. (2019). Effects of a prevention program on multiple health-compromising behaviours in adolescence: A cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 124,* 1–10. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.04.001

Brandt, L., Schultes, M.-T., Yanagida, T., Maier, G., Kollmayer, M., & Spiel, C. (2019). Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public Health, 174*, 74–82. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.033

Conegundes, L., Valente, J. Y., Cogo-Moreira, H., Martins, C. B., Andreoni, S., & Sanchez, Z. M. (2020). Transition from nonuse to use of alcohol or binge drinking among adolescents: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors, 102*, artículo 106159. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106159

Estrada, Y., Lee, T. K., Huang, S., Tapia, M. I., Velázquez, M.-R., Martinez, M. J., Pantin, H., Ocasio, M. A., Vidot, D. C., Molleda, L., Villamar, J., Stepanenko, B. A., Brown, C. H., & Prado, G. (2017). Parent-centered prevention of risky behaviors among hispanic youths in Florida. *American Journal of Public Health, 107*(4), 607–613. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303653

Galai, N., Sirirojn, B., Aramrattana, A., Srichan, K., Thomson, N., Golozar, A., Flores, J. M., Willard, N., Ellen, J. M., Sherman, S. G., & Celentano, D. D. (2018). A cluster randomized trial of community mobilization to reduce methamphetamine use and hiv risk among youth in Thailand: Design, implementation and results. *Social Science & Medicine, 211,* 216–223. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.013

Gallegos, M. I., Zaring-Hinkle, B., Wang, N., & Bray, J. H. (2020). Detachment, peer pressure, and age of first substance use as gateways to later substance use. *Drug and Alcohol Dependence, 218,* artículo 108352. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108352

García, J., López-Sánchez, C., García del Castillo-López, A., & Dias, P.C. (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Salud y drogas, 12*(1), 5–14.

Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review, 44*, 45–59. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002

Opara, I., Lardier, D. T., Reid, R. J., & Garcia-Reid, P. (2019). «It all starts with the parents»: A qualitative study on protective factors for drug-use prevention among black and hispanic girls. *Affilia, 34*(2), 199–218. https://doi.org/10.1177/0886109918822543

Pereira, A. P. D., Paes, Â. T., & Sanchez, Z. M. (2016). Factors associated with the implementation of programs for drug abuse prevention in schools. *Revista de Saúde Pública, 50*(44), 1–10. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005819

Salvy, S.-J., Pedersen, E. R., Miles, J. N. V., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2014). Proximal and distal social influence on alcohol consumption and marijuana use among middle school adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 144*, 93–101. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.012

Sánchez, Z. M., Sanudo, A., Andreoni, S., Schneider, D., Pereira, A. P. D., & Faggiano, F. (2016). Efficacy evaluation of the school program unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC Public Health, 16*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3877-0

Schuler, M. S., Tucker, J. S., Pedersen, E. R., & D'Amico, E. J. (2019). Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school. *Addictive Behaviors, 88*, 99–105. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.025

Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Keller, B., & Hopkins, J. (2019). Two- and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. *Addictive Behaviors, 93*, 86–92. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.010

Tael-Öeren, M., Naughton, F., & Sutton, S. (2019). A parent-oriented alcohol prevention program "effekt" had no impact on adolescents' alcohol use: Findings from a cluster-randomized controlled trial in Estonia. *Drug and Alcohol Dependence, 194*, 279–287. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.024

Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., De la Fuente-Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: Consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México, 34*(2), 264–277.

Trujillo, C. A., Obando, D., & Trujillo, A. (2019). An examination of the association between early initiation of substance use and interrelated multilevel risk and protective factors among adolescents. *PloS One, 14*(12), artículo e0225384. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225384

United Nations Office on Drugs and Crime (2018). *World Drug Report 2018*. UNODC. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf

Valente, J. Y., Moreira, T. C., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2019). Randomized clinical trial to change parental practices for drug use in a telehealth prevention program: A pilot study. *Jornal de Pediatria, 95*(3), 334–341. https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.02.004

Van-Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y., & Chen, I. C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review, 45,* 72–80. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.007

Vigna-Taglianti, F., Alesina, M., Damjanović, L., Mehanović, E., Akanidomo, I., Pwajok, J., Prichard, G., Kreeft, P., Virk, H. K., &

the Unplugged Nigeria Coordination Group. (2019). Knowledge, attitudes and behaviours on tobacco, alcohol and other drugs among Nigerian secondary school students: Differences by geopolitical zones. *Drug and Alcohol Review, 38*(6), 712–724. https://doi.org/10.1111/dar.12974

Welsh, J. W., Hou, S. S.-Y., Shentu, Y., & Lê Cook, B. (2019). Assessing the association between the strength of state policies on school drug prevention and substance use disorders. *Substance Use & Misuse, 54*(5), 811–817. https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1544644

CONSUMO

Instituciones de salud con servicios de atención o intervención. Consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Antioquia[1]

Ana María Quiceno Vásquez
Profesional Universitaria GESIS
Escuela Contra la Drogadicción
Gesis.fnsp@gmail.com

Jeniffer Gutiérrez Cardona
Psicóloga, especialista en psicogerontología
FUNDACOL
direccion@fundacol.com

Francisco Javier Arias
Mg en Psicología
Universidad de San Buenaventura
Francisco.arias@usbmed.edu.co

Nicolás Ignacio Uribe Aramburo
Mg. en investigación psicoanalítica
Universidad de San Buenaventura
nicolas.uribe@usbmed.edu.co

Carlos Arturo Robledo Marín
Doctor en Humanidades
Director Ejecutivo FUNDACOL
direccionejecutiva@fundacol.com

Victor Hugo Cano Bedoya
Mg. en Psicología
Psicólogo de Bienestar institucional

Universidad San Buenaventura
victor.cano@usbmed.edu.co

1 Capítulo de libro como producto de investigación del Proyecto: "Modelos de intervención en salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el departamento de Antioquia, fase I", realizado entre agosto-diciembre de 2020, por la Escuela Contra las Drogadicción de la Gobernación de Antioquia, La Fundación Opción por Colombia (FUNDACOL) y la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura sede Medellín (USB). Ríonegro, Colombia, 2021.

Resumen

El objetivo del presente capítulo es presentar la caracterización de los modelos de intervención de las instituciones prestadoras de servicios en salud al consumidor de sustancias psicoactivas y conductas adictivas, habilitadas y ubicadas dentro del departamento de Antioquia. La metodología empleada en la presente investigación partió de una técnica de revisión en fuentes secundarias y alcance exploratorio-descriptivo para el rastreo de las instituciones de salud y los modelos de intervención que emplean. Se establecieron como criterios de inclusión que fueran instituciones habilitadas por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios al consumidor de sustancias psicoactivas y con ubicación en el departamento de Antioquia.

Se identificaron 32 instituciones, algunas con más de una sede, y se evidenció información relativa a la modalidad de atención, los modelos de tratamiento, las metodologías, las estrategias y los enfoques conceptuales empleados por las mismas, entre otras. A partir de esta primera fase del proyecto, se concluye que aproximadamente 3 de cada 10 instituciones ofrecen programas dirigidos a la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Adicionalmente, no se logró identificar información dentro de los portales web institucionales en la tercera parte de las instituciones consultadas.

Palabras claves: consumo de sustancias psicoactivas, adicciones, modelos de intervención, instituciones prestadoras de servicios de salud, niños, niñas, adolescentes.

Propósito del estudio

El objetivo del presente estudio consistió en el desarrollo de la primera fase de un proyecto de investigación acerca de la caracterización de los modelos de intervención en consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes de las instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas en Antioquia, lo que implicó el ejercicio de aunar esfuerzos técnicos,

científicos, logísticos, administrativos y/o financieros generados por medio de un convenio de cooperación entre la Escuela contra la Drogadicción, la Fundación Opción Colombia (FUNDACOL) y la Universidad de San Buenaventura. A través de este rastreo se busca poner a consideración del departamento y de las mismas instituciones los diferentes modelos de intervención en consumo de sustancias psicoactivas y conductas adictivas empleadas por las instituciones y con ello generar conocimiento técnico y operativo en la aplicación de estos modelos.

Metodología

La presente investigación fue realizada mediante una técnica de revisión documental con base en fuentes secundarias y alcance exploratorio-descriptivo para el rastreo de las instituciones de salud y los modelos de intervención que emplean. Contó con los siguientes elementos.

Fuente de información: páginas web de los prestadores de servicios de salud cuyo objeto son las adicciones y que fueron identificadas con distintivos de habilitación ante las autoridades de salud.

Técnicas de recolección y de generación de información: las estrategias de búsqueda de información siguieron la lógica de la revisión documental y la entrevista en profundidad (Taylor & Bogdan, 1984; Vasilachis, 1992; Velasco & Díaz, 1997), donde se recogieron los datos sobre las instituciones que prestan estos servicios en el Departamento de Antioquia. En cuanto a la entrevista en profundidad, esta se realizó con el Gerente actual de Carisma, permitiendo ampliar la información que se obtiene sobre la institución y sus servicios en las páginas de internet. Para la búsqueda y registro de las instituciones prestadoras de servicios de salud se tomaron como base aquellas que al momento de la investigación estuviesen registradas en la página del Ministerio de los prestadores de servicio de salud, dicha labor se realizó entre los meses de octubre y noviembre del 2020.

Sistematización y análisis: se analizó la información de las Instituciones prestadoras de servicios en salud en el Departamento de Antioquia. Posteriormente, se diseñó una matriz de recolección, después se prosiguió con la consolidación de una base de datos de instituciones, teniendo como criterios de inclusión aquellas instituciones registradas en el REPS, habilitadas y que prestaran servicios de salud en atención e intervención al consumidor de sustancias psicoactivas y otras adicciones, en modalidad ambulatoria, hospitalaria o mixta; ubicadas en el departamento de Antioquia. Una vez se obtuvo la base de datos consolidada, la cual contenía la información básica de cada institución y el código de servicio en salud con el cual se encontraban y su respectiva habilitación dadas a la fecha de la revisión, (septiembre - octubre del 2020) se procedió a realizar una búsqueda en los repositorios y portales web institucionales, a fin de diligenciar la matriz. Acto seguido, se realizó la prueba piloto con algunas instituciones para hacer los ajustes necesarios a las variables incluidas en la matriz, finalizando con 32 instituciones, las cuales cumplían con los criterios establecidos, validando la completitud y calidad de los datos a través de una búsqueda en internet y visita presencial a algunas de las instituciones referentes del departamento de Antioquia en este tema de adicciones.

Credibilidad: está determinada por la coherencia entre los propósitos del estudio, la articulación con datos y los resultados, lo que llevo a discusiones y consensos fundados en el diálogo entre los miembros del grupo, la triangulación de datos y confrontación permanente entre los investigadores.

Consideraciones éticas: estas siguieron los lineamientos y protocolos éticos para la investigación científica en Colombia y a nivel internacional, razón por la cual el estudio fue sometido a una evaluación del Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura, sede Medellín, para garantizar que la investigación no generara ningún tipo de riesgo (nulo) para los sujetos e instituciones que participan, pues se protegen los datos de estos, de acuerdo con los requerimientos éticos de la Declaración de

Helsinki 1975, así como con los respectivos lineamientos éticos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y del Comité de Bioética ya mencionado, los cuales ayudan a evitar el plagio intelectual; razón por la cual se tuvo sumo cuidado en el tratamiento de las referencias bibliográficas para evitar incurrir en violaciones a los derechos de autor, así como para que no existiera ningún tipo de conflicto de intereses.

Limitaciones: tiempo corto para la realización del estudio, lo que no posibilito para esta primera fase la contrastación de los datos con los demás actores, solo se logró hacer con la ESE Hospital Carisma.

Instituciones habilitadas para la prestación de servicios de salud al consumidor de sustancias psicoactivas en el departamento de Antioquia

Inicialmente, es necesario destacar que los prestadores de servicios de salud en Colombia requieren dar cumplimiento a una serie de condiciones para ser habilitados y permanecer dentro del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), estos requerimientos están relacionados con la capacidad técnicoadministrativa, tecnológica y científica; así como con la capacidad financiera y patrimonial.

Es necesario mencionar que el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en el país. Adicional a esto, las instituciones deben realizar el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) en el Ministerio de Salud. Por lo cual, en el presente trabajo, se realizó una búsqueda en el directorio de instituciones del REPS, seleccionando aquellas instituciones de salud ubicadas en el departamento de Antioquia y habilitadas para la prestación de los servicios de salud, que se presentan en la siguiente lista (ver Tabla 1).

Tabla 1. Códigos de servicios seleccionados

Código	Nombre del servicio
123	Atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo
127	Internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas
128	Internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas
138	Cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas
819	Atención a consumidor de sustancias psicoactivas
820	Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas

Fuente: elaboración propia.

Posterior a este filtro, se lograron identificar 32 instituciones habilitadas dentro del departamento de Antioquia que prestan servicios de salud para la atención, intervención, cuidado básico y/o internación al consumidor de sustancias psicoactivas. De estas, 11 instituciones tienen más de una sede, algunas con ubicación en diferentes municipios y/o habilitadas en otros servicios según el Ministerio de Salud. Se destaca que la mayoría pertenecen al sector privado, haciendo la salvedad la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia y la E.S.E. Hospital Carisma, con sedes hospitalarias y ambulatorias de naturaleza pública. De acuerdo a lo anterior, se encuentra un total de 49 localidades habilitadas detalladas en la siguiente lista (ver Tabla 2).

Tabla 2. Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas en el departamento de Antioquia

N° Sedes	Nombre	Ubicación	Naturaleza	Código servicios
1	E.S.E. Hospital Mental De Antioquia	Bello	Pública	123
2.1	ESE Hospital Carisma (sede hospitalaria)	Medellín	Pública	127; 128; 819
2.2	ESE Hospital Carisma (sede ambulatoria)	Medellín	Pública	819

N° Sedes	Nombre	Ubicación	Naturaleza	Código servicios
3.1	SAMEIN (Salud Mental Integral SAS La 80)	Medellín	Privada	819
3.2	SAMEIN (Centro de Atención en Drogadicción Residencial)	Copacabana	Privada	820
3.3	SAMEIN (Centro de Atención Residencial El Noral)	Copacabana	Privada	820
4	Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón: Hermanas Hospitalarias Hospital Día	Medellín	Privada	819
5	Universidad de San Buenaventura	Medellín	Privada	819
6.1	Corporación Centro Cita Salud Mental	Medellín	Privada	819
6.2	Corporación Centro Cita Salud Mental (Residencial)	Medellín	Privada	820
7.1	Mente Plena (Unidad De Salud Mental Prado)	Medellín	Privada	127;128
7.2	Mente Plena (Unidad De Drogodependencia)	Envigado	Privada	819
7.3	Mente Plena (IPS Mente Nueva)	Envigado	Privada	820
8.1	Fundación Ipsi (IPS)	Medellín	Privada	819
8.2	Fundación Ipsi	Chigorodó	Privada	819
8.3	Fundación Ipsi (Comunidad Terapéutica)	Guarne	Privada	819
8.4	Fundación Ipsi (Casa De Salud Mental)	Retiro	Privada	819
9	Corporación Enlace Terapéutico	Medellín	Privada	819

N° Sedes	Nombre	Ubicación	Naturaleza	Código servicios
10.1	Munay (San Pablo)	Medellín	Privada	820
10.2	Munay (San Francisco)	Medellín	Privada	820
11	Remy IPS SAS Sucursal Medellín	Medellín	Privada	127; 128; 819; 820
12	Fundación Rehumanizar Sueños Del Alma	Medellín	Privada	820
13	Sporti Mental Health and Sport SAS	Guarne	Privada	820
14	Fundación solo por hoy	Medellín	Privada	820
15.1	Fundación La Luz Centro Nacional para el Tratamiento de la Drogadicción	Medellín	Privada	819
15.2	Fundación La Luz Centro Nacional para el Tratamiento de La Drogadicción	Barbosa	Privada	819; 820
16	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	Medellín	Privada	819
17	IPS Integral Salud Antioquia	Bello	Privada	819
18	Servid Salud Integral Oriente	El Carmen De Viboral	Privada	138
19	Cambia tu Vida IPS S.A.S	Caucasia	Privada	127
20	CAD Centro Unidos Colombia S.A.S	Envigado	Privada	819; 820
21	Misión Esperanza CAD S.A.S.	Envigado	Privada	820
22.1	Brújula (SM SAS - Platinum)	Medellín	Privada	819
22.2	Brújula (SM Palmas)	Envigado	Privada	820
22.3	Brújula (SM Girardota)	Girardota	Privada	820
23	Corporación “Semillas de Fe” Comunidad Terapéutica (IPS Centro de Atención en Drogodependencias)	Guarne	Privada	820

N° Sedes	Nombre	Ubicación	Naturaleza	Código servicios
24	CAD Santos Ángeles	Guarne	Privada	820
25	Corporación Calle's	Guarne	Privada	820
26	Clínica San Juan de Dios la Ceja	La Ceja	Privada	127; 128
27	Corporación Oasis	Marinilla	Privada	820
28	Fundación Hospital San Vicente De Paula Rionegro	Rionegro	Privada	819
29.1	Cardynal porque la vida tiene sentido (Caldas)	Caldas	Privada	820
29.2	Cardynal porque la vida tiene sentido (IPS La Estrella)	La Estrella	Privada	820
30.1	Comunidad Terapéutica (San Bartolomé 3)	Rionegro	Privada	820
30.2	Comunidad Terapéutica (San Bartolomé 1)	San Vicente	Privada	820
30.3	Comunidad Terapéutica (San Bartolomé 2)	San Vicente	Privada	820
31	Grupo Empresarial de Servicios de la Salud Aplicados S.A.S.	Turbo	Privada	819
32.1	Fundación Hogar Nuevo Ser	Copacabana	Privada	820
32.2	Fundación Hogar Nuevo Ser	Yolombó	Privada	820

Fuente: elaboración propia.

Inicialmente, se encontró que el 27,6% de las instituciones incluyen programas dirigidos a la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes; el 38,3% de sus servicios están dirigidos a la población en general y el restante no presenta información al respecto en sus páginas web. Detallando la modalidad de los servicios ofrecidos por las instituciones, (ver Tabla 3) se identificó que aproximadamente 4 de cada 10 promueven una atención de tipo ambulatorio, 2 de cada 10 ofrecen una atención mixta, es decir, que combina una

atención ambulatoria, consulta externa y/o residencial; y el 16,7% de las instituciones presta los servicios en modalidad residencial. Además, se resalta que no se encontró la información para el (15%) de las instituciones restantes, SD (sin dato).

Tabla 3. Distribución de modalidades de atención

Modalidad	%
Ambulatorio	39,6%
Mixta	20,8%
Residencial	16,7%
Consulta externa	8,3%
SD	14,6%
Total	**100,0%**

Fuente: elaboración propia

Frente a los modelos de tratamiento, aquellos con mayor porcentaje de aplicación en las instituciones antioqueñas son: clínico psiquiátrico/psicológico con un 29,2%; biopsicosocial-espiritual con un 14,6%; el modelo hospitalario y comunidad terapéutica con una décima parte cada uno y los modelos Matrix y Minnesota con un 4.2% cada uno. Para esta revisión, no se logró identificar el modelo de tratamientos en el 27% de los portales web de las instituciones consultadas (ver Tabla 4).

Tabla 4. Modelos de tratamientos

Modelo de tratamiento	%
Clínico psiquiátrico / psicológico	29,2%
Biopsicosocial-espiritual (Grupo de 12 pasos, AA, NA, otros)	14,6%
Modelo hospitalario	10,4%
Comunidad terapéutica	10,4%
Matrix	4,2%
Minnesota	4,2%
SD	27,1%
Total	**100,0%**

Fuente: elaboración propia.

En lo que refiere a las metodologías reportadas por los diversos centros de atención consultados, sobresalen el psicoeducativo, grupos de apoyo y terapia familiar con un 35,5%; seguidos de valoración, desintoxicación, rehabilitación psicosocial, transición y consolidación (16,7%); entre otros con un menor porcentaje, como entrevistas, exámenes clínicos, psicoeducativo, terapia familiar y fase de desintoxicación, (ver Tabla 5). Es de resaltar que, en aproximadamente una cuarta parte, no es factible identificar el tipo de metodología empleada por medio de los portales web institucionales.

Tabla 5. Metodologías usadas en los tratamientos

Metodologías	%
Psicoeducativo, grupos de apoyo y terapia familiar	27,1%
Valoración, desintoxicación, rehabilitación psicosocial, transición y consolidación	16,7%
Entrevistas, exámenes clínicos, psicoeducativo y terapia familiar	6,3%
Psicoeducativo y teoterapia	6,3%
Fase de desintoxicación	2,1%
SD	41,7%
Total	**100,0%**

Fuente: elaboración propia.

Dentro de las estrategias empleadas por las diferentes instituciones que atienden población drogodependiente, una cuarta parte se ubica en las terapias familiares y/o grupos de apoyo, seguido de la estrategia de intervención psicológica con un 12,5%; a continuación se encuentra de la terapia focalizada o *Mindfulness* con aproximadamente una décima parte, entre otros como terapia ocupacional, familiar, actividades deportivas, habilidades para la vida, proyecto de vida, y modelo Matrix, descritos en la Tabla 6; se menciona que no fue posible obtener la información de una tercera parte de las instituciones (SD).

Tabla 6. Estrategias utilizadas los centros

Estrategias	%
Terapia familiar y/o grupos de apoyo	25,0%
Intervención psicológica	12,5%
Terapia focalizada o *Mindfulness*	10,4%
Terapia ocupacional	8,3%
Actividades deportivas, habilidades para la vida, proyecto de vida y terapia familiar	6,3%
Modelo Matrix, terapia ocupacional y actividades deportivas	4,2%
SD	33,3%
Total	**100,0%**

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, entre los enfoques conceptuales que orientan las estrategias de intervención y se ubican en el paradigma pragmático de las entidades analizadas se destacan: la cognitiva–conductual con un 37.5%, de las cuales, 6 de cada 10 combinan el enfoque con terapia ocupacional y/o Matrix y/o humanista y/o médico psiquiátrico. Por otro lado, el 12,5% emplea el enfoque biopsicosocial y/o espiritual, entre otros, con menor representación como los principios filosóficos, médico–psiquiátrico, terapia ocupacional, psicopedagogía reeducativa y 12 pasos. Igualmente, no se logró obtener la información referente a los enfoques de una tercera parte de las instituciones (ver Tabla 7).

Tabla 7. Enfoques conceptuales

Enfoques conceptuales	%
Cognitivo-conductual combinadao con terapia ocupacional y/o Matrix y/o humanista y/o médico psiquiátrico	22,9%
Cognitivo-Conductual	14,6%
Biopsicosocial y/o espiritual	12,5%
Principios filosóficos	6,3%
Médico-Psiquiátrico, terapia ocupacional	4,2%
Psicopedagogía reeducativa	4,2%
12 pasos AA y NA	2,1%
SD	33,3%
Total	**100,0%**

Fuente: elaboración propia.

Instituciones públicas referentes en el tema de intervención en adicciones en el departamento de Antioquia

Las instituciones de salud que prestan de servicios de salud en atención e intervención al consumidor de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas, ubicadas dentro de Antioquia son 32, habilitadas por el REPS del Ministerio de Salud, las cuales fueron mencionadas y descritas en el apartado anterior. Es relevante mencionar dos instituciones públicas referentes en este territorio. La primera es el Hospital Mental de Antioquia (HOMO, 2020) la cual cuenta con una experiencia de 142 años y certificación en calidad bajo la Norma ISO 9001 versión 2000 para la atención integral a pacientes con patología psiquiátrica a través de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. Este Hospital ha logrado posicionamiento y reconocimiento en la prestación de servicios integrales de salud mental con altos estándares de calidad, tanto a nivel local, nacional e internacional, bajo la estrategia principal de trascender el enfoque tradicional de la empresa mediante el desarrollo de acciones de educación, prevención, atención y rehabilitación.

Dentro de los servicios más reconocidos del HOMO, se encuentra la hospitalización para pacientes en crisis en su patología psiquiátrica que requieren atención especializada y otros servicios de apoyo para la valoración, seguimiento y tratamiento de los usuarios como son: servicio de urgencias, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, grupos psicoeducativos, terapia ocupacional, terapia electroconvulsiva y programas de la salud mental. A continuación, se describe el objetivo, talento humano y requisitos establecidos por el Hospital para acceder a los diferentes servicios (HOMO, 2020):

- *Servicio de urgencias:* se brinda a pacientes en crisis psiquiátricas que requieren atención especializada. El talento humano que se encuentra disponible para realizar dicha atención se clasifica en: psiquiatría, medicina general, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y terapia

ocupacional. Su duración está estipulada por el concepto y criterio médico, además, se requiere de remisión de primer nivel de atención, copia de cédula de ciudadanía, acreditación del Plan Obligatorio de Salud (EPS, SISBÉN) o planes complementarios para acceder al servicio.

- *Laboratorio clínico:* su objetivo es realizar pruebas para niveles de medicamentos, toxicología y exámenes de segundo nivel como apoyo para el diagnóstico de la enfermedad física y mental. Para acceder a este servicio se debe ser beneficiario de tratamiento.
- *Servicio farmacéutico:* dispensación de medicamentos especializados en psiquiatría; la duración de la entrega se realiza de acuerdo al tiempo de prescripción médica para la cual se requiere un convenio vigente con la aseguradora del paciente
- *Grupos psicoeducativos:* su finalidad es realizar acompañamiento educativo sobre el manejo de la enfermedad. Para acceder a este servicio se debe ser una persona con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar o con esquizofrenia.
- *Terapia ocupacional:* tiene como propósito explorar, mantener y/o potencializar sus habilidades y destrezas suscitando un óptimo desempeño ocupacional. Estas actividades están a cargo del terapeuta ocupacional.
- *Terapia electroconvulsiva:* servicio ofrecido como estrategia de relajación de acuerdo a indicación y orden de psiquiatría.
- *Programa de salud mental:* dirigido a la población vulnerable como adultos mayores, mujeres y niños en situación de riesgo de enfermedad mental enfocados en promover la salud, prevenir la enfermedad y el fomento de la educación en la comunidad frente a los temas de salud mental.

Por otro lado, se hace necesario resaltar que durante el año 2020, la Alcaldía de Medellín contrató con el Hospital Mental de Antioquia un pabellón habilitado para la atención con enfoque multimodal de niños, niñas y adolescentes (entre los 10 y 17 años) en situación de calle con trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas (patología dual), a través de la atención especializada. Este servicio se estructura en los siguientes niveles de atención: el primero es la captación, el segundo es la atención por urgencias, el tercero es de hospitalización y el último es el de protección. Además, tiene como objetivo generar mayores condiciones de autonomía y preparación para la vida independiente, buscando fortalecer y recuperar las habilidades psicosociales, familiares y comunitarias.

La segunda institución a mencionar es la E.S.E. Carisma. Esta surge a partir de una necesidad de independizar el servicio de farmacodependencia que funcionaba en el Hospital Mental de Antioquia desde 1973. La Asamblea Departamental de Antioquia, mediante la ordenanza 43 de 1994[2], transforma el objeto por Entidad Social del Estado Carisma, la cual se especializa en el tratamiento y la rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes con o sin trastorno mental asociado.

Carisma se destaca como institución referente en la atención a las adicciones en el departamento de Antioquia, ubicada específicamente en la ciudad de Medellín, con el funcionamiento de dos sedes, la primera es la hospitalaria, localizada en el barrio Belencito, y habilitada por el REPS con los servicios: 127-Internación Hospitalaria Consumidor de SPA y 128-Internación Parcial Consumidor de SPA; y la sede ambulatoria, situada en el barrio Calasanz, habilitada para el servicio 819-Atención a Consumidor de SPA.

Dentro de la revisión documental, donde se accedió a información de carácter público, ofrecida en la página web institucional, se logró identificar diferentes modalidades de atención: “residencial, ambulatorio y mixto”; un enfoque conceptual alineado al “cognitivo–

2 Asamblea Departamental de Antioquia. Ordenanza 43 del 16 de diciembre de 1994.

conductual" y un modelo de tratamiento que apunta al "clínico-psiquiátrico", pero que por la necesidad sentida de la población no logra ser estático en el tiempo, el cual está orientado al empoderamiento del paciente en el tratamiento y rehabilitación de sus problemas de drogodependencias y otras adicciones. La institución desarrolla diversas fases del tratamiento: "desintoxicación, deshabituación, reinserción y seguimiento". También, emplea diferentes técnicas o estrategias como lo son "grupos de apoyo, educativos, terapia individual, grupal y familiar, grupos de seguimiento, reinserción social, intervención médica y farmacológica, terapia ocupacional, promoción y aplicación de hábitos de vida saludables".

El hospital cuenta con un talento humano amplio y nutrido, como médicos, psicólogos, psiquiatra, enfermeras y trabajadores sociales; adicional a un comité de ética, comité de atención al usuario, comité de educación y su respectivo equipo administrativo. Adicionalmente, ofertan múltiples modalidades de tratamiento: "hospital total, hospital día (suspendido actualmente por la pandemia por COVID 19), programa de mantenimiento de metadona, consulta externa (psicología, psiquiatría, toxicología, farmacodependencia, apoyo social y servicio farmacéutico), grupos de apoyo, estrategia terapéutica y grupo OMEE (Orientación, Motivación, Educación y Evaluación).

A fin de contrastar y validar la información recolectada previamente mencionada, el equipo científico de la investigación realizó una visita de manera presencial al hospital en el mes de diciembre del 2020, logrando reunirse con el director y su equipo científico, allí se verificó lo planteado anteriormente y se recogió información relevante que se menciona a continuación.

Carisma presta una atención de segundo nivel, actualmente se está creando el programa de telemedicina debido a la emergencia sanitaria por la COVID-19, la cual, además, generó que en la modalidad de internamiento u hospitalización se incrementará la atención a 50 días, a sabiendas que anteriormente era de 30 días. Para esta modalidad se cuenta con un servicio de 96 camas,

ofrecido con un equipo interdisciplinario compuesto de médico general, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, entre otros.

En sus orígenes, el hospital fue un centro de rehabilitación, una granja taller, herencia del modelo de comunidad terapéutica, pero luego se transformó y se adoptó como un modelo de hospital mental, centrado en adicciones o en conductas adictivas, en el que no se busca la erradicación total del consumo de drogas sino la reducción parcial y progresiva, así como el logro de estilos de vida funcionales en los que el consumo de drogas ocasione el menor daño posible al consumidor, por lo cual, no se pretende la abstinencia como ideal terapéutico para todos los casos. Este aspecto es resaltado por el Gerente, al señalar que cada caso es único, pues las relaciones de los sujetos con las drogas son singulares, por lo que la medición de la eficacia terapéutica es asunto discutible, en razón de que existe una gran disparidad de criterios para intentar definir qué es un logro terapéutico, cómo se mide y qué instrumentos son adecuados para su medición.

Con respecto a la efectividad de las intervenciones, se plantea que la eficacia es un concepto complejo, difícil de entender y medir. Implica la desintoxicación, deshabituación, la abstinencia, la reducción del consumo, el mejoramiento de las dinámicas familiares y la reinserción sociolaboral que implica un proyecto de vida.

Adicionalmente, se aclara que actualmente se promueve la capacitación y la formación constante del talento humano, pese a la baja disponibilidad de tiempo para hacer investigaciones al interior de la institución; sin embargo, el equipo de proyectos de la institución ha participado de manera activa en diversas investigaciones en alianza con otros actores, a fin de evaluar el consumo en escolares, universitarios y población en general. La investigación más reciente que el hospital realizó fue un acompañamiento activo a la gerencia de salud pública. En este se abordó específicamente el tema de consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar del departamento de Antioquia realizada en el año 2018.

Pilares para la atención que emplea el hospital:

Enfoque médico: incluye psiquiatría, medicina general, enfermería y toxicología, con la misión de estabilizar al consumidor frente al síndrome de abstinencia que, dependiendo de la sustancia, se presenta de manera más potente que en otros casos, por ejemplo, con la heroína.

Trabajo interdisciplinario de psicología y trabajo social, donde se trabajan emociones, la abstinencia, los estilos de vida, entre otros aspectos que ayudan al logro de objetivos en el adicto.

La familia: se trabajan las dinámicas familiares, las cuales son diferentes en todos los casos, más allá del estrato socioeconómico, pues la disfuncionalidad familiar está presente en todos los casos.

Terapia ocupacional: se realiza con apoyo del SENA, la cual no es solo una estrategia para ocupar el tiempo libre o para aprender un arte u oficio, sino una experiencia trascendental que permite que estas actividades no sean solo lúdicas o recreativas y tengan un carácter más formativo. Por otro lado, el modelo implica unas etapas, entrevistas iniciales de evaluación interdisciplinarias, psicología, medicina, entre otros, para hacer un diagnóstico integral, identificando las necesidades particulares de cada usuario y así poder establecer el programa de intervención. Hay un programa llamado OMEE (Orientación, Motivación, Educación y Evaluación) en el que se busca educar a las familias para que comprendan en qué consiste una enfermedad crónica, la cual no presenta una cura inmediata, pues los síntomas son recidivantes, es decir desaparecen y reaparecen en la persona que presenta dichos padecimientos, allí se emplean actividades que se realizan de manera ambulatoria dirigidas por parte del equipo profesional.

Modalidad de internamiento: se inicia en la fase de desintoxicación que dura 10 días, luego se procede con la fase de deshabituación, con una duración de 20 días, para un total de un mes. Se enseñan cuatro módulos: “manejo de ansiedad, autocontrol, evitación de factores de riesgo y las escuelas de salud”, aplicando el

conocimiento por medio de talleres y tareas educativas que permitan la reeducación y reinserción social del usuario.

En resumen, se buscan tres objetivos:

1. El reconocimiento del problema del consumo de drogas.
2. La compresión de los factores etiológicos o las causas del consumo, que es paralelo a la deshabituación orgánica, la dependencia física que generan el consumo de drogas.
3. La trascendencia, es decir, que el proceso lleve a los usuarios a hacerse preguntas trascendentales: ¿quién soy?, ¿de dónde vengo?, ¿para dónde voy? Lo cual no se puede esperar en las fases iniciales, pues son objetivos muy avanzados que se consiguen en momentos posteriores del proceso inicial.

Cabe resaltar que es necesario que el usuario no presente un deterioro cognitivo avanzado a causa del consumo, a fin de que pueda realizar sus propias elaboraciones y dimensionar el progreso psicológico.

Así mismo, se destaca que la arquitectura de la institución permite la reflexión y trascendencia, dado que facilita el contacto con la naturaleza y la experiencia espiritual o mística, el acogimiento personal, sin ser necesariamente teo-terapia. De manera similar, se hace la aclaración de que no se realizan terapias o psicoterapias debido al corto tiempo, sino acompañamiento a los usuarios, permitiendo entrar en una negociación de los objetivos del proceso terapéutico con el paciente.

En síntesis, el modelo de atención es dinámico, combinando con el modelo de reducción del daño; el enfoque y las estrategias usadas son cognitivo-conductuales, pues están basadas en la evidencia científica y además están estandarizados para ser aplicados de forma rigurosa cumpliendo requerimientos científicos y legales de Ministerio de Salud - Protección Social y otras entidades que regulan el actuar de la institución.

Conclusiones

Se logró identificar 32 instituciones habilitadas dentro del departamento de Antioquia que ofrecen servicios de salud para la atención, intervención, cuidado básico y/o internación al consumidor de sustancias psicoactivas; de las cuales, 11 tienen más de una sede, algunas con ubicación en diferentes municipios y/o habilitadas en otros servicios según el Ministerio de Salud, para un total de 49. También ee destaca que la mayoría pertenecen al sector privado, haciendo las salvedades de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia y la E.S.E. Hospital Carisma con sede hospitalaria y ambulatoria que son de naturaleza pública.

Con respecto a los modelos de intervención utilizados por las instituciones, se evidencia la primacía del modelo clínico psiquiátrico–psicológico, seguido del biopsicosocial–espiritual. Las metodologías empleadas que sobresalen son la psicoeducativa y los grupos de apoyo y terapia familiar. Las estrategias predominantes son las terapias familiares, grupos de apoyo o intervención psicológica y el enfoque teórico que orientan las estrategias más comunes es el cognitivo–conductual. En relación a la modalidad de los servicios ofrecidos por las instituciones, alrededor de 4 de cada 10 promueven una atención de tipo ambulatorio. Lo anterior evidencia el predominio del abordaje ambulatorio, aun cuando las cifras sobre los niveles de consumo de drogas y las adiciones en el departamento muestran índices preocupantes que indican un manejo residencial, sin embargo, este tipo de abordajes representa costos elevados que pueden reducirse mediante los programas ambulatorios.

Se resalta que aproximadamente una tercera parte de las instituciones no evidencian información en su página web que haga referencia a las metodologías, estrategias, enfoques conceptuales o modelos de tratamiento aplicados. En cuanto a las instituciones públicas referentes en el tema de intervención en adicciones en el departamento de Antioquia, se evidencia que el HOMO ha sido reconocido por el servicio de urgencias y hospitalización que

ofrece para pacientes agudos en descompensación de su patología psiquiátrica. Adicionalmente, ofrece grupos psicoeducativos para el manejo de la enfermedad, terapia electroconvulsiva, terapia ocupacional, y diferentes programas de salud mental. Es digno de mención que actualmente está operando un pabellón para la atención de la niñez y la adolescencia con patología dual, el cual es contratado por la Alcaldía de Medellín.

A su vez, Carisma, como institución pública, cuenta con el funcionamiento de dos sedes, una hospitalaria y otra ambulatoria. El hospital opera bajo un modelo de atención dinámico que combina el modelo de la reducción del daño y funciona desde un enfoque cognitivo-conductual contando con un equipo interdisciplinario. En sus fases de tratamiento desarrolla la desintoxicación, deshabituación, reinserción y seguimiento.

Recomendaciones

Se evidencia la necesidad de generar mayor impacto en programas especializados para la atención a la población de la niñez y la adolescencia con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas, dado que solo el 27, 6% de las instituciones del Departamento de Antioquia ofrecen servicios para esta población.

Es necesario establecer criterios desde el Gobierno Nacional, Regional o Municipal para la elaboración de modelos científicos y técnicos para los centros de rehabilitación. También deben aunarse esfuerzos para llevar la investigación sobre los modelos a otras fases de profundización, como la investigación en campo a través de visitas institucionales, en donde se pueda contar con la apertura y colaboración institucional a fin de lograr un producto que sirva como insumo para el diseño de guías metodológicas de reducción del daño en menores de 14 años y de mejoramiento del servicio prestado al paciente que propendan por mejorar la eficacia del tratamiento, la adherencia a los programas y el mejoramiento de la calidad de vida de los antioqueños.

Referencias

Homo. (2020). *Hospital Mental de Antioquia.* https://www.homo.gov.co

Taylor, S., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos.* Paidós.

Vasilachis, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos.* Centro Editor de América Latina.

Velasco, H., & Díaz, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica.* Trotta

CONSUMO

Discapacidad intelectual, trastornos psiquiátricos y trastornos por uso de sustancias: principios para el abordaje, tratamiento y prevención ajustado al contexto de Antioquia

Ramón Eduardo Lopera Lopera,
Médico Psiquiatra, Mg. en Drogodependencias, Universidad CES
Fundador y Director de Servid, Salud Integral (Centro de Adicciones) y Clínica del Oriente, Corporación para la salud mental (Centro de Protección)

Erik García Muñoz
Médico Psiquiatra, Posgrado Alta Especialidad en Adicciones, UNAM
Docente especialidad en Adicciones Universidad Católica Luis Amigo y Maestría en Drogodependencias Universidad CES
Psiquiatra Servid, Salud Integral (Centro de Adicciones)

Luis Miguel Arango Mejía,
Candidato a Magister en Psicología Clínica, Universidad de San Buenaventura
Psicólogo Clínica del Oriente Corporación para la salud mental (Centro de Protección)

Ana María Martínez Arrieta
Médica General

Correo de contacto
ramonlopera@hotmail.com

Resumen

Los pacientes con Discapacidad Intelectual (DI) y Patología Dual (PD) ofrecen un reto para los profesionales e instituciones encargadas del diagnóstico y manejo de los programas para pacientes que sufren Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Por esta razón, el presente artículo tiene la finalidad de mejorar el abordaje inicial para las personas con esta comorbilidad y dar principios en el tratamiento basado en la evidencia científica, identificando así mismo las barreras especiales de tratamiento que sufre dicha población. También se plantean algunas ideas ajustadas al contexto de Antioquia para la prevención de esta condición clínica

Palabras clave: discapacidad intelectual, trastornos psiquiátricos, trastorno por uso de sustancias, patología dual.

Introducción

La Discapacidad Intelectual (DI) es definida por la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD) como una limitación significativa en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, manifestada en dificultades para las habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Según esta definición, su aparición debe suceder en el proceso del neurodesarrollo, que por consenso se ha establecido que se da antes de los 18 años (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

Los pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y DI ofrecen un reto en el abordaje y tratamiento para los profesionales y los servicios de salud, debido a la complejidad de ambos padecimientos, el bajo ajuste de los modelos de tratamiento a sus condiciones individuales, las altas barreras para el acceso al diagnóstico y tratamiento, el poco entendimiento de los pacientes sobre las necesidades de la atención y las dificultades sociales asociadas. Además, una alta cantidad de pacientes con DI padecen otras enfermedades mentales, adicional al consumo de sustancias.

A la presencia de Trastorno Psiquiátrico (TP) y TUS se le ha denominado Patología Dual (PD). Esta constituye una condición que involucra un peor pronóstico, menor respuesta a los tratamientos y mayor utilización en recursos clínicos en los sistemas de salud. A la presencia de PD y DI se le ha denominado "Patología Triple" que ofrece aún más dificultades y peor pronóstico (Hammink et al., 2015; SAMSHA, 2005; Torrens et al., 2017)

Por lo anterior, es fundamental que los clínicos que atienden a poblaciones consumidoras de sustancias tengan bases sobre el abordaje y tratamiento de la comunidad con DI y funcionamiento intelectual limítrofe (CI limítrofe) que padecen PD; así como que se disminuya el estigma asociado al mismo y se estimule la investigación.

Abordaje

En general, los programas de tratamiento y rehabilitación para la adicción tienen como finalidad ayudar a los individuos a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la sustancia y tratar comorbilidades biopsicosociales. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo, de acuerdo a las características particulares. Dado que la adicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas periódicas, por lo general no basta un solo ciclo de tratamiento a corto plazo, sino que se necesita un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante, tanto para un esquema de tratamiento de internación como ambulatorio (Morey, 1996).

Desde el punto de vista de la oferta de modalidades para los programas de tratamiento y rehabilitación para personas con TUS y otros TP, donde se incluye la Discapacidad Intelectual, la tendencia en el mundo es ofrecer programas más acordes a sus necesidades (Morey, 1996).

El análisis de la literatura existente y la experiencia de trabajo en relación con la DI y el consumo y abuso de sustancias, así

como su asociación con otros trastornos mentales, plantean los obstáculos actuales; retos y desafíos que proyectan las líneas futuras de investigación e inclusive aquí es donde puede empezarse a argumentar la propuesta de "Patología Triple": Discapacidad Intelectual, Trastornos por Uso de Sustancias y otros Trastornos Psiquiátricos.

Por este motivo, se necesitan investigaciones con una mejor consideración de la magnitud de esta problemática de abuso de sustancias, de manera que se identifiquen estrategias de intervención en las cuales se especifiquen componentes de prevención y tratamiento que se acomoden a las particularidades de individuos con Discapacidad Intelectual.

El uso y abuso de sustancias en personas con DI ha ganado atención desde la década pasada. No obstante, todavía existen muchos vacíos, tanto en su conocimiento como en la prevalencia de los factores de riesgo. Igualmente, se encuentra escasez de herramientas para su evaluación y también para valorar la efectividad de los tratamientos. Por otro lado, mientras que en los servicios de Discapacidad Intelectual, los Trastornos por Uso de Sustancias son vistos frecuentemente como un relativo y simple problema de comportamiento, en la medicina de las adicciones estos Trastornos por Uso de Sustancias son observados como enfermedades cerebrales crónicas (Van Duijvenbode & Vandernagel, 2019)

Además, en esta población es más frecuente el paso del uso al abuso y la dependencia, debido al bajo funcionamiento cognitivo; y una vez se encuentran en estos estados, la intervención y el manejo presenta mayores dificultades clínicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a los elementos para realizar el diagnostico en este subgrupo poblacional, se dispone de pocos instrumentos de tamizaje confiables y válidos que sean sensibles y específicos para la detención de la DI en TUS. Existen diferentes barreras para llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento de los

pacientes con DI y PD (Hammink et al., 2015; Van Duijvenbode & Vandernagel, 2019).

Para los prestadores de servicio de salud, los pacientes con DI y PD representan un reto ya que existen pocos conocimientos y limitadas habilidades para evaluar y tratar, así como restricciones económicas que ofrecen variadas barreras para el acceso a tratamiento. Los pacientes con DI presentan dificultades en la atención sanitaria por sus limitaciones cognitivas y dificultades de comprensión en las entrevistas. Por lo anterior, estas personas tienen mayor tendencia al abandono y falta de adherencia a los tratamientos.

Desde nuestra experiencia en SERVID, Salud Integral (Centro de Adicciones), observamos que estos pacientes presentan mayor dificultad por conductas de riesgo, alto consumo de sustancias, terquedad, irritabilidad, agresión y violencia.

Son personas con mayor vulnerabilidad a los problemas en las relaciones interpersonales y a diversos eventos potencialmente catastróficos como la explotación, la trata de personas, embarazos no deseados, la presencia de conducta suicida y la presencia de diversas enfermedades no psiquiátricas asociadas al uso de sustancias, como enfermedades de transmisión sexual.

Son pacientes que, por el consumo de sustancias, presentan mayor empeoramiento cognitivo y complicaciones por los medicamentos. Por si esto fuera poco, la presentación de los padecimientos psiquiátricos en esta población es, a menudo, atípica. Se observa que los profesionales con frecuencia no están preparados para la evaluación y tratamiento de estos pacientes, por lo cual pueden ser inadecuados los abordajes iniciales.

También se presenta una alta estigmatización por parte del personal sanitario a los pacientes con TUS y todavía más a los pacientes con DI, generando un doble estigma hacia el individuo y su familia, lo que lleva a exclusión de los procesos de tratamiento y prejuicios para investigar el tema.

Si bien existen instrumentos desarrollados en la actualidad, como el SumiD-Q, implementado en Holanda, estos no se han adaptado a nuestro medio, debido a barreras idiomáticas y a la carencia de estudios que permitan su validación para determinar la sensibilidad y especificidad local. Otro instrumento es el HASI, que ha sido desarrollado en Australia para ser aplicado a población con problemas legales y carcelarios; sin embargo, se desarrolló en condiciones muy diferentes a nuestro contexto y genera, por tanto, dificultades de aplicación.

Las pruebas de neuropsicología como el WAIS-III en algunos casos pueden ser insuficientes para determinar el CI en este grupo poblacional, además de requerirse de una preparación especializada que propicia también mayores costos para la evaluación, sin dejar de mencionar que el uso de sustancias puede sesgar la interpretación de los resultados.

Por ello, la entrevista clínica es actualmente el estándar de oro para el diagnóstico de la DI en conjunto con TUS, donde se recogen de forma comprensiva los antecedentes del neurodesarrollo, interrogando por historia perinatal, haciendo énfasis en la presencia de enfermedades durante el embarazo, incluyendo trauma y factores psicológicos, amenazas de aborto o parto pretérmino, preeclampsia, uso de fármacos y SPA durante el embarazo, complicaciones durante el parto y los primeros meses de vida.

Una buena historia clínica debe enfocarse en conocer los hitos del desarrollo y hacer una revisión de las habilidades para la vida diaria (académico, autocontrol, autocuidado, la comunicación, vida en comunidad, ocio y tiempo libre y capacidad de trabajo). También debe contener una revisión adecuada del uso de sustancias siguiendo los criterios clínicos elegidos, CIE-10 o DSM-5, para determinar la severidad del uso de sustancias, la edad de inicio del consumo, el patrón de uso y los rituales asociados al mismo para cada una de las sustancias consumidas.

El interrogatorio sobre la patología mental o diagnóstico psiquiátrico sigue los estándares de la entrevista psiquiátrica

habitual mediante el interrogatorio de síndromes clínicos para integrar diagnósticos a través de la evaluación de criterios.

Finalmente, no debemos de pasar por alto la necesidad del interrogatorio de antecedentes familiares, haciendo énfasis en la sospecha de enfermedad mental, consumo de sustancias y de Discapacidad Intelectual, así como de otras enfermedades médicas no psiquiátricas, además de los antecedentes patológicos.

Es importante que el profesional que revise el caso sea un psiquiatra, toxicólogo clínico, especialista en adicciones o que tenga entrenamiento en la detección de pacientes consumidores de sustancias y con enfermedad mental como los médicos generales entrenados en el protocolo del Programa de Acción para superar las barreras en salud mental (mhGAP).

En este grupo de pacientes, será necesario que el clínico disponga de suficiente tiempo para la entrevista de modo que pueda indagar la mayor cantidad de información de ambos temas y confrontar diferentes versiones. Es necesario que el clínico tenga en cuenta que por las condiciones del paciente y su familia, este es un trabajo que requiere de paciencia, además de que es posible que para recopilar la mayoría de la información se requieran varias sesiones y el apoyo de un equipo interdisciplinario como psicología, trabajo social, terapia ocupacional, neuropsicología, entre otros.

La entrevista motivacional se vuelve un eje conductor de las intervenciones con la finalidad de generar cambio en la percepción del consumo de sustancias y la conciencia del impacto del mismo sobre la vida del usuario, así como de la familia. La evaluación familiar a través del familiograma, el APGAR familiar y otras estrategias diagnósticas ofrecen un aumento de las posibilidades de intervención y posterior inclusión a los pacientes.

La evaluación neuropsicológica para esta población se vuelve fundamental, ya que el profesional en esta área está encargado de estudiar los efectos que una lesión, daño o funcionamiento

anómalo en las estructuras del sistema nervioso central produce sobre los procesos cognitivos, psicológicos emocionales y del comportamiento individual presentes en personas con enfermedad mental, por consumo de sustancias o ambas y puede fundamentar estrategias de tratamiento así como mejorar el diagnóstico en enfermedad mental que clínicamente puede presentarse como ambiguo.

Finalmente, la evaluación a nivel ocupacional toma un papel importante en la identificación de diferentes áreas de funcionamiento individual para el desarrollo de capacidades vocacionales y laborales que propiciarían la inclusión del paciente en la sociedad. De ahí que la terapia ocupacional no vaya solo dirigida al desarrollo de la habilidad física, sino también al desarrollo de habilidades más complejas incluyendo la socialización y el trabajo (Fernando et al., 2016).

Las escalas diagnósticas que pueden ser de utilidad para la evaluación global de los pacientes con DI y PD son las siguientes (Giraldo-Ferrer et al., 2016):

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco, y sustancias (ASSIST). Escala de tamizaje desarrollada por la Organización mundial de la salud para el diagnóstico y referencia a pacientes con trastornos por consumo de sustancias, ampliamente utilizada en investigaciones epidemiológicas. Tiene la gran ventaja que orienta las intervenciones a seguir (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Índice de la severidad de la adicción (ISA-6). Se trata de una entrevista semiestructurada multidimensional que evalúa salud física, empleo, uso de alcohol y SPA, condiciones legales, aspectos sociales, estado psiquiátrico. Se trata de una evaluación extensa de las diferentes dimensiones que pueden verse afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas. Su versión validada para Colombia fue realizada por la Universidad de Antioquia (Zapata et al., 2019).

Escala multidimensional para resultados de tratamiento en adicciones (EMMT). Es una entrevista semiestructurada creada

en Colombia que evalúa diversas dimensiones del tratamiento y es aplicada en diversos momentos para detectar y optimizar las respuestas a las intervenciones (Ferrer et al, 2018).

Escala Weschler de Inteligencia para Adultos 3era edición (WAIS-III). Es un test psicométrico que evalúa cuatro dimensiones: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, así como el coeficiente intelectual que da cuenta de la presencia y severidad de la discapacidad intelectual. Su aplicación requiere de un entrenamiento específico para esta escala.

Escala de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-Brief). Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BRIEF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo, no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.

Para la planificación y diseño de un plan de tratamiento se debe guiar el posicionamiento de los pacientes a través de criterios clínicos, como los propuestos por la Sociedad Americana de Medicina Adictológica (ASAM) que evalúa a los pacientes en seis dimensiones de funcionalidad basados en la severidad de intoxicación o abstinencia, enfermedades médicas no psiquiátricas, enfermedades psiquiátricas, motivación al cambio, condiciones para la recaída o uso continuo y ambiente de recuperación, lo que facilita que el clínico pueda identificar el nivel de tratamiento más apropiado para cada caso, guiado por los cuadrantes de atención en patología dual (ver Gráfico 1) (SAMSHA, 2005). Dicha recomendación proviene también del Modelo Atención Integral para la Atención de los Trastornos por Uso de Sustancias (MAITUS) en Colombia (Fernando et al., 2016; Mee-lee & Webinar, 2012; Miller et al., 2018; Morey, 1996)

Gráfico 1. Cuadrantes de atención en PD de acuerdo a la Administración de Servicios en Salud Mental y Abuso de Sustancias en USA (SAMHSA)

Los cuadrantes de atención se dividen dependiendo del grado de severidad de los pacientes en torno a enfermedad mental (Abrev. Psiq) y enfermedad adictiva (Abrev. Adic). El cuadrante 4 es aquel de la patología dual severa que es el contextualizado para las clínicas de alta especialidad en patología dual.

Tratamiento

La rehabilitación basada en comunidad es aquella en la que se busca reintegrar al individuo al medio social y familiar, para lo cual se busca hacer intervenciones también de cambio al medio, con la finalidad de disminuir tanto el consumo de sustancias como conductas y complicaciones asociadas, enfermedades de transmisión sexual (VIH, Hepatitis B y C, Sífilis, etc.), conductas delictivas, violencia intrafamiliar, lesiones y accidentes prevenibles. Parte de la rehabilitación basada en la comunidad implica que el usuario se convierta en un ente productivo mediante la inclusión

en procesos ocupacionales, laborales y académicos disminuyendo el desempleo y el ausentismo escolar. Dicha estrategia posee un nivel de evidencia aceptable y es uno de los modelos más propicios para el tratamiento de esta población de acuerdo con el MAITUS. (Fernando et al., 2016; Miller et al., 2018).

El modelo de tratamiento debe ser un proceso integral multidisciplinario, biopsicosocial, evaluado constantemente y adaptado a las necesidades individuales del paciente, su familia y su entorno. Desde un modelo de atención biopsicosocial se plantea que los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en el funcionamiento humano, en el contexto de la enfermedad y de la percepción de la misma, teniendo en cuenta de manera especial la experiencia adictiva.

Se entiende en esta perspectiva que los seres humanos son sistemas complejos y las adicciones son multifactoriales y multicausales. El componente biológico de este modelo busca entender cómo la causa de la adicción se deriva del funcionamiento del organismo. El componente psicológico encuentra causas a nivel de variables mentales y su influencia sobre las conductas desde distintos enfoques psicoterapéuticos. El componente social investiga los diferentes factores sociales y su impacto en el desarrollo de la enfermedad.

Los hallazgos en la literatura sugieren la necesidad de incorporar no solo evaluaciones comprensivas de abuso de sustancias y de tratamientos, sino de planes de atención individual a personas con DI. Tradicionalmente, los programas de tratamientos por abuso de sustancias son inadecuados para las necesidades de ellos.

Los programas de atención y prevención en adicciones para pacientes con DI y PD deben estar orientados a una atención de usuarios que incluya no solo al individuo, sino además a la familia como sistema relacional en el que se presentan diferentes dinámicas que dan sentido a la experiencia de consumo y que en algunos casos la refuerzan, ya sea por el desconocimiento de la condición clínica de base o por las conductas de co-adicción tan

comunes en estos casos. De igual manera, se debe procurar hacer presencia a nivel comunitario por medio del acompañamiento en las etapas de inclusión y la presencia institucional durante estas.

Aunque los modelos de trabajo aplicados en las intervenciones biopsicosociales no son estándar, ni están predeterminados, pueden identificarse estrategias de intervención, según el objetivo de las acciones con un grupo de individuos y sus contextos sociales. Se concibe la prestación de los servicios desde el reconocimiento de la dignidad humana, el desarrollo de un proceso diferencial y el trabajo multidisciplinario.

Todas estas particularidades se encuentran contenidas a través de un trabajo multidisciplinario integral que involucra áreas médicas, predominantemente psiquiatría, toxicología, medicina general, nutrición y educación física, así como áreas psicosociales en psicología, trabajo social especialista en familia y pedagogía. Dichas recomendaciones están basadas en el MAITUS. En conjunto, con estas áreas se toma en cuenta de manera predominante el rol del especialista en neuropsicología al dar cuenta de la presencia o no de la discapacidad intelectual y las áreas cerebrales de mayor funcionamiento, se encarga de estimular áreas afectadas especialmente relacionadas con las funciones ejecutivas (memoria, atención, lenguaje, entre otros) para la mejora del funcionamiento global a través de programas de rehabilitación neuropsicológica específicos para cada paciente. Por último, se hace énfasis en la necesidad de la terapia ocupacional encargada de los procesos educativos y formativos basados en postulados pedagógicos y ocupacionales donde el aprendizaje es entendido como el producto de la enseñanza, en las que se considera fundamental trasmitir y entrenar en habilidades y destrezas con la finalidad de inclusión en el medio familiar y social. En la siguiente gráfica se visualizan todas las disciplinas involucradas en el tratamiento.

Gráfico 2. Modelo de atención multidisciplinario propuesto para DI y PD

El proceso de atención se puede resumir en términos de un proceso dinámico secuencial o como un programa sistemático de varias fases relacionadas. De acuerdo a las buenas prácticas de tratamiento para los TUS, el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas (NIDA) en Estados Unidos y la ASAM posicionan que los tratamientos deben ser dinámicos, invidualizados, con un enfoque de evaluación constante ver (Gráfico 3). (SAMSHA, 2005; NIDA, 2008; NIDA, 2009)

Gráfico 3. Proceso de tratamiento de acuerdo a ASAM y NIDA

El proceso de tratamiento consiste en una serie de etapas que promueven una evaluación continua de la enfermedad adictológica haciendo énfasis en el posicionamiento de acuerdo a severidad en dominios de acuerdo a la herramienta de los criterios clínicos de la ASAM y que es llevado en la clínica.

Cabe resaltar que a pesar de que se ha encontrado que pacientes con TUS en procesos de tratamiento de tipo internado no se benefician por más de 90 días, se ha demostrado que pacientes con PD severa requieren tiempos de tratamiento más prolongados, así como disminución en las expectativas de evolución, en comparación con usuarios sin PD (Brunette et al., 2001; Drake et al., 2004).

Prevención en DI y PD

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas puede entenderse como el conjunto de acciones y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto evitar el inicio del uso de drogas como

la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo.

Los objetivos de la prevención requieren una definición clara. Diversos autores han identificado que los programas, estrategias o acciones preventivas deben estar orientadas hacia los siguientes puntos (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2010).

- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición del uso de sustancias hacia el abuso y dependencia.
- Disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de abuso o dependencia.
- Potenciar los factores de protección.
- Disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Se sugieren como estrategias de prevención específicas para esta población la detección temprana de ambas condiciones clínicas (DI y TUS), usar entrevistas clínicas ajustadas a la condición del paciente con sospecha de Discapacidad Intelectual y complementar con pruebas de tamizaje neuropsicológico.

Es fundamental la psicoeducación familiar y la tamización temprana escolar, así como promover el acompañamiento familiar y educativo para los pacientes que presentan DI y CI limítrofe, recordando que esta población tiene un riesgo incrementado de evolución del uso al abuso y la dependencia y teniendo en cuenta que los modelos de tratamiento no están ajustados para estos pacientes y que corren más riesgos que la población general.

Conclusiones

Es innegable el aumento del consumo abusivo de sustancias en la población general y que gracias a la mayor inclusión que hoy tienen las personas con discapacidad intelectual, en ellos también se ve incrementado el riesgo, sin embargo, la prevalencia del TUS en la población con DI es similar a la población general.

El subdiagnóstico y subtratamiento de las enfermedades mentales y de manera especial los que tienen esta patología es la regla más que la excepción, por la gran cantidad de barreras de acceso para la atención.

El enmascaramiento de los diagnósticos en psiquiatría, sumado a la poca información que se tiene de ambos temas, lleva a incrementar las barreras de acceso a la atención, sumado a los prejuicios y estigmas.

La DI reviste mayores dificultades en la intervención, diagnóstico, tratamiento y prevención de estas personas y sus familias, además se suman a tales dificultades las escasas habilidades de los profesionales de la salud para abordar estos temas y la limitada disponibilidad de instrumentos de diagnóstico confiables y válidos.

Esto lleva a la necesidad de llevar a cabo evaluaciones comprensivas y generar planes individuales de atención enfocados en el tratamiento multidisciplinario biopsicosocial basado en la rehabilitación en la comunidad.

Referencias

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Sociodrogalcohol. http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf

Brunette, M. F., Drake, R. E., Woods, M., & Hartnett, T. (2001). A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services, 52*(4), 526–528. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.526

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 360–374. https://doi.org/10.2975/27.2004.360.374

Giraldo-Ferrer, L. F., Tirado-Velásquez, J. D., Restrepo-Medrano, J. C., & Tirado-Otalvaro, A. F. (2016). Uso de instrumentos clínicos para la evaluación de pacientes y resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias (TUS). *Revista de La Facultad de Medicina, 64*(4), 749–759. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54697

Giraldo Ferrer, L. F., Velásquez Tirado, J. D., López López, L., Tirado Otálvaro, A. F., & Restrepo Medrano, J. C. (2018). Desarrollo y validación de escala multimodal para resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias. *Hacia la promoción de la salud, 23*(1), 71–87. https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.6

Hammink, A. B., Van Der Nagel, J., & Van de Mheen, D. (2015). Dual disorders: mild intellectual disability and substance abuse. En G. Dom & M. Franz (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 205–220). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45375-5_15

Mee-Lee, D., & Webinar, N. (2012). *Understanding and Utilizing the ASAM placement criteria.* https://farronline.org/wp-content/uploads/2015/10/Understanding-and-Utilizing-Asam-Webinar-Slides.pdf

Miller, S. C., Fiellin, D. A., Rosenthal, R. N., Saitz, R., & American Society of Addiction Medicine. (2018). *The ASAM principles of addiction medicine.* Lippincott Williams & Wilkins. http://ovid.com/site/catalog/books/6156.jsp

Ministerio de Salud & Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2016). *Modelo de Atención Integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia Ministro de Salud y Protección Social*. MINSALUD. https://bit.ly/3tKbl9Y

Morey, L. C. (1996). Patient placement criteria linking typologies to managed care. *Alcohol Research and Health, 20*(1), 36–44.

National Institute on Drug Abuse. (2008). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses.* NIDA. https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses

National Institute on Drug Abuse. (2009). *Principles of drug addiction treatment.* NIDA.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Oms - assist v3.0.* https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf

Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry.* Wolters Kluwer.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. treatment improvement Protocol.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://bit.ly/3guYSTW

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones, 29*(1), 3–5. https://doi.org/10.20882/adicciones.933

Van Duijvenbode, N., & Vandernagel, J. E. L. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research, 25*(6), 263–282. https://doi.org/10.1159/000501679

Zapata, J. P., García, J., Arroyave, C. A., Calderón, J. D., Gómez, J. M., Buitrago, D. J., Aparicio, A., & Aguirre, D. C. (2019). Validación de la sexta edición del Addiction Severity Index (ASI-6) (ISA-6) en población clínica de Colombia. *Biomédica, 39*(2), 385–404. https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4536

CONSUMO

Psicoterapia asistida con enteógenos ¿Una oportunidad para el tratamiento de la drogodependencia?[1]

Alejandro Marín Valencia
Antropólogo y especialista en Psicopatología y estructuras clínicas
Coordinador del Semillero de Investigación Etnopsique, Universidad de Antioquia
Estudiante de la Maestría en Culturas y Droga, Universidad de Caldas

Deisy Lorena Muñoz Serna
Ingeniera de Sistemas, Universidad Católica Luís Amigó
Co-fundadora del Semillero de Investigación Etnopsique, Universidad de Antioquia.
Estudiante de la Maestría en Culturas y Droga, Universidad de Caldas

Correo de contacto
etnopsique@gmail.com

1 Este artículo se realizó con la colaboración de los estudiantes e integrantes del Semillero de Investigación Etnopsique de la Universidad de Antioquia: Miguel Ángel Salas Montoya, Juan Camilo Montealegre Franco, Juan Pablo Arenas González, Juan Pablo Correa Arroyave y Milena Andrea Rendón.

Resumen

La adicción a las drogas es una problemática que afecta a gran cantidad de personas en el mundo y que acarrea múltiples dificultades para el individuo que la padece y las personas que lo rodean. Existen diversidad de tratamientos que, si bien pueden conllevar a una disminución del consumo por algún tiempo, no logran solucionar el problema de raíz, pues las recaídas son bastante frecuentes durante el proceso. La psicoterapia asistida con enteógenos se perfila como un modelo de tratamiento prometedor, pues los resultados de diversas investigaciones psicofarmacológicas, clínicas y etnopsicológicas muestran su efectividad no solo a nivel bioquímico para disminuir los síntomas asociados al síndrome de abstinencia, sino también a la hora de generar cesación del consumo de manera definitiva, propiciando una perspectiva integral y reparadora en la persona adicta que puede ayudarle a recuperar su bienestar a nivel físico, psicológico y afectivo.

Palabras clave: psicoterapia, enteógenos, toxicomanía, medicina alternativa.

Introducción

La drogadicción es un trastorno de salud mental y física complejo, caracterizado por un deseo y actitud compulsiva, persistente y muchas veces incontrolada por el consumo de sustancias psicoactivas, a pesar de las consecuencias negativas y graves que dicho consumo acarrea en la persona. Esta es una condición que modifica la estructura y funcionamiento del cerebro por un largo tiempo y genera comportamientos nocivos en las personas a nivel individual y en su entorno.

El tratamiento de la drogodependencia se desarrolla principalmente con la administración de medicamentos como la metadona, buprenorfina y naltrexona para la adicción a los opiáceos (heroína y morfina); el bupropión y la vareniclina para el consumo de tabaco y la naltrexona, acamprosato, disulfiram

y topiramato usados para el alcoholismo. No obstante, la prescripción de estos fármacos es insuficiente como tratamiento. Mejores resultados se han obtenido cuando se acompaña la medicación con psicoterapia, pues ayudan a regular el comportamiento y actitudes de los pacientes frente a su consumo abusivo de drogas y proporcionan herramientas para llevar una vida más sana. Sin embargo, este modelo de tratamiento no es efectivo en el 100% de los casos, ya que aproximadamente el 80% de los pacientes, recae en el consumo antes de cumplir el primer año de tratamiento (Luengo, Romero & Gómez, 2000). Cabe destacar, también, que al usar múltiples fármacos es factible que se produzcan interacciones medicamentosas que pueden conllevar un riesgo a la salud de los pacientes (Zapelini do Nascimento, Marques & Schuelter-Trevisol, 2020).

Ante la gran cantidad de efectos adversos por procesos hospitalarios mal realizados y fármacos mal suministrados, el panorama mundial comienza a cambiar frente a la medicina occidental y a los tratamientos convencionales contra la drogadicción y otros trastornos psiquiátricos. De esta manera, renace el interés de los usuarios e investigadores occidentales por los procesos terapéuticos alternativos, entre los que se encuentran la psicoterapia asistida con enteógenos (Mabit & González, 2013).

Los enteógenos son sustancias vegetales, fúngicas, animales o sintéticas que generan profundos cambios en la conciencia humana y que han sido usados por los seres humanos desde épocas inmemoriales a lo largo y ancho del globo en contextos específicos de carácter ritual. El término enteógeno podría traducirse como “generación de la divinidad adentro de sí mismo”, concepto usado para hacer referencia al uso de sustancias dentro de marcos rituales con fines terapéuticos y espirituales y, a su vez, a las experiencias extáticas (místicas, numinosas) que tienen la capacidad de producir. Este concepto fue acuñado por un grupo interdisciplinario de investigadores en 1979, con el fin de reemplazar otras acepciones como alucinógenos,

psicotomiméticos o psicodélicos, por considerarlos inadecuados para describir el tipo de experiencias que inducen y sus prácticas tradicionales asociadas (Wasson et.al., 2013). Algunos de los enteógenos de uso tradicional más conocidos son el brebaje amazónico ayahuasca, el cactus visionario peyote, los hongos del género *psilocybe*, la *salvia divinorum,* las raíces de Iboga, la LSD-25, entre muchos otros.

Actualmente, se están desarrollando diversos estudios e investigaciones desde diferentes disciplinas como neuropsicología, farmacología, psiquiatría, psicología, etnopsicología, antropología, entre otras, en las cuales cada vez más se logra evidenciar que el uso de enteógenos en conjunto con un acompañamiento psicoterapéutico, puede reducir los síntomas de la dependencia por sus efectos en el cerebro y en el psiquismo, y sus propiedades anti-adictivas, lo cual sugiere que pueden ser una alternativa terapéutica viable para el tratamiento de la drogadicción (Fernández, 2003).

Antecedentes: estudios pioneros del uso de enteógenos en psicoterapia

El uso de sustancias con la propiedad de modificar los estados de conciencia ha sido una práctica cultural permanente a lo largo de la historia del ser humano en diversos contextos sociales (Samorini, 2001, 2016). Dentro del gran abanico de sustancias psicoactivas empleadas por los humanos, existe un grupo de plantas y sustancias con unas características particulares que han llevado a los investigadores a crear una categoría propia que se conoce actualmente como enteógenos (Wasson, Hofmann y Ruck, 2013; Yensen, 1998; Ott, 2011). Estas sustancias enteógenas se diferencian de otras sustancias psicoactivas por sus efectos cualitativos en la conciencia que están asociados a experiencias de orden místico o religioso y que han sido usadas en marcos rituales controlados por diversos grupos indígenas, y más recientemente se han suscrito al mundo de la ciencia, la medicina y la psicología por sus potenciales efectos terapéuticos (Fadiman, 2017; Griffiths,

2016, 2017; Carhart-Harris, 2016, 2018; Timmermann, 2014). Los enteógenos más reconocidos son aquellos denominados “plantas sagradas”, ya que están asociadas a prácticas tradicionales religiosas y terapéuticas de grupos indígenas. Algunas de estas plantas, con las cuales se está realizando investigación psicofarmacológica y aplicación psicoterapéutica, son:

Ayahuasca o yajé: brebaje preparado a partir de la liana de ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) y los arbustos de Chacruna (*Psychotria viridis*) o Chagropanga (*Diplopterys cabrerana*), usado por comunidades indígenas del noroccidente amazónico en rituales curativos, iniciáticos y religiosos. Sus principios activos son la dimetiltriptamina, la harmina y la harmalina principalmente.

Peyote: cactus visionario originario de las zonas desérticas del norte de México y el sur de Estados Unidos, usado por grupos indígenas en ambos países durante peregrinaciones y rituales religiosos. Su principio activo es la mescalina.

Hongos *psilocybe*: género de hongos que crecen en diversas zonas alrededor del planeta, principalmente en pastizales y estiércol de ganado vacuno. Este tipo de hongos han sido usados tradicionalmente por el pueblo mazateco al sur de México en ceremonias religiosas y curativas. Su principio activo en la psilocibina.

***Salvia divinorum*:** planta de la familia de las mentas usada por los chamanes mazatecos en rituales adivinatorios y terapéuticos cuyo compuesto activo es la salvinorina A.

Iboga: raíz africana del arbusto *Tabernanthe iboga*, utilizada en rituales de sanación y ritos de iniciación desde hace miles de años por grupos nativos, y recientemente por el culto Bwiti de Gabón, Guinea Ecuatorial y otros países. Su principal compuesto activo es la ibogaína.

Además de los enteógenos naturales anteriormente mencionados, se encuentran los enteógenos sintéticos, como la dietilamida de ácido lisérgico (LSD-25), que si bien no suelen ser usados en

marcos rituales y su consumo en sociedades industrializadas es predominantemente lúdico-recreativo, pueden ser consideradas enteógenos por sus efectos subjetivos de tipo extático y por su potencial psicoterapéutico en contextos clínicos, asistidos y controlados (Grof, 1980; Yensen, 1998).

En el siglo XX, gracias a los avances de las ciencias farmacológicas y médicas, se lograron aislar y sintetizar algunos componentes activos de los enteógenos anteriormente mencionados como la mescalina, la LSD-25 y la psilocibina, y se inició una era de investigaciones psiquiátricas y psicoterapéuticas haciendo uso de estas sustancias enteogénicas. Ya a mediados del siglo XX, comenzaron a surgir estudios rigurosos por parte de algunos renombrados investigadores que reconocieron tempranamente el potencial psicodinámico del uso de enteógenos en psicoterapia y comenzaron un largo trayecto de investigación aplicada que pretendía comprender el funcionamiento de estas sustancias y su uso terapéutico para el tratamiento de trastornos psíquicos como la depresión, desórdenes compulsivos y, principalmente la farmacodependencia, logrando hallazgos significativos en el campo de la psicología clínica.

Cerca de 700 publicaciones entre los años 1950 y 1970 demuestran claramente la participación activa de médicos y psicólogos en la investigación del potencial terapéutico de estas sustancias. Las primeras investigaciones se centraron en dos métodos: 1) la terapia psicolítica, desarrollada en 1960 por terapeutas psicoanalistas, la cual se basaba en la activación de memorias inconscientes, impulsos emocionales y conflictos mediante bajas dosis de enteógenos, esto daba oportunidades de superar y consolidar estructuras defensivas en pacientes que previamente se consideraban resistentes a terapia; 2) la terapia psicodélica, desarrollada en 1950 por los reconocidos psiquiatras Abraham Hoffer y Humphrey Osmond, cuya intención inicial fue imitar el *delirium tremens* que sufrían los alcohólicos (la mayoría se mantenían abstinentes después de experimentarlo) mediante el uso de altas dosis de LSD. Lo que se encontró con

este procedimiento fue la inducción de experiencias místico-religiosas en la base de su acción terapéutica. Este método utiliza una preparación rigurosa del paciente, dosis más altas, entornos y música específicos para favorecer la evocación de percepciones profundas y experiencias religiosas. Se enfatizó particularmente en el poder transformador de ciertos estados místicos de conciencia (Passie, 1996).

Cabe destacar también las investigaciones y tratamientos realizados por Stanislav Grof, precursor de las terapias con LSD y fundador de la psicología transpersonal (Grof, 1980, 2015). Otro de los grandes pioneros en este campo, fue el psiquiatra mexicano Salvador Roquet, quien fundó la psicosíntesis como modelo de terapia psicodinámica que bebía tanto de la psicología académica como de las medicinas tradicionales indígenas y los sistemas chamánicos, principalmente de las comunidades de México, haciendo uso de la mescalina y la psilocibina, alcaloides del cactus de peyote y de los hongos del género *psilocybe* respectivamente, enteógenos que son usados por pueblos nativos para el tratamiento de diversas enfermedades. Además, Roquet empleó en sus terapias sustancias sintéticas como LSD, MDA y Ketamina, entre otras (Romero, 2005). Se creó también en esta misma línea lo que se conoce como "medicina psiquedélica", término acuñado por Richard Yensen, quien ha realizado investigaciones e intervenciones clínicas haciendo uso del LSD y MDMA (éxtasis) durante las décadas del 80 y 90 (Yensen, 1998).

A pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas en la primera mitad del siglo XX y sus prometedores resultados en el campo de la psicoterapia, principalmente para el tratamiento de las adicciones, y otras condiciones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad, la relación de nuestras sociedades modernas con los enteógenos ha sido escasa y ha estado marcada por el prohibicionismo y la estigmatización. Rápidamente se prohibió la investigación científica a nivel mundial, ya que estas sustancias salieron de los laboratorios e ingresaron a las calles como drogas de uso recreativo. De esta manera, los enteógenos

figuran actualmente como sustancias controladas y fiscalizadas internacionalmente a partir del Convenio de Sustancias Psicotrópicas celebrado en Viena (Austria) en 1971, y se encuentran en la lista I como sustancias que tienen gran potencial de abuso y carecen de beneficios médicos (ONU, 1971; JIFE, 2014). Esto ha puesto en jaque la investigación científica sobre las sustancias enteógenas durante las últimas cuatro décadas, situación que apenas en los últimos años parece que comienza a transformarse gracias al resurgimiento de estudios e investigaciones en medicina, psicoterapia, psiquiatría, antropología y neurociencias por parte de prestigiosas universidades internacionales (Passie, 1996; Griffiths, 2016, 2017; Carhart-Harris, 2016, 2018; Timmermann, 2014).

Estudios actuales del uso de enteógenos en el tratamiento de las adicciones

Los estudios sobre las experiencias ocasionadas por los enteógenos como la LSD, la psilocibina, la ayahuasca, entre otros, se encuentran en un momento de auge académico que se ha conocido como el resurgimiento de la ciencia psiquedélica. Las investigaciones más recientes en el campo de la psicofarmacología y las neurociencias están arrojando importantes resultados sobre el potencial psicoterapéutico de los enteógenos para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos como la drogodependencia, la depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de estrés postraumático, entre otros (Winkelman, 2014; García-Romeu, Kersgaard & Addy, 2016).

En la década de 1980 se crearon algunas organizaciones que pretendían reanudar las investigaciones con enteógenos desde el ámbito psicoterapéutico, a pesar de la prohibición, tales como la Sociedad Suiza de Médicos para la Terapia Psicolítica (SAEPT), la cual contaba con permiso para realizar acompañamiento psicoterapéutico con LSD; el Colegio Europeo Para el Estudio de la Consciencia, que trabajaba en el campo de la aplicación médica de enteógenos; y en Estados Unidos la Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (MAPS), quienes

en la actualidad lideran las investigaciones internacionales más importantes en la aplicación de psicoterapia asistida con enteógenos (Passie, 1996).

Actualmente, algunas reconocidas universidades como el Imperial College of London, John Hopkins University, Universidad de Barcelona, UCLA, Universidad de Sao Pablo, y centros de investigación como Takiwasi (Perú), Beckley Foundation (Reino Unido), Heffter Research Institute (EE.UU.) o el International Center for Ethnobotanical Education, Research & Service -ICEERS- (España), son entidades académicas de gran prestigio que están a la vanguardia en la investigación antropológica, médica, psiquiátrica, psicoterapéutica, farmacológica y neurocientífica sobre el uso de enteógenos, logrando evidenciar los potenciales beneficios de este tipo de sustancias para diversos problemas psicosociales contemporáneos, sin demeritar sus riesgos y aspectos éticos y políticos.

Como se mencionó anteriormente, es sabido que las toxicomanías afectan directamente el cerebro en su estructura y funcionamiento, por lo tanto, los tratamientos farmacológicos requieren mínimo de dos efectos para ser medianamente eficaces: en primer lugar, un aumento general en los niveles de serotonina y dopamina para atenuar los síntomas de la abstinencia, y, en segundo término, una regulación y normalización de los niveles de dopamina, altamente afectados por el uso abusivo de sustancias. Algunos enteógenos como la ayahuasca, la psilocibina y la ibogaína, son capaces de lograr este efecto dual en el cerebro, según las últimas investigaciones realizadas (Winkelman, 2015).

La psilocibina, componente activo de los hongos psilocibios, ha mostrado hallazgos prometedores como coadyuvante en el tratamiento de la adicción al tabaco en combinación con psicoterapia cognitivo-conductual. En un estudio piloto realizado en la Universidad John Hopkins se administró psilocibina a 15 personas durante su proceso psicoterapéutico, de las cuales 12 (el 80%), dejaron el uso del tabaco a los 6 meses y se evidenció una

reducción casi total de los síntomas de abstinencia, demostrando así una eficacia biológica verificable. Un aspecto interesante de este estudio fueron los hallazgos relativos a las experiencias de tipo místico propiciadas por la psilocibina, que resultaron ser experiencias significativas que influyeron en los resultados del tratamiento durante los seis meses de seguimiento posteriores a la administración del enteógeno. En otro estudio sobre la terapia motivacional para el tratamiento del alcoholismo, se evidenció un aumento del período de abstinencia de hasta 36 semanas después de administradas las dosis de psilocibina. Aunque estas investigaciones se realizaron con muestras pequeñas y sin grupo control, los resultados han sido tan alentadores que actualmente se están realizando estudios más rigurosos y ensayos controlados aleatorios para estudiar el potencial anti-adictivo de la psilocibina para el trastorno por uso de sustancias como el tabaco, el alcoholismo y, más recientemente, para la dependencia a la cocaína (García-Romeu, Kersgaard & Addy, 2016).

La ibogaína es otra de las sustancias enteogénicas que ha mostrado resultados prometedores para el tratamiento de la drogodependencia, especialmente para la adicción a opiáceos, pues se ha evidenciado en las diversas investigaciones que esta tiene una interacción directa y bastante peculiar con los neurotransmisores y agentes bioquímicos del cerebro involucrados en las adicciones (dopamina, serotonina, GNDF, entre otros). La Asociación Multidisciplinaria de Estudios Psicodélicos (MAPS) realizó en el año 2017 dos estudios observacionales para determinar los efectos a largo plazo del tratamiento con ibogaína en pacientes con dependencia a opiáceos. El primero fue desarrollado en México y contó con la participación de 30 personas y el segundo se llevó a cabo en Nueva Zelanda con 14 participantes. En ambos casos, los pacientes eran personas con dependencia a opioides (heroína y oxicodona) diagnosticados en base al DSM-IV y que ya habían recibido tratamientos anteriores sin tener éxito. Se les suministraron dosis de entre 1,540 ± 920 mg de ibogaína y se les realizó seguimiento constante durante 12 meses,

haciendo uso de escalas para medir la severidad de la adicción y los efectos subjetivos del síndrome de abstinencia a opioides. Ambos estudios concluyeron que la terapia asistida con ibogaína resultó ser eficiente para mejorar los síntomas relacionados al síndrome de abstinencia y reducir notablemente el *craving* o deseo compulsivo por consumir. Incluso, en algunas personas se logró la disminución o suspensión completa del consumo de opiáceos en muy poco tiempo (Kingsley & Alper, 2017; Noller, Frampton & Yazar, 2017).

Recientemente, la salvinorina A, un terpeno psicoactivo encontrado en la planta *salvia divinorum*, está siendo investigado para su posible uso como coadyuvante en el tratamiento de las toxicomanías. En la actualidad, hay múltiples tratamientos farmacológicos disponibles para la dependencia del alcohol, la nicotina y los opioides y se están investigando varios fármacos para los trastornos relacionados con el cannabis. Sin embargo, el abuso y dependencia de psicoestimulantes como la cocaína, anfetaminas y metanfetaminas carece de tratamiento farmacológico eficaz hasta el momento. Los efectos psicoestimulantes de dichas sustancias se sabe que actúan en el sistema de recompensa del cerebro y, por esto, la salvinorina A se presenta como una posible herramienta para el tratamiento del uso abusivo de estas sustancias, pues sus efectos en los receptores opioides kappa, relacionados con la sedación, la aversión y la atenuación del circuito de recompensa natural, hacen que este enteógeno posiblemente tenga un potencial terapéutico anti-adictivo que puede ser eficaz en el tratamiento de la drogadicción (Kivell, Ewald, y Prisinzano, 2014). A pesar de que los estudios con la salvinorina A apenas están comenzando y que aún no se han hecho investigaciones aplicadas y estudios controlados en humanos, la actividad psicofarmacológica de este enteógeno, dentro de un marco psicoterapéutico adecuado, podría ser una alternativa prometedora contra las toxicomanías, la depresión u otras condiciones neuropsicológicas en un futuro cercano.

En cuanto al uso del cactus peyote y de su componente activo, la mescalina, es importante mencionar algunos casos relacionados con sus usos tradicionales. Los primeros estudios sobre esta planta fueron observacionales y se realizaron en el marco del culto religioso conocido como Native American Church, movimiento que congregó a diferentes grupos indígenas que estaban sufriendo una fuerte pérdida de identidad cultural derivada del alcoholismo severo en el que estaban cayendo gran parte de los indígenas. De esta manera, se sirvieron del uso ritual del peyote como mecanismo de resistencia y de reintegración terapéutica de aquellas personas que estaban sumidas en problemas de adicción al alcohol (Winkelman, 2014).

Esto llevó a los investigadores a querer profundizar sobre el uso del peyote y la mescalina en procesos psicoterapéuticos más complejos para corroborar empíricamente y de manera controlada en laboratorios clínicos los hallazgos de la investigación observacional. Recientemente, se realizó un estudio comparativo a largo plazo con miembros de la Native American Church con una mediana de 300 episodios de uso del peyote, un grupo de indígenas con problemas de alcoholismo crónico, y un grupo control de personas nativas sanas. En este estudio se evidenció que los usuarios de peyote a largo plazo no presentaban déficits cognitivos ni en su salud mental y, por el contrario, manifestaban un bienestar psicológico significativamente alto en comparación con los dos grupos control que no usaban peyote; mientras que el grupo de indígenas con problemas de alcoholismo evidenció altos déficits neuropsicológicos. Aunque se hace necesario realizar mayores investigaciones, estos resultados sugieren que la mescalina y el uso ritual del peyote, podrían tener un potencial papel como agentes psicoterapéuticos para el tratamiento de la dependencia al alcohol y otras drogas (García-Romeu, Kersgaard & Addy, 2016)

El estudio del peyote pone de manifiesto un asunto importante sobre el uso de enteógenos como coadyuvantes en el proceso terapéutico para las adicciones y es la importancia de los

factores extrafarmacológicos sobre los efectos y resultados esperados con el uso de estas sustancias. Se considera que los enteógenos son amplificadores inespecíficos del psiquismo y por lo tanto, aunque farmacológicamente tienen un comportamiento bioquímico concreto en el cerebro y sus diferentes sistemas de neurotransmisores, sus efectos subjetivos sobre la conciencia son totalmente inesperados y dependen de dos cuestiones fundamentales: el *set*, que sería la disposición personal, biológica y psicológica del individuo; y el *setting*, que es el escenario, el ambiente y el contexto en el cual se desarrolla la experiencia con enteógenos (Winkelman, 2015; Carhart-Harris, 2018). No es gratuito que diversos grupos indígenas alrededor del mundo utilicen estas sustancias enteogénicas dentro de estrictos rituales tradicionales de tipo espiritual y curativo controlados por los médicos tradicionales, curanderos o chamanes desde tiempos inmemoriales, pues reconocían que solo de esta manera podían aprovechar todo el potencial terapéutico de los enteógenos y minimizar al máximo los riesgos que pueden conllevar. Así mismo, esto demuestra que los enteógenos tienen un escaso o nulo potencial de abuso (diferente a lo que afirma la ONU) y que, por el contrario, tienen un alto potencial terapéutico y psicoterapéutico anti-adictivo, según lo han podido evidenciar múltiples investigaciones científicas actuales.

Es por esto que, además de los estudios clínicos y de laboratorio que se realizan con estas sustancias, actualmente están surgiendo alternativas terapéuticas que le apuestan a un paradigma integral e intercultural en el uso de enteógenos, combinando la medicina y psicoterapia occidental con prácticas medicinales tradicionales de algunos grupos indígenas, reconociendo así que los efectos positivos de los enteógenos en la salud mental y física de las personas, además de tener bases biológicas, están relacionados con procesos psicológicos y sociales mediados por su uso ritual, el *set* y el *setting* (Mabbit & González, 2013).

Un ejemplo claro de esto es el caso de Takiwasi, un centro pionero a nivel mundial en la investigación y tratamiento de las adicciones

bajo un modelo de intervención terapéutica intercultural que combina las medicinas tradicionales amazónicas (etnobotánica, etnomedicina y etnopsicología) con el conocimiento médico occidental (biomedicina, psicología y psiquiatría). Takiwasi tiene sede en las selvas peruanas, y desde 1992 ha centrado su atención en la rehabilitación de toxicómanos de comunidades indígenas y de personas provenientes de otras ciudades del país y del mundo (Mabit, Giove & Vega, 1996).

Uno de los ejes en la práctica terapéutica de Takiwasi es el uso del brebaje enteogénico de ayahuasca dentro de un marco ritual que favorece el desarrollo espiritual e integral del individuo, proceso que es acompañado con otros aspectos de la medicina tradicional indígena como dietas especiales, eméticos, intervenciones espirituales, trabajo colectivo, etc.; en conjunto con terapias modernas de psicología cognitiva-conductual y transpersonal que se encaminan a la transformación personal de los adictos (Winklman, 2015).

Según el informe del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, una de las mejores alternativas para el tratamiento de las adicciones es precisamente las denominadas terapias o programas residenciales, que se han mostrado eficaces para personas con problemas graves de adicción, que incluso incluyen otras enfermedades como la depresión o trastornos de ansiedad. Un ejemplo de estos programas residenciales son las comunidades terapéuticas, que se diferencian de otros enfoques de tratamiento principalmente porque usan la interacción social comunitaria como factor clave a la hora de mejorar las actitudes y comportamientos de los adictos, propendiendo por una reinserción social de la persona para que pueda vivir una vida libre de drogas y conductas perjudiciales (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

Este es precisamente el modelo terapéutico del centro Takiwasi, que consta de un internamiento de por lo menos ocho meses, en los cuales se pasa por diferentes fases que van desde la

desintoxicación y rehabilitación física, buscando en primera instancia probar la voluntad del paciente y su motivación para continuar y, posteriormente, un proceso de confrontación interior guiado por la espiritualidad indígena, la psicoterapia asistida con enteógenos y el acompañamiento de toda una comunidad terapéutica compuesta por pacientes, profesionales y médicos tradicionales (Dubbini, Mabit & Politi, 2020).

Hasta ahora, y después de más de 20 años de experiencia, los resultados de este modelo de intervención terapéutica son alentadores, pues están ofreciendo información importante que permite evidenciar la importancia de la espiritualidad en el proceso de psicogénesis de la adicción, así como su papel en el tratamiento y protocolo de rehabilitación, mediado por el uso ritual de la ayahuasca, lo cual nos lleva a considerar de manera seria y rigurosa la posibilidad de convergencia entre tratamientos psicoterapéuticos innovadores que incluyen la inducción controlada de estados ampliados de consciencia y el potencial de la sabiduría y conocimiento de las medicinas tradicionales y sus plantas sagradas, siendo una propuesta de diálogo intercultural para la construcción de un tratamiento efectivo a la altura de los retos de nuestras sociedades modernas (Mabit & González, 2013; Politi, Friso, Saucedo & Torres, 2020).

Conclusiones

La drogadicción, farmacodependencia o toxicomanía, es una enfermedad compleja que ataca la estructura y funcionamiento del cerebro, deteriorando las capacidades cognitivas y neuropsicológicas de las personas adictas y también deteriora su vida interpersonal y afectiva. Así mismo, el tratamiento de las adicciones se caracteriza por su complejidad, ya que dicha condición afecta a los individuos en diferentes ámbitos de su vida personal, familiar y social y, por ende, el tratamiento debe incorporar diversos componentes para cada aspecto, que de manera integral propendan por la anulación del consumo de drogas,

la recuperación del bienestar psicosocial y el mantenimiento de una vida saludable a lo largo del tiempo. Este aspecto temporal requerirá de un acompañamiento y tratamiento a largo plazo y en varios momentos de la vida del paciente.

Entre los diferentes modelos y enfoques terapéuticos que se han desarrollado a lo largo de la historia para el tratamiento y rehabilitación de la drogadicción, entre los que se incluyen las terapias farmacológicas, la psicoterapia cognitivo-conductual y los programas residenciales o comunidades terapéuticas, actualmente comienza a aparecer en el escenario de la investigación y la intervención psicoterapéuticas un nuevo enfoque que se vale del uso de sustancias psicoactivas llamadas enteógenos como coadyuvantes en el proceso de tratamiento.

A pesar de que los enteógenos están en su mayoría catalogados en la Lista I de sustancias de prohibidas y controladas (alegando que no tienen usos médicos y tienen un alto potencial de abuso de drogas), las investigaciones realizadas a mediados del siglo XX y más recientemente los estudios desarrollados en las últimas tres décadas, han demostrado que los enteógenos parecen tener un efecto muy beneficioso para el tratamiento de diversas condiciones psicopatológicas entre las que destacan las toxicomanías, por lo cual podrían ser un tratamiento razonable y efectivo.

De manera general, los enteógenos producen efectos bioquímicos en el cerebro que suelen aumentar la conectividad global entre diferentes áreas y producir efectos concretos en algunos receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos, opioides y otras estructuras que intervienen directamente en la regulación de los circuitos de recompensa natural, propiciando así una re-codificación de los hábitos de pensamiento y comportamiento asociados al uso compulsivo de drogas como el alcohol, el tabaco, la cocaína, las anfetaminas y los opiáceos. Además de esto, sus efectos psicológicos subjetivos en la conciencia suelen estar relacionados con conocimientos, recuerdos, acciones, sentimientos y creencias del individuo, lo cual, bajo un

acompañamiento psicoterapéutico adecuado, puede conducir a cambios positivos en el comportamiento y las condiciones subjetivas de la adicción (Nutt & Carhart-Harris, 2020).

Sumado a esto, se ha evidenciado que los enteógenos tienen un perfil de seguridad mayor que otro tipo de psicofármacos legales e ilegales, y contrario a lo que se plantea en el convenio de sustancias psicotrópicas, en lugar de generar condiciones de dependencia, tienen un alto potencial anti-adictivo y anti-*craving*, que está impulsado no solo por sus efectos farmacológicos sino por factores extrafarmacológicos (*set* y *setting*) que se encargan de moldear la experiencia durante el consumo del enteógeno, y que influyen en los efectos posteriores en la vida de las personas adictas; lo cual se evidencia en la reducción significativa o total del abuso de sustancias, así como en condiciones de bienestar psicológico, afectivo e interpersonal que perduran por un tiempo prolongado. Esto manifiesta que la psicoterapia con enteógenos no solo ayuda en el tratamiento de las toxicomanías, sino que tiene efectos prometedores en pacientes con comorbilidad que presentan, además de la adicción, trastornos depresivos o de ansiedad (Winkelman, 2015).

Por último, estos nuevos modelos de tratamiento de la drogadicción trascienden además los espacios psicoterapéuticos y clínicos convencionales y comienzan a promover un proceso de diálogo intercultural entre la psicoterapia, la medicina occidental y las psicoterapias y medicinas tradicionales de comunidades originarias que han usado el potencial terapéutico y espiritual de los enteógenos durante generaciones y que ofrecen nuevas perspectivas y alternativas para los pacientes, convirtiéndose en opciones de etnopsicología aplicada. De esta manera, la psicoterapia asistida con enteógenos, sea en ámbitos clínicos occidentales como en modelos de intervención intercultural con medicinas tradicionales, se perfila como una gran posibilidad para el mundo moderno en cuanto al tratamiento de la farmacodependencia y la adicción. Por tanto, es importante

plantearse que restringir o limitar el estudio de las sustancias enteógenas solo por su condición política de ser sustancias prohibidas o controladas es un obstáculo epistemológico para la producción de nuevo conocimiento, así como una limitante a la hora de desarrollar nuevos procedimientos psicoterapéuticos adecuados que respondan efectivamente a los riesgos de nuestras sociedades contemporáneas, donde la drogadicción se ha convertido en un problema social y de salud pública que necesita de novedosos e innovadores procesos de intervención.

Referencias

Carhart-Harris, R., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C., Erritzoe, D., Kaelen, M., & Nutt, D. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: and open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry, 3*(7), 619–627. http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30065-7

Carhart-Harris, R., Roseman, L., Haijen, E., Erritzoe, D., Watts, R., Branchi, I., & Kaelen, M. (2018). Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of Psychopharmacology, 32*(7), 725–731. https://doi.org/ 10.1177/0269881118754710.

Dubbini, A., Mabit, J., & Politi, M. (2020). Therapeutic potential of spirituality and mystical experiences in the treatment of substance use disorders. *Revista Cultura y Droga, 25*(29), 41–62. https://doi.org/ 10.17151/culdr.2020.25.29.3.

Fadiman, J. (2017). *Guía del explorador psicodélico: cómo realizar viajes sagrados de modo seguro y terapéutico.* Gaia.

Fernández, X. (2003). Estados modificados de consciencia con enteógenos en el tratamiento de las drogodependencias. *Revista de Etnopsicología*, (2), 33–45. http://www.neip.info/upd_blob/0000/375.pdf

García-Romeu, A., Kersgaard, B., & Addy, P. (2016). Clinical Application of Hallucinogens: A Review. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 24*(4), 229–268.

Griffiths, R. R., Johnson, M., Carducci, M., Umbricht, A., Richards, W., Richards, B., & Klinedinst, M. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology, 30*(12), 1181-1197. https://doi.org/ 101177/0269881116675513

Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Richards, W. A., Richards, B. D., Jesse, R., MacLean, K. A., Barrett, F. S., Cosimano, M. P., & Klinedinst,

M. A. (2017). Psilocybin-occasioned mystical-type experience in combination with meditation and other spiritual practices produces enduring positive changes in psychological functioning and in trait measures of prosocial attitudes and behaviors. *Journal of Psychopharmacology, 32*(1), 49–69. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020861/

Grof, S. (1980). Dominios del inconsciente humano: Observaciones a partir de la investigación con LSD. En R. Walsh & F. Vaughan (Eds.) *Más allá del ego. Textos de psicología transpersonal* (pp. 127–145). Kairós.

Grof, S. (2015). *La psicología del futuro. Lecciones de la investigación moderna de la consciencia.* La Liebre de Marzo.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción.* Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2014). *Lista de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional* (24a. Edición). http://www.regenciaquimica.ucr.ac.cr/sites/default/files/Lista%20Sicotrópicos.pdf

Kingsley, T., & Alper, K. (2017). Treatment of opioid use disorder with ibogaine: detoxification and drug use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 44*(1), 24–36. https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1320802

Kivell, B. M., Ewald, A. W. M., y Prisinzano, T. E. (2014). Salvinorin a analogs and other kappa-opioid receptor compounds as treatments for cocaine abuse. *Advances in Pharmacology, 69,* 481–511. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-420118-7.00012-3

Luengo-Martín, A., Romero, E., & Gómez, X. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas.* Editorial Compostela, S.A.

Mabit, J., & González, J. (2013). Hacia una medicina transcultural: reflexiones y propuestas a partir de la experiencia en Takiwasi. *Journal of Transpersonal Research, 5*(2), 49–76.

Mabit, J., Giove, R., & Vega, J. (1996) Takiwasi: The use of Amazonian shamanism to rehabilitate drug addicts. En W. Andritzk (Ed.), *Yearbook of Cross-Cultural Medicine and Psychotherapy* (pp. 257–285). International Institute of Cross-Cultural Therapy Research.

Noller, G., Frampton, C., & Yazar-Klosinski, B. (2017). Ibogaine treatment outcomes for opioid dependence from a twelve-month follow-up observational study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 44*(1), 37–46. https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1310218

Nutt, D., Erritzoe, D., & Carhart-Harris, R. (2020). Psychedelic psychiatry's brave new world. *Cell, 181*(1), 24–28. https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.03.020

Organización de las Naciones Unidas. (1971). *Convenio sobre sustancias psicotrópicas.* https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf

Ott, J. (2011). *Pharmacotheon. Drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia.* La Liebre de Marzo.

Passie, T. (1996). *Psycholytic and psychedelic therapy research 1931-1995 : A complete international bibliography.* Laurentius Publishers.

Politi, M., Friso, F., Saucedo, G., & Torres, J. (2020). Traditional use of banisteriopsis caapi alone and its application in a context of drug addiction therapy. *Journal of Psychoactive Drugs, 53*(1), 76–84. https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1820641

Romero, J. L. (2005). De la psicosíntesis a la medicina psiquedélica. En J. Romero & R. Vásquez (Eds.), *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en psicología contemporánea* (pp. 535–565). Kairós.

Samorini, G. (2001). *Los alucinógenos en el mito. Relatos sobre el origen de las plantas psicoactivas*. La Liebre de Marzo.

Samorini, G. (2016). Las fechas más antiguas de la relación humana con las drogas. *Revista Cultura y Droga, 21*(23), 91–113.

Timmermann, C. (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 52*(2), 93–102.

Wasson, R. G., Hofmann, A., & Ruck, C. (2013). *El camino a Eleusis. Una solución al enigma de los misterios.* Fondo de Cultura Económica.

Winkelman, M. (2014). Psychedelics as medicines for substance abuse rehabilitation: evaluating treatments with LSD, peyote, ibogaine and ayahuasca. *Current Drug Abuse Reviews, 7*(2), 101–116. https://doi.org/10.2174/1874473708666150107120011

Yensen, R. (1998). *Hacia una medicina psiquedélica. Reflexiones sobre el uso de enteógenos en psicoterapia.* La Liebre de Marzo.

Zapelini do Nascimento, D., Marques, G., & Schuelter-Trevisol, F. (2020). Potential psychotropic drug interactions among drug-dependent people. *Journal of Psychoactive Drugs,* 1–9. https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1849878

CONSUMO

Justicia restaurativa en adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal. Investigación documental

Juan Fernando Herrera Piedrahita
Doctorante en Psicoanálisis
Subdirector Científico Escuela Contra la Drogadicción de Antioquia (ECDA)
jfherrerap@hotmail.com

Catalina Arango Jiménez
Especialista en Psicología de las Organizaciones y del Trabajo
Profesional Universitaria (ECDA)
cataarango3010@gmail.com

Yorleny Uribe Muñoz
Mg. en Drogodependencias,
Profesional Universitaria (ECDA)
yorleny17@yahoo.com

Oscar Alfredo Muñiz
Especialista en Psicología Clínica y Salud Mental
Docente Universidad Pontificia Bolivariana (UPB)
Miembro del grupo de investigación en psicología (GIP)
oamuniz@gmail.com

Luisa Eugenia Villa Giraldo
Abogada Especialista en Legislación de Familia y Menores
Consultora Universidad (UPB)
luisaevilla@gmail.com

Lina Marcela Quiceno
Magister en Psicología Social
Docente Asistente (UPB)
Miembro del GIP
linamarcela.quiceno@upb.edu.co

Margarita Vanegas Peña
Representante legal IPSI
margaritavanegas@grupoipsi.org

Gloria Patricia Fernández Correa
Doctora en Educación con especialidad en Mediaciones Pedagógicas
Investigadora Fundación IPSI
fernandezcorreapatricia@gmail.com

Julián Guiral Quinchía
Mg. en Estudios Humanísticos
Investigador Fundación IPSI
Jguiral467@gmail.com

El presente trabajo es resultado del convenio especial de Cooperación ECD 2020014 entre la Escuela contra la Drogadicción, la Universidad Pontifica Bolivariana y la Fundación IPSI a fin de propiciar la primera fase de un proyecto de investigación sobre sobre la implementación de la justicia restaurativa en adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal y con delitos asociados al consumo de sustancias psicoactivas u otro tipo de conductas adictivas en Medellín y el Oriente Antioqueño.

Resumen

El tema de este artículo es la justicia restaurativa en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) y jóvenes con consumo problemático de drogas vinculados al Sistema. Se toma en cuenta el componente jurídico, el médico-sanitario, el restaurativo y el de inclusión social. El propósito que guio la investigación es poder tener insumos teóricos, prácticos y legales para la construcción de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño para adolescentes. Fue una investigación realizada por la Escuela Contra la Drogadicción de Antioquia, la Fundación IPSI y la Universidad Pontificia Bolivariana. La exploración se realizó por medio de la técnica de observación de documentos y bibliografía sobre el tema a nivel local, nacional e internacional de fuentes primarias y secundarias. Se concluye que la justicia restaurativa, en tanto finalidad del SRPA, se debe propiciar con todos los adolescentes, incluyendo a los que tienen consumo problemático de SPA y para todos los delitos. Hay una amplia normatividad para su aplicación; existen espacios para un diálogo restaurativo que atienden la subjetivación de la responsabilidad, los derechos de las víctimas y de las comunidades afectadas. Se incluyen programas específicos para el abordaje de adolescentes vinculados al SRPA y consumo problemático de SPA desde los componentes enunciados.

Palabras clave: asentimiento subjetivo, justicia restaurativa, salud mental, consumo de SPA, responsabilidad subjetiva.

Introducción

La Escuela Contra la Drogadicción Luis Carlos Galán Sarmiento de la Gobernación de Antioquia con la participación de Fundación IPSI y la Universidad Pontificia Bolivariana han realizado la primera fase de una investigación sobre justicia restaurativa en los componentes jurídicos, médico sanitario, restaurativo y de inclusión social. Investigación de tipo cualitativo/documental sobre la implementación de la justicia restaurativa en adolescentes

vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal y con delitos asociados al consumo de sustancias psicoactivas u otro tipo de conductas adictivas en Medellín y el Oriente Antioqueño, con el fin de tener insumos teóricos, prácticos y legales para la futura construcción de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño.

Para el abordaje del problema de investigación referido, se realizó una revisión de la documentación, nacional e internacional, sobre la justicia restaurativa en diferentes ámbitos, contextos, sociedades y, particularmente, en su implementación en Colombia en el SRPA, a partir de lo dispuesto en el libro segundo de la Ley 1098 de 2006 (Ley 1098 de 2006), actual Código de la Infancia y la Adolescencia (CIA) que se ocupa del SRPA. En estas disposiciones, Colombia adapta la legislación sobre niños, niñas y adolescentes a los postulados de la Convención Internacional de los derechos del Niño (Unicef, 1989) que ya había ratificado el Congreso de Colombia (Ley 12 de 1991).

Igualmente, se realizaron búsquedas en bases de datos, tales como: Academic Search Complete (Ebsco), Descubridor EDS, Dialnet, EbscoHost, Google Académico, Humanities International Complete (Ebsco), Taylor & Francis, Sage, Jstor, Scielo, Redalyc. Además, se hizo la revisión pertinente de documentos sobre la intervención con adolescentes que experimentan consumo problemático de sustancias psicoactivas, y particularmente su tratamiento en el SRPA.

Este texto da cuenta parcial de los resultados de la primera fase de la investigación, donde se realizó una revisión documental exhaustiva en la que se analizaron, sistematizaron e integraron alrededor de 200 textos dentro de los que se cuentan: normativas, artículos resultados de las investigaciones, ensayos y otros documentos sobre el SRPA y la justicia restaurativa. Esta búsqueda se hizo en relación al contexto nacional e internacional con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo de los componentes aquí tratados.

Así mismo, dichos documentos se registraron en una matriz general. Cada equipo realizó su ejercicio de procesamiento de los datos implementando la técnica de la observación documental y bibliográfica directa de sus fuentes primarias y secundarias; es decir, aquellas de las cuales se obtiene información directa y desde donde se origina la información y un análisis de contenido que, teniendo en cuenta a López (2002), enfatiza en la construcción de metatextos analíticos sobre la base de la revisión documental; en este caso, a partir de las categorías macro que se tenían (componentes anteriormente mencionados), las cuales posibilitaron ahondar en la temática que se abordó y generar un proceso descriptivo de la misma.

En esta revisión fue necesario establecer los efectos de las drogas en la salud mental y física de la persona consumidora a partir de datos oficiales; se revisó la información disponible sobre consumo y tratamiento de drogas tanto a nivel global, como a nivel regional y local, entendido como local, Colombia, Antioquia y los municipios objeto de estudio.

Se clarificó en la investigación que, con la expedición del Código de la Infancia y la Adolescencia, y dentro de este, en el libro dedicado exclusivamente al SRPA, se instauró en nuestro país un nuevo paradigma jurídico para la atención de adolescentes en conflicto con la ley penal; se pasó de la situación irregular que contemplaba el Código del Menor (Decreto 2737 de 1989), en la que los menores eran tomados como "objetos de compasión y represión" (Castrillón, 2011, p. 92), a la de la protección integral, en donde los adolescentes son asumidos como "sujetos de derechos" (p. 92).

En el CIA (Ley 1098 de 2006), los adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años de edad son considerados responsables penalmente de las conductas punibles que cometen (Artículo, 169) y por ello, son sometidos a un proceso en el que, tanto el propio proceso, como las medidas que se toman, tienen un carácter pedagógico, específico y diferenciado del sistema de

adultos, de conformidad con la protección integral, debiéndose además garantizar la justicia restaurativa, la verdad y la reparación del daño (Art. 140).

En estos términos, la justicia restaurativa es principio rector del SRPA (Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes, 2020), y, tal como lo indica Escobar (2018): "Los procesos y las prácticas restaurativas deben aplicarse frente a todos los delitos, [...] los adolescentes que han cometido cualquier tipo de delito y aquellos que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA)" (p. 92). La implementación de Programas de justicia restaurativa en ocho departamentos: Atlántico, Santander, Quindío, Tolima, Cesar, Antioquia, Valle del Cauda y Caldas, por parte del Ministerio de Justicia y Derecho con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), hace parte de la tarea de convertir la justicia restaurativa "en un componente fundamental de la política criminal del estado" (Maritano, 2020).

Con la justicia restaurativa se abren nuevas perspectivas para entender la responsabilidad del autor de la conducta delictiva, del daño y de la reparación desde el punto de vista de la víctima y del lazo social que también es afectado y, con él, el diálogo como herramienta fundamental para desarrollar políticas, procesos y programas de justicia restaurativa que, de conformidad con los "Principios básicos sobre la utilización de programas de justicia restaurativa en materia penal" (Naciones Unidas, 2002) citados por la Corte Constitucional, es (...) "todo programa que utilice procesos restaurativos o aspire a lograr resultados restaurativos" (Corte Constitucional, C-979, 2005).

Dentro de los hallazgos importantes se tiene que, desde marzo de 2007, cuando empezó a operar gradualmente el SRPA en el país, hasta junio de 2018, ingresaron 251.455 adolescentes y jóvenes al SRPA (ICBF, 2020a); de ellos, 39.230 adolescentes son del departamento de Antioquia; 5.045 del Distrito Judicial de

Antioquia, conformado por 112 municipios (Rama Judicial, 2020); y 34.185 del Distrito Judicial de Medellín conformado por 13 municipios (Rama Judicial, 2020), que participaron en los delitos de tráfico, fabricación o porte de drogas en un 47,27%; hurto en un 18,77%; violencia intrafamiliar 8,71%; lesiones personales 4,73%; fabricación, tráfico y porte de armas 4,46%; receptación 2,32%; extorsión 1,70% y homicidio 1,66%; entre otros con menor porcentaje de ocurrencia. Igualmente, se logró conocer por información del ICBF, Regional Antioquia, que en el año 2019 ingresaron 123 casos en el Oriente Antioqueño, 68 en Rionegro, 12 en La Ceja, 11 en El Carmen de Viboral, 10 en El Retiro, 9 en Marinilla, 6 en Guarne, 5 en San Vicente, 1 en El Peñol y 1 en La Unión; de ellos, 67 fueron por estupefacientes, 12 por hurto, 10 por receptación, 6 por concierto para delinquir, 6 por violencia intrafamiliar, 5 por lesiones personales, 3 por homicidio, 3 por acceso carnal abusivo, 3 por daño en bien ajeno, 2 por violencia contra servidor público y 1 por daños en recursos naturales; 108 eran hombres y 15 mujeres (ICBF-Regional Antioquia, 2020).

Se observa un aumento en los ingresos al SRPA entre 2008 y 2013 en el departamento de Antioquia, y, paradójicamente, una disminución desde ese año hasta la fecha de corte de la información, la cual fue en junio de 2018, así: 2010, 2.399; 2009, 3.709; 2010, 4.368; 2011, 4.252; 2012, 4.122; 2013, 4.213; y a partir de allí un descenso de los casos, en 2014, 3.653; 2015, 3.906; 2016, 3.816; 2017, 3.019 y en 2018 hasta junio, 1.689 casos (ICBF, 2020a). Esto evidencia la gran problemática que representa el abordaje del SRPA. Por tanto, la magnitud del problema que se aborda en el SRPA y su propia dogmática nos permite evidenciar:

> [...] dos principios que se integran y complementan [...] la protección integral y [...] la justicia restaurativa. En virtud de la protección integral estamos llamados a promover, proteger y garantizar los derechos de los adolescentes en conflicto con la ley penal [...] y desde el punto de vista de la justicia restaurativa, el Estado debe promover la garantía de los derechos de las víctimas, velar por la

> recomposición de las relaciones sociales lesionadas por el delito, garantizar los derechos a la verdad, la reparación integral y la responsabilización del adolescente frente al daño causado, con participación de la familia y de la comunidad. (Escobar, 2018, p. 4)

Teniendo en cuenta lo indicado y que la justicia restaurativa es uno de los principios rectores de SRPA, se destacó para la primera de las problemáticas a investigar que el modelo en el que se inspira y desarrolla el SRPA no es único, sino que es mixto (Cámara, 2011). Por un lado, involucra el modelo de la protección integral, jurídico o de responsabilidad, conforme a la Doctrina de la Protección Integral, que conjuga lo educativo y garantista (Cámara, 2011) que emana de la Convención de los Derechos del Niño; y, por otro, involucra el modelo emergente de la justicia restaurativa, materializada en la aplicación de sus principios y en el desarrollo de programas que favorecen la responsabilidad del ofensor, la reparación a la víctima y la reintegración social del ofensor (Padilla, 2012).

El segundo aspecto del problema de investigación se enmarcó en el hecho de que el delito cometido por adolescentes y la vinculación de los mismos al consumo de drogas, se constituye en una necesidad crítica para el sistema de justicia penal para adolescentes. Esto por varias razones. Primero, las evidencias recientes indican niveles altos y continuos de uso de drogas entre los adolescentes en conflicto con la ley (Gobierno Nacional de Colombia, 2010; Ministerio de Justicia y del Derecho, 2018; O.D.C., 2018). En segundo lugar, "en estudios realizados en Latinoamérica o en otras regiones, la evidencia internacional revela una estrecha relación entre consumo problemático de drogas e infracción de leyes, constituyéndose en dos conductas de riesgo con alta probabilidad de presentarse juntas", sin embargo, "no se ha logrado consenso respecto a la causalidad y orden de los factores droga-delincuencia versus delincuencia-droga" (Gómez, 2012, p. 13).

En toda esta problemática aparece una novedosa modalidad de tratamiento denominada “los tribunales de droga”, bajo el enfoque del modelo jurídico terapéutico: “En la aplicación de este modelo la función del juez cambia: de ejercer un rol neutral que adjudica la controversia, a facilitar la rehabilitación supervisando el progreso, siendo modelo y promoviendo la participación en programas de servicios de base comunitaria” (López, 2008, p. 75). Es resta una de las medidas adoptadas por el poder judicial en diversas partes del mundo y especialmente en los Estados Unidos de América (Sánches Vergara, A. 2012). Esta medida es una respuesta al problema generado por el abuso del consumo de droga asociado al delito. Este enfoque terapéutico, lo advierte López (2008): “postula humanizar la ley para focalizar en el lado humano, emocional, los procesos legales, y psicológico de manera que se promueva el bienestar de las personas que impacta” (p. 95).

Como una de las respuestas al problema que se presenta con la asociación del delito y el consumo problemático de sustancias psicoactivas, se introdujo en Colombia el Programa sobre el Tratamiento Judicial al Consumo de Drogas en el SRPA, liderado por el Ministerio de Justicia y el Derecho y la participación del Ministerio de Salud, la Fiscalía General y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, siendo el proveedor privado de tratamiento la E.S.E. Hospital Carisma, que estuvo a cargo de atender a los participantes del programa piloto que empezó en Medellín el 13 de diciembre de 2016, y en el que, entre diciembre de 2016 y mayo de 2017, participaron 15 infractores adolescentes en delitos asociados al consumo de drogas como tráfico y posesión de drogas, hurto y violencia intrafamiliar (Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018).

El Ministerio de Justicia y el Derecho en 2018, después de la experiencia piloto en Medellín, publica el Documento Guía para la Implementación del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el -SRPA- para los Territorios, en la que incorpora a dicho programa los componentes jurídico, médico-sanitario, de inclusión social y restaurativo. Con esto se

posibilitan escenarios en los que al tratamiento médico se le suma lo restaurativo, la inclusión social y el apoyo post-institucional que se pueden desarrollar a través del ICBF y sus operadores y de los entes territoriales para lo que se propone, entre otras medidas, la creación e implementación de los Centros de Integración Social que se ocupan de:

> Promover la responsabilización por el delito, la reparación de los daños causados con la conducta delictiva, la reconstrucción del tejido social y la reintegración familiar y comunitaria a través del desarrollo de estrategias y mecanismos de justicia restaurativa, de carácter inclusivo y participativo, con el fin de generar procesos reflexivos en relación con el delito, el daño y las implicaciones de la conducta delictiva del adolescente o joven para sí, para su familia, su comunidad y la sociedad en general. Incluye la implementación de acciones orientadas a restaurar el daño causado y a prevenir la reiteración en el delito, [...] brindar apoyo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas durante el periodo de suspensión de procedimiento a prueba en aplicación del principio de oportunidad. (ICBF, 2020c, p. 45)

Teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados, la importancia que cobran estas situaciones para el desarrollo y garantía de derechos de los adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA y lo concertado entre las tres entidades participantes del presente ejercicio, se propuso: desarrollar la primera fase de una investigación a través de una revisión documental sobre la implementación de la justicia restaurativa en adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal y con delitos asociados al consumo de sustancias psicoactivas u otro tipo de conductas adictivas en Medellín y el Oriente Antioqueño. Con el fin de tener insumos teóricos, prácticos, legales, para la futura construcción de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño para menores.

Presentación de los resultados de los componentes: jurídico, restaurativo e inclusión social y médico-sanitario

Componente jurídico

Colombia es un Estado Social de Derecho (Constitución Política de Colombia, 1991, Art. 1), donde, a diferencia de otros estados, se juzga a la persona en materia punible por los actos que comete y no por su condición de agente delictivo. De manera que, en la persona jurídica y persona moral, representan una dicotomía persistente en el ámbito legal y principalmente en la legislación de la justicia (Idárraga, 2019).

En un país en el que las crisis sociopolíticas y económicas en sus diferentes campos y dimensiones son cada vez mayores, la delincuencia, más que un rótulo de preocupación común, es una problemática creciente e influyente que afecta directa e indirectamente a la población desde la convivencia comunitaria hasta las esferas gubernamentales. Como consecuencia, la delincuencia juvenil, que aumenta gradual y a veces exponencialmente, se convierte en uno de los fenómenos más preocupantes para la sociedad. Por lo tanto, y considerando sus características perniciosas y sus alcances, es menester ofrecer un tratamiento integral para el abordaje del problema, dado que no es un tema que solo tenga cabida en la jurisprudencia.

En la Ley 1098 de 2006 se contempla el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), en aras de promover una justicia que permitiese juzgar los actos y conductas punibles cometidos por adolescentes, con matices penales diferentes a los implementados para los adultos, que contribuya como garante de los derechos de los jóvenes dentro del margen y conforme a lo estipulado en dicha ley. Este SRPA cuenta con medidas y procesos legales de carácter pedagógico, teniendo como propósito la protección, educación y la restauración de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes colombianos. Este sistema debe estar formado en un marco de corresponsabilidad donde la familia, la sociedad y el estado sean ejes corresponsables de la política de infancia y adolescencia; pues

como señala la constitución de 1991, los derechos de los niños deben ser protegidos integralmente por su prevalencia.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), dando cumplimiento a lo establecido en los artículos 11, 163, y 177 de la Ley 1098 de 2006, diseña El Lineamiento Técnico Modelo de Atención para Adolescentes y Jóvenes en Conflicto con la Ley – SRPA en su última versión de marzo del 2020 (ICBF, 2020c). Este consta de cuatro capítulos que relacionan el marco conceptual y normativo, los conceptos básicos de los enfoques que garantizan el cumplimiento y las finalidades del SRPA, el modelo de atención con sus respectivos componentes, herramientas y fase, además de las acciones y propósitos del proceso de atención y las acciones de articulación del SRPA.

Acorde a lo expuesto, es pertinente resaltar las estadísticas dadas en el Departamento de Antioquia frente a los actos, conductas punibles y delitos del SRPA. Es así como entre los años 2007 y 2018 se registraron 5.045 casos en el SRPA en el departamento, con una mayor representación del género masculino, puesto que 9 de cada 10 adolescentes eran hombres. Igualmente, se evidencia que, a mayor edad, mayor número de casos, para lo cual, el 42,7% tenían 17 años, seguido del 32,7% con 16 años, el 17% con 15 años y el 7,7% con 14 años. Así mismo, es significativo mencionar que el 45,3% de los delitos cometidos en el SRPA se atribuyen al tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, los cuales se ubican en el primer lugar, seguido por el hurto, el cual representa un 20,9%. Es de resaltar que el año con mayor número de casos registrados en Antioquia entre el 2009 y 2018 fue el 2016 con 682 adolescentes, seguido del 2012 con 665 casos (ICBF, 2018.)

Actualmente, desde el ámbito internacional, se cuenta con 21 normas que abordan el SRPA, en las cuales se pueden evidenciar lineamientos basados en conceptos que coinciden en garantizar y proteger los derechos del menor, desde los ámbitos de reparación, pedagogía, educación, restauración, reeducación y resocialización. En cuanto a Colombia, la justicia restaurativa

en el SRPA cuenta con un total de 44 documentos legales entre leyes, decretos, resoluciones y sentencias, todas precedidas por la Constitución Política de 1991, las cuales han sido modificadas a través de los años; teniendo como última referencia el lineamiento técnico emitido por el ICBF tal como lo contempla la Ley; el cual corresponde al modelo de atención para adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley – SRPA (ICBF, 2020c).

Aunque lo anterior da cuenta del gran número de documentos que rigen el SRPA en nuestro país, en estos se puede ver que con el pasar de los años se ha tratado de enriquecer tal proceso, mostrándose cada vez más estructurado y buscando establecer mecanismos y claridades que permitan el fortalecimiento de las acciones dentro del SRPA en nuestro país.

Componente restaurativo

La justicia restaurativa como eje del SRPA

El concepto de los niños, las niñas y los adolescentes es una construcción social (Marelli, 2010) que ha estado mediada por los diferentes entornos sociales a través de la historia, desde la no existencia, hasta llegar al concepto de sujetos titulares de derechos. Esta concepción ha estado transversalizada al menor, al niño y al adolescente en el derecho penal, desde la inimputabilidad e irresponsabilidad penal, hasta el concepto de responsabilidad penal de los adolescentes, desde la doctrina de la situación irregular (Calderón, 2008), con su concepto de objeto de tutela (Aguirrezabal, Lagos, Vargas, 2009), hasta la doctrina de la protección integral como sujeto titular de derechos (Zeledón, 2015).

En este contexto se construyen un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales, sobre administración de justicia para menores, (Pérez, 2014), centrada en el respeto de los derechos humanos inherentes a toda persona, de los derechos humanos propios de los niños, las niñas y los adolescentes como personas en desarrollo y de los derechos de los adolescentes en conflicto

con la ley. Normatividad que constituye la llamada doctrina de la protección integral (Gómez, 2008), constituida por la Convención de los Derechos del Niño (Unicef, 1989), ratificada por Colombia por medio de la Ley 12 de 1991 (Constitución Política de Colombia, 1991), las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores, Reglas de Beijing (Naciones Unidas, 1985); las Reglas de Naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de la Libertad, Reglas de la Habana (Naciones Unidas, 1990) y Directrices de Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil, Directrices de Read (Naciones Unidas, 2020).

Con lo anterior, se crea un modelo de justicia para adolescentes en conflicto con la ley (Unicef, 2006, párr. 1º), que combina en su dogmática, los modelos de justicia o de responsabilidad y garantista (Gómez, 2019), de bienestar o tutelar (Díaz, 2004), de justicia restaurativa y los modelos de justicia de las 4D: Desjudicialización, Desinstitucionalización, Despenalización y Debido proceso; y de las 3R: Responsabilización del adolescente ofensor, Reparación a la víctima y Restauración de ofensor y víctima (Padilla, 2012).

Colombia, como país firmante de la Convención de los Derechos del Niño, que aprobó mediante la Ley 12 de 1991 (Constitución Política de Colombia, 1991) y de las obligaciones que de ello se derivan, así como del respeto del bloque de constitucionalidad (Corte Constitucional, C-203, 2005) referente a la administración de justicia de menores, expide en 2006 la ley 1098 (Ley 1098 de 2006) que en su libro II consagra el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, con clara orientación de lo estipulado por los organismos internacionales en los instrumentos ya mencionados, es decir, la creación de un sistema en el que se establece una edad mínima de responsabilidad penal: 14 a 18 años de edad; presunción legal; unos fines pedagógicos específicos y diferenciados del sistema de adultos conforme a la protección integral (Ley 1098 de 2006, art. 140); protección enfocada en la condición de sujetos titulares de derechos y obligaciones (Gómez,

2008), en los principios de interés superior del niño; prevalencia de derechos, corresponsabilidad y aplicación preferente del principio de oportunidad (Ley 1098 de 2006, arts. 7 – 10); de la aplicación como principio rector de la justicia restaurativa (art. 140), en el entendido de que se deben reconocer, garantizar, restablecer todos y cada uno de sus derechos cuando han sido vulnerados o amenazados; prevenir su vulneración o amenaza; y la garantía de la justicia restaurativa como el respeto de los derechos de las víctimas, la responsabilización del adolescente ofensor y la restitución de este y la víctima (Padilla, 2012).

La justicia restaurativa se vislumbra en el SRPA como uno de sus fines (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 140), eje central de la intervención, que humaniza al derecho concretamente en la administración de justica con adolescentes en conflicto con la ley; complementa la visión retributiva del derecho penal y construye sujetos responsables en el ejercicio de sus derechos (Ley 1098 de 2006, art. 15), reconoce y repara a la víctima y a la comunidad, es decir, recompone y fortalece tejido social (Domingo, 2018).

El enfoque de todo el proceso es restaurativo (Ley 1098 de 2006, art. 140) y así debe ser concebido por todos y cada uno de los intervinientes en el proceso, autoridades judiciales y administrativas, adolescente infractor y su familia, víctima y su familia y el Estado en todas sus manifestaciones.

La justicia restaurativa se concibe en el SRPA, en particular en el colombiano, bajo tres aspectos: 1) como finalidad del sistema, y transversal al mismo; 2) como alternativa al derecho penal; y 3) como elemento en la ejecución de las sanciones (Restrepo, 2019) y en las medidas complementarias y/o de restablecimiento de derechos en administración de justicia (ICBF, 2020a) proferidas por la autoridad administrativa competente o recomendada por los Jueces Penales para Adolescentes, de control de garantías o de conocimiento. La justicia restaurativa, como alternativa, da lugar a procesos de desjudicialización, a través de la aplicación preferente del principio de oportunidad (Ley 1098 de 2006,

art. 174; Corte Constitucional, T-142, 2019; Fiscalía General de la Nación, 2016). Es decir, en todos los procesos en que intervenga como autor o participe una persona mayor de 14 años y menor de 18, independiente del delito, bajo el principio de la ponderación, la suspensión del procedimiento a prueba y los mecanismos de justicia restaurativa consagrados en el Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004, arts. 325, 521), de la conciliación pre-procesal, en el incidente de reparación integral y la mediación o la aplicación de prácticas restaurativas, tales como mediación víctima-ofensor (MVO), conferencias de familia (Escobar, 2018), círculos restaurativos y conferencias restaurativas y otros (Domingo, 2012) y, a través de programas de justicia juvenil restaurativa (Escobar, 2018), de programas específicos para adolescentes con consumo problemático de drogas (Ministerio de Justicia y el Derecho, Ministerio de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ESE Hospital Carisma, 2018) y en la ejecución de las sanciones conforme lo establece la ley (Ley 1098 de 2006, art. 177-178) y los lineamientos técnico-administrativos y manuales del ICBF (2020a, 2020b, 2020c).

En la implementación de las sanciones, la justicia restaurativa constituye el método para garantizar los fines educativos, protectores y restaurativos de ella (Ley 1098 de 2006, art. 178) y la sustitución de la sanción privativa de la libertad (art. 187, parágrafo) en atención a que esta debe ser el último recurso al que se llegue y por el menor tiempo posible.

En todo este contexto, los adolescentes en conflicto con la ley, con consumo problemático de drogas, dada su especificidad, tienen derecho a una atención especializada que haga una intervención integral (Ley 1098 de 2006, art. 20, numeral 3º, art. 140).

Responsabilidad y protección integral

Es de interés explorar el modo en que la responsabilidad subjetiva se ha venido configurando a partir del cambio del paradigma del modelo tutelar al de protección integral en el tratamiento del delito

en jóvenes, con el propósito de contribuir al logro de la finalidad del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), ya que, en él, se materializa la respuesta dada por Colombia al tratamiento del delito en el marco de la justicia juvenil restaurativa.

El problema ha sido planteado por Degano (2011) en Argentina, en el momento en que se está discutiendo sobre el tratamiento penal del joven a partir de los cambios que se introducen, al tomar en cuenta el paradigma de la protección integral según lo dispuesto en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Unicef, 1989). Degano (2011) considera que se establecen dos modos distintos de abordar el delito. Por un lado, el tratamiento del delito con la pena como sanción retributiva y, por el otro, las sanciones diferenciadas y específicas que tienen el carácter de ser pedagógicas y restaurativas. Dos espacios del tratamiento judicial del crimen en que la dimensión del sujeto puede ser deshabitado o habitado. El uno es el del proceso institucional que realiza el castigo del acto criminal en la institución judicial, reino del acto legal en que se le priva "al sujeto en la dimensión de la subjetividad" (p. 106); el otro, es el del tratamiento del acto criminal por el diálogo en la "intimidad en la metonimia de la palabra" (p. 43). En este se humaniza al criminal porque produce un sentido; en cambio, en el tránsito formal judicial "se realiza el crimen y su autor" (p. 45) a través de un diálogo en que se confronta el decir del sujeto de la imputación, con las evidencias que la prueba presenta, interpretadas a partir de la línea de investigación que el investigador ha diseñado y se propone confirmar. Se da una responsabilidad sin subjetivación.

En los trabajos de otros autores (Geréz Albertín, 2008; Tendlarz & García, 2008; Mesa & Muñoz, 2012; Mesa y Herrera, 2018) se argumenta también a favor de la necesidad de incluir la subjetividad en un dispositivo que funciona con la exclusión del sujeto (Geréz Albertín, 2008). Se busca que el autor del acto delictivo pueda darle una significación que "subjetivice su falta y recupere (no pierda) su lugar en el tejido social al que su acto ha dañado, pero también, recuperar eso de su propia subjetividad que quedó

dañado por el acto delictivo" (p. 35). En otras palabras, como lo expresa Tendlarz y García (2008): "si el sujeto no reconoce su falta, no puede dar una significación a la sanción que se le aplica por el delito cometido; de este modo, el castigo no modifica su acto criminal" (p. 56). Se responde de esta manera a la falsa creencia de que: "con la responsabilidad penal administrada se produce responsabilidad subjetiva" (Degano, 2011, p. 113).

En Colombia, al ser la justicia restaurativa uno de los principios rectores del SRPA, determina su promoción durante todas las etapas del proceso penal incluyendo la investigación, el juzgamiento y la ejecución de la sanción (Sistema Nacional Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes, 2020). Por lo mismo, en el proceso penal, en las soluciones alternativas y en las complementarias, se encuentran espacios para la palabra del adolescente y la posibilidad de establecer un diálogo restaurativo que le facilite subjetivar la responsabilidad. No basta con lo jurídico para abordar el asunto de la responsabilidad subjetiva. Es necesario considerar los componentes psíquicos que entran en juego en este proceso.

Responsabilidad subjetiva

A partir de lo propuesto por Freud (1923; 1925) en su texto sobre *La responsabilidad moral por el contenido de nuestros sueños,* se abren nuevas perspectivas para pensar el dialogo restaurativo como un espacio donde se recomienda escuchar las huellas que deja el sujeto de la enunciación en sus enunciados sobre sí mismo. Freud argumenta, ante los sentimientos de culpa que denomina inconsciente, porque convocan al sujeto a responder por actos que no ha hecho y ni siquiera ha pensado conscientemente, que no debemos limitar nuestra responsabilidad a la limitación artificial que realiza el derecho para fines sociales; dice Freud que debemos dejar a los jueces considerar la responsabilidad solo a los actos intencionales y voluntarios y que, además, también debemos responder por lo que nos convoca nuestra consciencia moral bajo la forma de la culpa en todas sus dimensiones.

Claro que la respuesta no supone el castigo penal, aunque en muchos casos el sujeto lo provoca y lo demanda para poder expiar su culpa, sino que lo supone indagando por su causalidad y actuando de acuerdo a esta elaboración. En este sentido, el sujeto es siempre responsable y esto debe escucharse en los espacios del dialogo restaurativo, distinto al dialogo que se establece con el investigador: el que perita, el que alega, el que acusa, el que juzga o el que diagnostica. Sentirse culpable de algo no implicaría de por sí la asunción de responsabilidad: "la mucha culpa favorece el capricho y la impunidad. Pues la culpa ocupa preferentemente un mundo de interioridades e ideas, mientras que la responsabilidad atañe a la acción" (Colina, citado en Álvarez, 2013, p. 69). En el diálogo restaurativo, se posibilita cambiar la posición subjetiva de quien goza mortificándose por "[...] esa acción más saludable que entraña la responsabilidad, pues esta implica un hacerse cargo destinado a la reparación y al cuidado que es menester poner a la hora de elegir" (p. 69).

No solo se debe escuchar el sentimiento de culpa, también se debe poner atención a otra forma de tratar la culpa que está muy de moda hoy: el "pedimento de disculpa o de perdón" (Ley 906 de 2004, artículo 523) incluido como uno de los resultados de la mediación penal. Tal como lo afirma Urieto (2016), no es seguro que el simple pedido de perdón o la disculpa confronte al sujeto con su responsabilidad. "Y si no lo hace, sabemos que la única consecuencia posible será la repetición de ese exceso" (p. 9). Es importante que a la petición de perdón se le añadan "[...] los signos de otro afecto: sentir vergüenza por sus actos. [...] que implica un grado de subjetivación mayor que el simple perdón" (p. 7). Es un afecto que se toma como brújula del proceso, no solo por ser el afecto de quien es confrontado con sus faltas, sino que depende de que su manejo sea restaurativo o estigmatizador (Wachtel, O´Connell & Whachtel, 2010). Por lo mismo, debemos escucharlo en el diálogo restaurativo al igual que al sentimiento de culpa.

La responsabilidad es puesta en cuestión con la inserción del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en

el tratamiento de conductas delictivas asociadas al consumo problemático de drogas en adolescentes vinculados al SRPA. La neurociencia es un apoyo científico para plantear una responsabilidad atenuada debido a la inmadurez del cerebro en los jóvenes. Se apoyan en teorías que sostienen que "el proceso de maduración de este joven cerebro implica reajustes y mejoras permanentes de las estructuras implicadas en los procesos cognitivos, sociales y emocionales, y en particular de la corteza prefrontal" (Crégut, 2016, p. 7). Es un hecho que en Colombia "Reconocer a los adolescentes como sujetos en desarrollo, implica aceptar la incidencia de los factores biológicos (como la maduración, el crecimiento, la nutrición, la salud, etc.) y de los contextos de socialización (familiar, escolar, institucional, comunitario, etc.) en dicho desarrollo" (ICBF, 2017, p. 92).

Apoyándose en las teorías científicas contemporáneas y las evidencias empíricas de que en adolescentes en conflicto con la ley hay mayor correlación de síntomas, trastornos y enfermedades mentales que en adolescentes en general (Crégut, 2016), surge la justificación para la presencia de servicios terapéuticos en las políticas penales para adolescentes en que se ha indicado "la reducción de su responsabilidad penal" (Crégut, 2016, p. 5). También, los descubrimientos revolucionarios sobre el cerebro le permitieron saber a los investigadores del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA, 2020) que la adicción es un trastorno médico que "[...] se parece mucho a otras enfermedades, como las enfermedades cardíacas [...]" (p. 4), que afecta el cerebro y cambia el comportamiento. Por lo que consideran, que era un mito equivocado del siglo pasado fundamentar la causa de las adicciones en "fallas morales y carecían de fuerza de voluntad" (p. 2) y por lo mismo, no la tomaron como un problema de salud, respondiendo con "castigo en lugar de la prevención y el tratamiento" (p. 2). Una de las tres ideas centrales para fundamentar los tribunales de tratamiento de drogas es "que la adicción a las drogas es una enfermedad crónica y recurrente, similar a la diabetes y a la hipertensión, y

que puede ser tratada, de forma eficaz, a través de un tratamiento profesional" (Bentley & Barnes, 2013, p. 13).

En la intervención de los Tribunales de Tratamientos de Droga (TTD) a través de la evaluación que los profesionales de la psiquiatra hacen del individuo, se obtienen datos que posibilitan calcular la relación entre la conducta delictiva con el consumo de sustancias y el riesgo de reincidencia en el delito. Riesgo que se previene tratando la drogodependencia con la derivación que realiza el Juez al Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas (Bentley & Barnes, 2013; Dangreau & Serlippens, 2013; Marlowe, 2013; Programa Drogas, Seguridad y Democracia, 2018; Wexler, 2013; Wexler & King, 2013;). De este procedimiento surgen dos costados de la misma persona: "el infractor y el cliente" (Bentley & Barnes, 2013, p. 49) y un método, los TTD en donde la estrategia de rehabilitación fusiona estos dos aspectos diametralmente opuestos.

Con el Documento Metodológico para la Implementación del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Droga en el SRPA (Ministerio de Justicia, 2017), se contribuyó a la introducción del modelo de TTD en Colombia. Se invisibiliza en el Documento lo referente a la responsabilidad subjetiva y la necesidad de reparar el daño causado a la víctima. Es un documento muy cercano a lo planteado en los TTD desarrollados en EEUU y Canadá que reflejan la orientación tomada del paradigma de riesgo (Velásquez, 2014; Voruz, citado en Seguí 2012) y, por lo mismo, se ocupan más de la rehabilitación del agresor y prevenir la reincidencia en el delito que en proteger los derechos y necesidades provocadas por la acción delictiva sobre la víctima.

Con el Documento Guía para la Implementación del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el SRPA para los Territorios publicado por el Ministerio de Justicia y el Derecho en 2018 y los lineamientos y manuales del ICBF del 2020, se recogen los aprendizajes de la experiencia piloto sobre la implementación del Programa de Seguimiento al Tratamiento de Droga en el SRPA

desarrollado en Medellín. Con esto se incorpora el componente restaurativo, distanciándose del paradigma de riesgo y acentuando la construcción de escenarios que posibiliten la subjetivación de la responsabilidad, a la vez que se dimensiona en un trabajo conjunto con la víctima, el daño ocasionado y se reconocen las necesidades causadas por su conducta delictiva. Esto posibilita la respuesta reparadora que va dirigida tanto a la víctima como al mismo ofensor, que se dignifica con su actuar positivo.

Reintegración social en el contexto de la justicia restaurativa

Desde la perspectiva de la psicología social crítica es posible mencionar que los sujetos nos construimos a partir de los procesos de interacción, los grupos a los que pertenecemos y los significados que producimos alrededor de estas relaciones (Gergen, 1996). De igual forma, es innegable el hecho de que la materialidad (condiciones estructurales, socioeconómicas) ofrece una suerte de oportunidades que hacen que los sujetos construyan ciertos tipos de proyectos de vida. El delito aparece, entonces, como una fractura en las relaciones de este sujeto y su entorno que está relacionada con todas las condiciones que le fueron desprovistas, coayudando para que se presentara la situación, sumado a la producción de significados socialmente construidos e interiorizados al respecto del hecho (delito), que posicionan y posibilitan este como una opción viable (Espíndola, 2016).

En este sentido, pensar en la solución de estas situaciones, y, sobre todo, pensarse un concepto como el de inclusión social en el marco de la justicia restaurativa y el SRPA implica tener presente que existe una corresponsabilidad en ambas direcciones, es decir, tanto del contexto social al que pertenece el individuo, como su propia participación y disposición (Crespo & Freire, 2014). En el primer caso, porque se presentó una falla en los grupos/instituciones que lo acogían, dejándolo desprovisto de las garantías que el adolescente debía tener en su entorno específico para optar por un proyecto de vida saludable; y, en el segundo, porque se hace necesario que se provean espacios de

resignificación de las representaciones, información, imaginarios, creencias y demás que tienen el joven y su entorno sobre la categoría de delito, para que sea posible un verdadero ejercicio restaurativo (Crespo & Freire, 2014; Diehl, Carvalho & Baracho, 2020; Espíndola, 2016).

Al respecto, es posible mencionar que, dentro del proceso de investigación realizado, se ubica que en los lineamientos y normativas se tiene la intención de posibilitar dicha reflexión, sin embargo, a la hora de llevarla a cabo se visibilizan diferentes situaciones que obstaculizan el ejercicio (Sanz, Moreno & Pérez, 2016).

Como primera medida está el hecho de que la (re)integración social aparece en todos los documentos revisados (Departamento Nacional de Planeación, 2009; Eurosocial 2015; ICBF, 2020b; Ministerio de Justicia, 2018; Ministerio de Justicia, ONODC, 2018; Ministerio de Justicia – USAID- OIM, 2017; Alcaldía de Bogotá & UNODC, 2019a), como centro de los procesos de justicia restaurativa, pero las claridades conceptuales, metodológicas, procedimentales y los presupuestos que se tienen no evidencia tal centro, encontrando por ejemplo que los conceptos que se manejan dentro de estos documentos son diversos. Además, presentan poca profundidad en su desarrollo, teniendo en cuenta que provienen de escuelas de pensamiento complejas y que requieren estudio para ponerlas en escena de manera acertada.

Lo anterior desemboca en la existencia de dificultades para que se asuma la perspectiva restaurativa, pues depende de las voluntades de los operadores y los profesionales que operacionalizan los ejercicios de integración social en el marco de la JR y el SRPA, lo cual complejiza la situación, teniendo en cuenta que muchas veces se satura de trabajo a los mismos y los ejercicios terminan desbordando las expectativas o la intención de la norma, teniendo como consecuencia los altos índices de reincidencia en conductas delictivas y de consumo (Galván-Moya y Durán, 2019; Ortiz, 2014; Sanz, Moreno y Pérez, 2016; Valencia, 2015)

Otro aspecto que se encontró que resulta de suma importancia es la complejidad en el trabajo que se plantea realizar con las familias y las comunidades durante el proceso restaurativo y posterior a este. Las conclusiones de las investigaciones consultadas (Ayala, Carvajal & Cuero, 2018; CICAD, 2013; Ministerio de Justicia, USAID & OIM, 2017; Ortiz, 2014; Pérez, 2016; Rodríguez Cely, 2012; Sanz, Moreno; Valencia, 2015), señalan que es necesario que este proceso se realice de manera permanente, no únicamente posterior a que se genere la conducta delictiva como detonante. Igualmente, debe combinar tanto programas que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables (con el ánimo de mejorar la pobreza estructural, previniendo el delito como estilo de vida), como la resignificación del universo simbólico que les rodea frente a los estereotipos, prejuicios e idealización tanto del delincuente como del delito (con el ánimo de que las personas asuman la justicia restaurativa como un modelo posible, en el que participen de manera significativa).

En consonancia con lo anterior, el sector productivo está llamado a ser pensado como un actor fundamental en los procesos de reintegración social, pues es este el que garantizará la suplencia de las necesidades básicas del adolescente y su familia, mejorando y afianzando la perspectiva de una vida en la legalidad. Para esto es necesario fortalecer el trabajo interinstitucional articulado, ya que ha fallado constantemente en términos de los seguimientos pos-egreso, las alianzas con empresas, sector educativo y los tratamientos frente al consumo de sustancias psicoactivas, pues se reportan fallas en la comunicación, los procedimientos, la gestión y asignación de cupos y/o oportunidades laborales, entre otros, que lastimosamente son superados en agilidad y efectividad por las estructuras criminales, posibilitando la reincidencia (Gallart, 2001; Sanz, Moreno & Pérez, 2016)

Lo anterior cuestiona e implica un real interés por parte del Estado en aras de fortalecer la prevención del delito y una cultura de reconciliación, lo que nos aboca a la necesidad imperante del establecimiento de políticas sociales serias, con destinación

presupuestal, que permitan trabajar tanto para la prevención como para el tratamiento, logrando una gestión que posibilite transformaciones contundentes. Es en este punto donde se encuentra la verdadera integración social. Este interés no se evidencia, al menos, desde lo encontrado en los planes de desarrollo de los municipios priorizados (Medellín y Oriente antioqueño).

En últimas, los procesos de integración social en el marco de la justicia restaurativa y el SRPA dependen de que, desde la perspectiva de Durkheim, el plano normativo (cohesión social que posibilitan las normas y sistema de valores de una sociedad) y el plano funcional (la participación y el acceso a recursos de los que disponen los sujetos dentro de una sociedad) que la componen, puedan alinearse en función de la misma (Rasse, 2015).

Componente médico sanitario

El abordaje de la implementación del componente médico-sanitario en la justicia restaurativa implicó, en primer lugar, una aproximación conceptual a esta y, a partir de allí, adentrarse en lo que se nombra como atención médico-sanitaria en el entendido de que la justicia restaurativa se ocupa de restaurar el daño causado a la víctima por parte del victimario. De acuerdo con Zehr (2010), involucra a "todos los que tengan un interés en una ofensa particular, e identificar y atender colectivamente los daños, necesidades y obligaciones derivados de dicha ofensa, con el propósito de sanar y enmendar los daños de la mejor manera posible" (p. 45). Se asume, entonces, la atención médico-sanitaria desde el enfoque de la protección integral, pensando en la restauración de la persona (agresora) en todas sus dimensiones y atendiendo a las causas que llevan al sujeto a estar en conflicto con la ley; de acuerdo con ICBF (2020b): "[...] conforme a la protección integral. El proceso deberá garantizar la justicia restaurativa, la verdad y la reparación del daño" (p. 69), lo cual va más allá de la justicia restaurativa. Ministerio de Justicia (2017) la asume como el conjunto de "métodos restauradores que ponen el acento en el diálogo de las personas en conflicto, la reparación

de las víctimas, la reintegración de los ofensores y la inclusión de la comunidad" (p. 11).

En los términos empleados en el campo de la salud pública, la justicia restaurativa proporciona una prevención terciaria que se introduce después de que el problema ha ocurrido, con la intención de evitar la recurrencia (Wachtel, 2013). Cuando pensamos en el consumo de drogas y teniendo como norte lo restaurativo, tal como se ha desarrollado, ya no basta con los lineamientos dados, sino que es necesario garantizar el componente salud en el proceso que ejecuta el SRPA. Será necesario, entonces, poner a dialogar los procedimientos de la justicia restaurativa con los procedimientos de los programas de rehabilitación de sustancias psicoactivas. Se entiende, por tanto, la atención médico-sanitaria como la atención de la salud física, mental y espiritual del adolescente en conflicto con la ley y con delitos asociados al consumo problemático de sustancias psicoactivas; es decir, la rehabilitación frente al consumo de drogas que va desde la desintoxicación hasta el acompañamiento psicológico, pero que, en un horizonte de resocialización y no repetición, va mucho más allá.

Según información de UNODC (2019), "unos 42 millones de años de vida sana se perdieron (muertes prematuras y años vividos con discapacidad) a consecuencia del consumo de drogas, mayormente de los trastornos por consumo de drogas, en particular el consumo de opioides" (p. 29). El mismo informe indica que "en 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior, respecto a 2009 el consumo aumentó en un 30%" (p. 9). En cuanto a los efectos del consumo el informe indica que, "el número de personas que se cree padecen trastornos por consumo de drogas se estima en 35,3 millones, 15 % más que las estimaciones anteriores" (p. 10). Entre tanto, la producción mundial de cocaína en 2017 "supuso un aumento del 25 % con respecto al año anterior. Esto se debió principalmente al aumento de la fabricación de cocaína en Colombia, donde, según las estimaciones, se produjo aproximadamente el 70 % de la cocaína mundial" (p. 10). Sobre la

población adolescente, la CICAD (2019) informa que "más de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria que informaron haber consumido alcohol durante el último mes lo hicieron en forma excesiva. Este fenómeno es constante en todos los países, independientemente de la prevalencia" (p. 6). Sobre Colombia, la Encuesta Nacional de Caracterización Poblacional del SRPA realizada en 2019, dice que:

> El 92.68% de los jóvenes y adolescentes manifiestan haber consumido cigarrillo o alcohol al menos una vez en su vida, de igual manera el 83.93%, menciona haber consumido alguna otra sustancia psicoactiva, teniendo una asociación estadísticamente significativa, lo que quiere decir que, el consumo de cigarrillo y alcohol está asociado al consumo de sustancias psicoactivas. (Samacá, 2019, p. 40)

En Antioquia, de acuerdo con UNODC (2016), "el 88,7% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, 49,2% cigarrillo y tranquilizantes. El 24,7% de las personas respondieron haber consumido alguna sustancia ilícita, en cualquier momento de su vida" (p. 142). Como se puede ver, los datos oficiales de producción, consumo y consecuencias del uso de sustancias psicoactivas, tanto a nivel global, regional y local, muestran un panorama preocupante en el que sobresale Colombia como productor y consumidor; la población joven y escolar como la de mayor riesgo y vulneración y el alcohol —droga de uso lícito— como el de mayor consumo y predictor de este entre la población joven.

El consumo de alcohol y de sustancias de uso ilícito es un asunto de salud pública y políticas públicas nacionales y locales dados los impactos individuales, familiares, sociales y culturales que tienen, más aún, en un país como Colombia, cuyo entorno *socio-cultural* (pobreza, violencias, conflicto armado interno) entra a agravar el problema, pues, se constituye en causa estructural del mismo; por tanto, requiere soluciones estructurales desde un enfoque holístico (*bio-psico-socio-cultural*), si lo que se quiere es rehabilitación, resocialización y no repetición.

El tratamiento de drogas en sus múltiples dimensiones, reclama más y mejor información técnica y científica que permita mejores y más efectivas intervenciones, tanto en lo judicial, lo social y en la salud. A este respecto, UNODC (2019) dice que, "no hay tantas intervenciones de tratamiento eficaces, basadas en datos científicos y respetuosas con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, ni son tan accesibles" (p. 33). En el nivel local, (Medellín y Oriente Antioqueño) a partir de la información de los Planes de Desarrollo Municipales y los Planes Territoriales de Salud, se observa, por un lado. que los problemas asociados al tráfico y consumo de sustancias psicoactivas se presentan en todos los municipios y, por otro lado, que requieren mejores diagnósticos y formular o actualizar políticas públicas que aborden el fenómeno en sus múltiples dimensiones; salud física, salud mental, convivencia, seguridad.

En la información oficial de orden nacional se encuentran guías y documentos metodológicos que abordan la dimensión de integralidad y ven en la propuesta de los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) un camino de solución al complejo fenómeno. La CICAD (2013) dice que los TTD son una "iniciativa mundial destinada a cortar el innegable vínculo que existe entre la dependencia de drogas y el delito" (p. 69). Por su parte, Ministerio de Justicia (2017) plantea que el país requiere "una nueva política de drogas que tenga como enfoque la salud pública y el respeto por los derechos humanos, lo que implica nuevas formas de resolver las problemáticas sociales desde sus causas" (p. 11). Si bien no se trata de copiar y pegar la propuesta de los TTD y tampoco es como *inflar y hacer botellas*, dada la complejidad del contexto y del problema, hay que avanzar en una estrategia de prevención y protección integral basada en evidencia y que sea vinculante a partir de políticas públicas nacionales y locales articuladas; con recursos que respondan al reto, interviniendo con calidad, pertinencia y oportunidad. En tal sentido, es importante tener información sobre la atención en salud que actualmente reciben los usuarios del SRPA; estudiar tanto con las instituciones

operadoras del sistema, como con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), cuáles son los protocolos, las guías, las rutas de atención, los tratamientos implementados y sus resultados; en perspectiva de tener mejor información que permita identificar las fortalezas y los desafíos de la atención médico-sanitaria en un horizonte de rehabilitación, resocialización y no repetición.

Zehr (2010) afirma que la justicia restaurativa no es un programa ni un proyecto específico y determinado, sino que es una iniciativa que se construye desde la base hacia arriba; es decir, se construye en el seno de las comunidades y según las necesidades contextuales de sus implicados. En esta perspectiva, la información da cuenta de un fenómeno multidimensional que afecta la salud física, mental, espiritual y el relacionamiento familiar y social. Establece la relación entre consumo de drogas y la comisión de delitos, lo que adiciona problemas de convivencia y seguridad que tienen impactos, especialmente en lo local, por lo que deben ser atendidos por equipos multidisciplinares e interinstitucionales, tanto para prevenir, como para corregir en doble vía, especialmente, de abajo hacia arriba, de lo local a lo regional y nacional, de la niñez a la vida adulta y familiar, pues se requieren una institucionalidad y una sociedad fuertes desde la base.

Conclusiones

Frente a los resultados de la investigación cualitativo/documental realizada, presentamos las conclusiones que se describen en los siguientes párrafos, los cuales exponen la integralidad de los componentes jurídico, médico-sanitario, restaurativo y de inclusión social en el proceso que se adelanta con adolescentes vinculados al SRPA y con consumo problemático de drogas en el contexto de la justicia restaurativa, como insumo para la futura construcción de un diseño metodológico enfocado en la reducción del daño.

A nivel internacional, desde las diferentes normatividades indagadas, se puede evidenciar la utilización de lineamientos

basados en conceptos que coinciden en garantizar y proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes desde los ámbitos de reparación, pedagogía, lineamientos educativos, restauración, reeducación y resocialización.

En Colombia, la justicia restaurativa en el SRPA cuenta con 44 documentos legales, los cuales evidencian que con el pasar de los años se trata de enriquecer dicho proceso, buscando establecer mecanismos y claridades que permitan el fortalecimiento de las acciones dentro del SRPA en nuestro país.

En el escenario de la justicia restaurativa en el SRPA, el Estado colombiano tiene que apostar en todas sus dimensiones, desde lo local, lo regional y lo nacional a materializar la implementación de programas, prácticas y procesos restaurativos, teniendo como base las políticas establecidas por el Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SNCRPA), en Directrices del Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes para Orientar la Formulación de Programas de Justicia Restaurativa, directriz N° 03/2018 (SNCRPA, 2018); directrices para la Garantía de Derechos de Adolescentes en Conflicto con la Ley, en la Formulación de Planes de Desarrollo de Alcaldes y Gobernadores, para el Período 2020-2023, Directriz N° 04/2019 (SNCRPA,2019); y directrices para Orientar la Formulación de Estrategias de Prevención del Delito de Adolescentes y Jóvenes en el Marco de los Planes de Desarrollo Departamentales y Municipales, Directriz N° 05/2020 (SNCRPA, 2020).

Igualmente, es importante posibilitar a nivel regional y local la puesta en práctica de la Guía para la Formulación de Estrategias de Prevención de Consumo de Psicoactivos en el SRPA, dirigida a los operadores pedagógicos para hacer realidad la prevención primaria, secundaria y terciaria, es decir:

> [...] la promoción de la salud y de la protección puntal de las condiciones que facilitan la aparición de un problema

> de adicción [...], el diagnóstico temprano, la intervención oportuna y la limitación del daño generado por la presencia de fases precoces del problema o de la situación de alto riesgo de un individuo o una comunidad" y en "el proceso del actuar preventivo centrado en la rehabilitación de un individuo o una comunidad afectada por un problema avanzado. (Observatorio de Drogas Colombia, 2017, p. 33)

Intervenciones que indiscutiblemente tienen que estar transversalizadas por la justicia restaurativa como principio rector del SRPA, y además, se tiene que dar una correcta aplicación del lineamiento del ICBF (ICBF, 2020a) y los manuales (ICBF, 2020b y 2020d).

Es urgente el desarrollo a nivel local y regional del diseño de programas de atención a adolescentes en conflicto con la ley con consumo problemático de drogas bajo los principios de territorialidad e identidad cultural y promover una cultura de respeto por los derechos de los niños, niñas y adolescente, en particular, de aquellos adolescentes en conflicto con la ley para implementar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Se concluye que, con la justicia restaurativa como uno de los principios rectores del SRPA, se crean los espacios para el diálogo restaurativo en todas las etapas del proceso penal, creando con esto las condiciones para superar las observaciones realizadas por La Comisión Evaluadora del SRPA al cumplimiento de la finalidad y objetivos del SRPA en donde se señala que: "el derecho [del adolescente en el SRPA] a participar y ser oído en todas las etapas del proceso se omite en quienes en él intervienen" (Senado de la República, 2011, p. 20). Se cumple, pues, con este derecho fundamental formulado en las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Naciones Unidas, 1985).

Además, queda claro que la responsabilidad penal administrada no es suficiente para que se produzca responsabilidad subjetiva;

es necesario un dispositivo de diálogo restaurativo para una elaboración que no deje al adolescente identificado con la sanción en el lugar de delincuente. De igual forma, se hace imperante trabajar en la resignificación del delito y del delincuente por parte de la comunidad que acoge al adolescente, con el fin de que se produzca un resultado restaurativo. Todo esto hace parte de la necesaria integración entre lo jurídico y lo médico-sanitario del consumo de sustancias psicoactivas con miras hacia lo restaurativo que garantice la no repetición.

Se ha mencionado que con los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) el delincuente es tomado a la vez como "infractor y cliente" (Bentley & Barnes, 2013, p. 54). Esta bipartición posibilita evidenciar que en la intervención en el modelo del paradigma de riesgo (Velásquez, 2014), el infractor de la ley penal y consumidor es tratado como cliente en una terapia de rehabilitación asumida por expertos. De esto se concluye que como infractor se le deben posibilitar espacios para el diálogo restaurativo en donde se priorice la subjetivación de la responsabilidad sobre la conducta delictiva, cuidando que no se desplace la responsabilidad a factores de riesgos ajenos a su implicación en el acto delictivo. Entonces, es necesario y recomendable que el quehacer en estos dos espacios en los que se interviene al adolescente comprometido en conductas delictivas asociadas al consumo problemático de drogas no entre en contradicción, ya que es importante no solo su rehabilitación, sino, también, que el infractor asuma la responsabilidad por su falta, dándole un sentido a la sanción, para que pueda operar cambios en el sujeto y atender las necesidades de la víctima y la comunidad cercana también afectada por su conducta.

Esto último supone preparar al entorno para acoger al adolescente nuevamente, es decir, no solo garantizarle todos sus derechos conforme a la protección integral, sino también generar espacios para que la familia esté en capacidad de cumplir con sus obligaciones, bajo el principio de corresponsabilidad, al ser proveedora, soporte afectivo y factor protector. Igualmente, es importante que la comunidad esté en disposición de integrarlo académica, social,

laboral y comunitariamente, sin ser tachado como “culpable” o provisto de una marca que lo excluya del lazo social, situaciones que desembocarán entonces en una verdadera reintegración social (Salazar, et. al., 2009; Espíndola, 2016; ICBF, 2019)

Lo anterior requiere compromiso y disposiciones en términos de políticas sociales efectivas, con asignaciones presupuestales al servicio de la realización de procesos de prevención del delito, promoción de mitigación de condiciones estructurales de pobreza, ejercicios restaurativos y de reconciliación.

Estudios anteriores muestran la necesidad de más y mejor información técnico-científica que permita intervenciones puntuales y efectivas, tanto en lo judicial, como en lo social, en la salud y en la relación existente entre consumo de drogas y delito, si lo que se busca es restauración y no repetición. Por tanto, se sustenta la importancia de estudiar e implementar lo médico-sanitario en el SRPA.

Los resultados de la revisión plantean la necesidad de un abordaje más integral y desde el diagnóstico, es decir, interdisciplinar, interinstitucional y multidimensional; así como una atención especial del alcohol, droga de tipo lícito, dados los impactos individuales, familiares, sociales y culturales. Así mismo, debe atenderse lo local (municipal) dado que los problemas asociados al tráfico y consumo de sustancias psicoactivas se presentan en todos los municipios con afectaciones a la salud física y mental, la convivencia y la seguridad. Estas afecciones físicas y mentales exigen un tratamiento que integre efectivamente lo jurídico y lo médico-sanitario, si lo que se espera es restaurar y no repetir.

Referencias

Álvarez, J. M. (2013). *Estudios obre a psicosis.* Grama ediciones.

Aguirrezabal, M., Lagos, G., & Vargas, T. (2009). Responsabilidad penal juvenil: Hacia una justicia individualizada. *Revista de Derecho, 22*(2),137–159. http://doi.org/10.4067/S0718-09502009000200008

Alcaldía de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019a). *El programa Diálogo: justicia restaurativa para jóvenes* (Tomo 3). Alcaldía de Bogotá. https://www.unodc.org/documents/colombia/2019/Octubre/Tomo_3_Dialogo_-_Justicia_Restaurativa_para_Jovenes.pdf

Alcaldía de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019b). *El espacio como una herramienta de la Justicia Restaurativa* (Tomo 4). https://www.unodc.org/documents/colombia/2019/Octubre/Tomo_4_Dialogo_-_Justicia_Restaurativa_para_Jovenes.pdf

Ayala, C., Carvajal, D., & Cuero, A. (2018). *Programa de seguimiento judicial al tratamiento de drogas una alternativa para el tratamiento integral de adolescentes infractores en Medellín* [Tesis inédita de maestría]. Universidad Autónoma Latinoamericana.

Bentley, P., & Barnes, K. (2013). Principios básicos de los tribunales de tratamiento de droga: El componente judicial. La experiencia canadiense y las lecciones aprendidas. En Organización de los Estados Americanos, *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas* (pp. 47–69). Organización de los Estados Americanos. http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/publicacion_final.pdf

Castrillón, M. (2011). Entre la minoridad y la ciudadanía. Sensibilidades legales sobre la normatividad de protección de la niñez y la adolescencia en Colombia. *Aunivérsitas Humanística, 1*(73), 87–106.

Calderón, J. (2008, 28 de noviembre). De la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral: La hegemonía del interés superior del niño. *Escribiendo Derecho.* http://escribiendoderecho.blogspot.com/2008/11/de-la-doctrina-de-la-situacin-irregular.html

Cámara, S. (2011) Justicia juvenil restaurativa: Marco internacional y su desarrollo en América. *Revista de Justicia Restaurativa Latina,* (1), 8–52. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3762641

Constitución Política de Colombia. (1991). http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Constitucion/1687988

Corte Constitucional. Sentencia C-203 de 2005. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/C-203-05.htm

Corte Constitucional. Sentencia C-979 de 2005. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/C-979-05-htm

Corte Constitucional. Sentencia T-142 de 2019. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-142-19.htm

Crégut, F. (2016). *El enfoque restaurativo en la Justicia Juvenil.* Terre des hommes.

Crespo, E., & Freire, J. (2014). La atribución de responsabilidad: de la cognición al sujeto. *Revista Psicología y Sociedad, 26*(2) 271–279. https://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a04v26n2.pdf

Dangreau, J., & Serlippens, A. (2013). Un enfoque vertical de "abajo hacia arriba" para el desarrollo de un tribunal de tratamiento de drogas: el caso de Ghent. En Organización de los Estados Americanos, *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas* (pp. 92–116). Organización de los Estados Americanos. http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/publicacion_final.pdf

Decreto 2737 de 1989 [Presidencia de la Republica]. Por medio del cual se expide el Código del Menor. 27 de noviembre. D. O. No. 39080. https://www.oas.org/dil/esp/Decreto_2737_de_1989_Colombia.pdf

Degano, J. A. (2011). *La responsabilidad precluida en el goce del crimen y el tratamiento judicial.* Letra Viva.

Departamento Nacional de Planeación. (2009). *Documento CONPES 3629.* https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/conpes-3629-srpa.pdf

Díaz, L. (2004). El menor como sujeto de derechos: Base para un modelo de responsabilidad penal. *Derecho Penal Contemporáneo. Revista Internacional,* (8), 95–130. https://core.ac.uk/download/pdf/9450272.pdf

Diehlr., P., & Baracho, B. (2020). La justicia restaurativa en el sistema penal juvenil: las experiencias de Brasil y Chile. *Revista Direito Em Debate, 29*(53), 221–232. https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/10012

Domingo, V. (2018, 3 de julio). La Justicia Restaurativa fortalece el "tejido social". *Justicia Restaurativa.* https://www.lajusticiarestaurativa.com/la-justicia-restaurativa-fortalece-el

Domingo, V. (2012). Aproximación al concepto de justicia restaurativa. *Criminología y Justicia,* (4), 6–11. https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/315393

Escobar, D. (2018). *Guía metodológica para la implementación del programa de Justicia Juvenil Restaurativa*. Ministerio de Justicia y del Derecho. https://es.scribd.com/document/430586210/Guia-Metodologica-Para-Implementacion-Programa-de-JJR

Espíndola, O. (2016). *Espacio, territorio y territorialidad.* Editorial revista mexicana de ciencias políticas. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6786/3/2018_merquemos_juntos_aportando.pdf

Eurosocial. (2015). *Seguridad ciudadana prevención de la Violencia, manual de herramientas en prácticas y Justicia Restaurativa.* Eurosocial. https://bit.ly/3sCPikd

Resolución 4155 de 2016 [Fiscalía General de la Nación]. Por medio de la cual se reglamenta la aplicación del principio de oportunidad y se deroga la resolución 2370 de 2016. 29 de diciembre de 2016. https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2302002/16733934/principio+de+oportunidad.pdf/9c420036-b09e-43f8-be5a-27fee8e55239

Freud, S. (1923/1925). La responsabilidad moral por el contenido de los sueños. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu editores.

Gallart, M. (2001). Los desafíos de la integración social de los jóvenes pobres: la respuesta de los programas de formación en América Latina. En E. Pieck (Coord.), *Los jóvenes y el trabajo: la educación frente a la exclusión social* (pp. 59–94). Universidad Iberoamericana Biblioteca Francisco Xavier Clavijero. https://www.oitcinterfor.org/node/7107

Galván-Moya, A. E., & Durán Palacio, N. M. (2019). Adolescentes infractores y promoción de acciones prosociales: una tarea pendiente. *El Ágora USB, 19*(2), 583–595. http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v19n2/2665-3354-agor-19-02-00583.pdf

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones Aproximaciones a la construcción social.* Paidós.

Gerez Ambertín, M. (2008). *Culpa, responsabilidad y castigo* (Vol. II). Letra Viva.

Gobierno Nacional de República de Colombia (2010). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia 2009.* https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf

Gómez, A. (2019, 15 de febrero). Modelos de Justicia Penal para Menores (Adolescentes). *Foro jurídico.* https://www.Forojuridico.Mx/Modelos-De-Justicia-Penal-Para-Menores-Adolescentes/

Gómez, J. D. (2012). *7 mitos de la legalización de las drogas.* Instituto de Estudios del Ministerio Publico. http://www.indepaz.org.co/wp-

content/uploads/2013/04/7-mitos-de-la-legalizaci%C3%B3n-de-las-drogas.pdf

Gómez, M. (2008). La responsabilidad penal juvenil: génesis, desarrollo y perspectivas. *Revista del Observatorio de DDHH del Instituto de Estudios del Ministerio Público,* (1), 7–15. https://www.procuraduria.gov.co/iemp/media/file/ROSTROS%20Y%20RASTROS%201.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2017). *Lineamiento Modelo de Atención para Adolescentes y Jóvenes en Conflicto con la Ley-SRPA. LM15.P.* (Versión 2). https://www.icbf.gov.co/lineamiento-modelo-atencion-adolescente-y-jovenes-srpa-v4

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2019). *Lineamiento técnico del modelo para la atención de los niños, las niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados restablecimiento de derechos*. https://bit.ly/3gvHYEB

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Antioquia. (2020). *Centros Zonales Andes e Itagüí -Asistencia técnica julio 3 de 2020* [Diapositivas inéditas de PowerPoint].

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2020a). Tablero SRPA - Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. https://www.icbf.gov.co/bienestar/observatorio-bienestar-ninez/tablero-srpa

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2020b). *Manual operativo de las modalidades que atienden medidas complementarias y de restablecimiento de derechos en administración de justicia.* https://bit.ly/3tHlDrH

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2020c). *Lineamiento técnico modelo de atención para adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley – SRPA.* https://bit.ly/3ndh71B

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2020d). *Manual operativo de las modalidades que atienden medidas y sanciones en el proceso judicial.* https://bit.ly/2QJ7A6e

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020). Drug Misuse and Addiction. Drugs, Brains, and Behavior: En Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, *The Science of Addiction* (pp. 4–10). NIDA. https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa.pdf

Idárraga, G. (2019). *Análisis sobre el sistema de responsabilidad penal para adolescentes.* Universidad Santiago de Cali. https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/162.

Ley 1450 de 2011 - Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014: Prosperidad para Todos. D.O. 48.102Ley 12 de 1991. Por la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño. 22 de enero de 1991. D.O. No. 39.640. https://www.ramajudicial.gov.co/documents/573203/887553/Ley+12+de+1991+%28Ratifica+Convencio%CC%81n+sobre+derechos%29.pdf/d8642517-7fac-486b-a5b4-a5b70600dd3e

Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. 1 de septiembre de 2004. D.O. No. 45.658. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0906_2004.html

Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia. 8 de noviembre de 2006. D.O.46.446. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf

Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014. 16 de junio. D.O. No. 48.102. http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1680917

López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. Revista de Educación, (4), 167–179. http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf

López, A. M. (2008). Las cortes de drogas bajo el enfoque de la Justica Terapéutica: Evaluación de programas en Puerto Rico. En C. Rechea, R. Bartolomé & J. Benítez, *Estudios de Criminología III* Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. (pp.75–127). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Maritano, A. (2020, 13 de noviembre). Colombia - Justicia Restaurativa como Política Criminal del Estado. *Diario jurídico.* https://www.diariojuridico.com/colombia-justicia-restaurativa-como-politica-criminal-del-estado/

Marellí, P. (2010, 24 de septiembre). La infancia como construcción social. *El Litoral.* https://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2010/09/24/opinion/OPIN-02.html

Marlowe, D. B. (2013). ¿A quiénes deben servir los Tribunales de Tratamiento de Drogas? Maximizar su alcance y su impacto potencial. En Organización de los Estados Americanos, *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas* (pp. 130–143). Organización de los Estados Americanos. http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/publicacion_final.pdf

Mesa, C. C., & Muñoz, A. (2012). *El niño homicida: la estirpe de Caín. Un estudio psicoanalítico.* Universidad de Antioquia.

Mesa, J. D., & Herrera, J.F. (2018). La responsabilidad subjetiva en el adolescente infractor de la Ley Penal. *Informes Psicológicos, 18*(2), 95–114 http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a06

Ministerio de Justicia. (2017). *Plan Nacional Para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf.

Ministerio de Justicia, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional & Organización Internacional para las Migraciones. (2017). *Diagnóstico y lineamientos de política para la aplicación de la Justicia Juvenil Restaurativa en Colombia.* https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Publicaciones/Diagnostico%20y%20Lineamientos%20para%20la%20aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20JR%20en%20Colombia%20VF.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho. (2017). *Documento metodológico para la implementación del programa de seguimiento judicial*

al tratamiento de drogas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/criminalidad/encarcelamiento/CR15222017_documento_metodologico_implementacion_programa_seguimiento_judicial_tratamiento_drogas_sistema_responsabilidad_penal_%20adolescentes.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & ESE Hospital Carisma. (2018). *Documento guía para la implementación del Programa de Seguimiento Judicial al Tratamiento de Drogas en el SRPA para los territorios.* http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/criminalidad/encarcelamiento/Documento_gu%C3%ADa_para_la_implementaci%C3%B3n_del_programa.pdf

Ministerio de Justicia, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2020). *Guía para la formulación de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas en los adolescentes y jóvenes del sistema de responsabilidad penal SRPA.* Ministerio de Justicia. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/guia_prevencion_uso_sustancias_psicoactivas_-_19_de_agosto.pdf

Naciones Unidas. (1985). *Reglas mínimas de Naciones Unidas sobre la administración de justicia de menores ("Reglas de Beijing"). Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985.* http://www.cidh.org/ninez/pdf%20files/Reglas%20de%20Beijing.pdf

Naciones Unidas. (1990). *Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990.* https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/reglasnacionesunidasmenores.htm

Naciones Unidas. (2020). *Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad). Adoptadas y proclamadas por la Asamblea General en su resolución*

45/112, de 14 de diciembre de 1990. https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/preventionofjuveniledelinquency.aspx

Observatorio de Drogas de Colombia. (2018). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el sistema de responsabilidad penal para –Adolescentes SRPA.* Observatorio de Drogas de Colombia. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3142018_estudio_consumo_sustancias_psicoactivas_SRPA_2018.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Caracterización regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en Antioquia.* Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *Informe Mundial Sobre las Drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.* https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2013). *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas.* Organización de Estados Americanos. http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/publicacion_final.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas.* Organización de los Estados Americanos. http://www.cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/files/downloads/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf

Ortiz, S. (2014). *Reincidencia delictiva de adolescentes en Cundinamarca: Políticas y programas de Intervención para la Inclusión y Protección Social* [Tesis de maestría, Universidad Santo Tomás]. Centro de recursos para el Aprendizaje y la Investigación. https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10019

Padilla, A. (2012). *La prestación de servicios a la comunidad. Una sanción con oportunidades para desarrollar procesos de Justicia Restaurativa en el sistema colombiano de responsabilidad penal para adolescentes. Buenas prácticas, experiencia piloto y propuesta para su implementación.* Alcaldía Mayor de Bogotá. https://publications.iom.int/system/files/pdf/la_prestacion_de_servicios_comunidad.pdf

Pérez, C. (2014). La justicia juvenil en el Derecho Internacional. *Derecho y Cambio Social,* (36), 1-19. https://www.dialnet-LaJusticiaJuvenilEnElDerechoInternacional-5472556%20(6).pdf

Programa Drogas, Seguridad y Democracia. (2018). *Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas.* Social Science Research Council. https://s3.amazonaws.com/ssrc-static/%7BF7D9B319-2CF3-E811-A968-000D3A34AFA9%7D.pdf

Rama Judicial. (2020). *Mapa judicial Colombia. https://www.ramajudicial.gov.co/documents/7231090/10582328/MAPA+JUDICIAL+Detallado.pdf/58514558-3909-485c-b450-25711c534033*

Restrepo, V. (2019). *La justicia restaurativa en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes: fuentes jurídicas y aproximaciones teóricas para entender el caso colombiano* [Tesis inédita de maestría en Derecho]. Universidad de los Andes. https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/44345/u827195.pdf?sequence=1

Rasse, A. (2015). Juntos, pero no revueltos. Procesos de integración social en fronteras residenciales entre hogares de distinto nivel socioeconómico. *EURE (Santiago), 14*(122), 125–143. http://doi.org/10.4067/S0250-71612015000100006

Rodríguez Cely, L. (2012). Análisis de la Justicia Restaurativa en materia de responsabilidad penal para adolescentes en Colombia. *Anuario de Psicología Jurídica, 22,* 25–35. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3150/315024813004

Salazar Estrada, J., Torres López, T., Reynaldos Quinteros, C., Figueroa Villaseñor, N., &Valencia Abundiz, S. (2009). Perspectiva psicosocial en adolescentes acusados por delitos contra la salud y robo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 7*(2), 1491–1512. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20131127010833/art.JoseGuadalupeS..pdf

Samacá, D. F. (2019). *Elaboración de herramientas para la actualización del modelo de atención de los adolescentes y jóvenes vinculados al sistema de responsabilidad penal para adolescentes-SRPA.* Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF - Universidad Nacional de Colombia.

Sanches Vergara, A. J. (2012). Tribunales terapéuticos: la justicia de las drogas en la sociedad de control. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 22*(65), 303–325.

Sanz Guti, A., Moreno Camacho, M. A., & Liliana P, R. (2016). Significaciones del proceso de integración social de jóvenes exinfractores en la ciudad de Cali/ Meanings of social integration process in young ex-offenders in the city of Cali. *Psicogente, 19*(35), 110–127. http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1389

Seguí, L. (2012). *Sobre la responsabilidad criminal. Psicoanálisis y criminología.* Fondo de Cultura Económica.

Senado de la República. (2011). *Informe de la comisión de evaluación del sistema de responsabilidad penal para adolescentes.* https://bit.ly/3avhiAj

Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes. (2018). *Directrices del Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para adolescentes para orientar la formulación de programas de Justicia Restaurativa.* https://bit.ly/3vcyDG8

Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes. (2019). *Directrices del Sistema Nacional*

de Coordinación de Responsabilidad Penal para adolescentes para la garantía de derechos de los adolescentes en conflicto con la ley en la formulación de planes de desarrollo de Alcaldes y Gobernadores, para el período 2020-2023. https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/RC_2020/VMPC/directrices%20SNCRPA.pdf?ver=2020-10-28-143409-097

Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes. (2020). *Directrices para orientar la formulación de estrategias de prevención del delito de adolescentes y jóvenes en el marco de los Planes de Desarrollo departamentales y municipales.* https://bit.ly/3dD4ny6

Tendlarz, S. H., & García, C. D. (2008). *¿A quién mata el asesino?* Grama.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1989). *Convención de los Derechos del Niño.* UNICEF. https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. . (2006). Niños en Conflicto. En Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Hojas Informativas sobre la Protección de la Infancia (pp. 19–20). UNICEF. https://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_conflict_with_law_sp.pdf

Urieto, J. R. (2016). Culpa, vergüenza y perdón. *Red psicoanalítica.* https://redpsicoanalitica.com/2016/05/29/culpa-verguenza-y-perdon/

Velásquez, J. (2014). El origen del paradigma de riesgo. *Política criminal, 9*(17), 58–117. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992014000100003

Valencia, J. (2015). La resocialización y la reincidencia de adolescentes en conductas delictivas en el Departamento de Caldas, Colombia. *Summa Iuris, 3*(2), 377–390. https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/summaiuris/article/download/1834/1464.

Wachtel, T., O´Connell, T., & Whachtel, B. (2010). *Reuniones de la Justicia Restaurativa.* Internacional Institute for Restorative Practices.

Wachtel, T. (2013). *Definiendo Qué es Restaurativo.* Instituto Internacional de Prácticas Restaurativas. https://www.iirp.edu/pdf/Defining-Restorative-Spanish.pdf

Wexler, D. B. (2013). Nuevo vino en nuevas botellas: la necesidad de diseñar un "código" de procesos y prácticas penales desde la perspectiva de la justicia terapéutica*. Arizona Legasl Studies, 14*–22. https://www.readcube.com/articles/10.2139%2Fssrn.2466124

Wexler, D. B., & King, M. S. (2013). Promoción de receptividad jurídica y social de la rehabilitación: El rol de la justicia terapéutica. En Organización de los Estados Americanos, *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas* (pp. 21–46). Organización de los Estados Americanos. http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/publicacion_final.pdf

Zehr, H. (2010). *El pequeño libro de la Justicia Restaurativa.* Good Books. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/el_pequeno_libro_de_las_justicia_restaurativa.pdf

Zeledón, M. (2015, 16 de febrero). El Camino para convertirme en niño: La doctrina de la protección integral. *Enfoque Jurídico.* https://enfoquejuridico.org/2015/02/16/el-camino-para-convertirme-en-nino-la-doctrina-de-la-proteccion-integral/

CONSUMO

Importancia del espacio público para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas: desafíos y aprendizajes de Medellín

Eliana Martínez-Herrera
PhD Epidemiología
Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana del Grupo de Epidemiología. Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
Grupo de Investigación Desigualdades en Salud, Medio Ambiente y Condiciones de Empleo (GREDS) en el Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra

Juan Camilo Molina-Betancur
MsC. Salud Pública
Línea de Investigación en Epidemiología y Salud Urbana del Grupo de Epidemiología. Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

José Fernando Jaramillo-Giraldo
Arquitecto & Urbanista
MsC. Est. Territorio
Facultad de Arquitectura. Universidad Santo Tomás, Sede Medellín

Jorge Pérez Jaramillo
Arquitecto & Planificador Urbano
Facultad de Arquitectura. Universidad Santo Tomás, Sede Medellín

Correo de contacto
eliana.martinez@udea.edu.co

Resumen

La salud mental es una prioridad de salud pública a nivel mundial. El espacio público facilita el contacto con la naturaleza, fortalece el desarrollo de relaciones sociales, acrecienta el sentido de comunidad y mejora la salud mental. Pese a la existencia de pocas evidencias de los efectos del espacio público de los barrios en las grandes superficies urbanas, los parques, en las vías sobre las alteraciones psicológicas y psiquiátricas y el bienestar mental de los habitantes de Medellín, la apropiación de los recientes espacios públicos transformados y sus cambios en calidad y cantidad por toda la ciudad pueden orientar acciones individuales, comunitarias, familiares e institucionales para hacer frente a la drogadicción, con desafíos de colaboración "en espejo" desde Medellín de cara a la presencia de modelos de ocupación en Antioquia más urbanos con lecciones para la apropiación de un espacio público coadyuvante en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Palabras clave: espacio público, salud mental, drogadicción, salutogénesis.

Introducción

En este mundo tan urbanizado, más personas compartimos menos espacios para construir nuestra vida pública, básica para el desarrollo humano y para la salud mental. Es que nos enfrentamos a crisis globales de sostenibilidad ecológica y social que alteran nuestros modos de vida, consiguiendo ser más individualizados, socialmente poco integrados, cada vez menos solidarias y que, paradójicamente, nos encontramos en una economía neoliberal interconectada capaz de arrasar con la naturaleza a una velocidad mayor de lo que esta puede regenerarse y que profundiza la desigualdad social (Martínez-Herrera, 2020). En este sentido, se hace necesario señalar la estrecha relación entre las estrategias de ciudades saludables, la promoción de espacios públicos abiertos y la consecuente reducción de sustancias psicoactivas.

Alcanzar una mayor salud mental "positiva" poblacional requiere de la creación de entornos "saludables" que conjuguen acciones de gobernanza urbana orientadas a transformar los lugares donde transcurre lo cotidiano, no solo para su embellecimiento, sino mediante los acuerdos entre colectivos humanos, habitantes en un mismo territorio esperanzados en la prosperidad y el bien común. En el espacio público se configuran oportunidades favorables de cambios que se relacionan con la planeación territorial de la salud que debe permitir el desarrollo comunitario basado en la confianza, donde los cambios en los ambientes internos y externos sean predecibles, manejables y, en última instancia, permitan elucidar atribuciones de bienestar (Corburn, 2015); no basta con disponer de un espacio cotidiano que se pueda ocupar y sobrevivir en él, es importante que este tenga significación, es decir, que las personas encuentren en el mismo las condiciones necesarias para actuar y pensar con sentido social (Instituto Social de Vivienda y Hábitat Alcaldía de Medellín Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus, 2014).

En la construcción social de las poblaciones juega un papel muy importante la salud mental, esta se relaciona directamente con la vida diaria, con la manera en que cada persona o grupo social se relaciona entre sí; con la posibilidad de sentir, pensar y actuar de un modo tal que se potencie (o se limite) la capacidad de disfrutar la vida y enfrentar los desafíos que se presentan. El espacio público ofrecido o demandado interfiere en la exacerbación o mitigación del uso y abuso de Sustancias Psicoactivas (Torres de Galvis et al., 2020). Actualmente el costo de la enfermedad mental es muy elevado. La Organización Mundial de la Salud-OMS ha estimado que el 35% de las pérdidas económicas en el mundo entre el 2011 y 2030 se relaciona con las enfermedades mentales (Leandro-Rojas, 2014) que pudieran ser prevenibles si comprendiéramos que la salud mental no solo tiene que ver con asuntos meramente de tipo psicológico, sino también con todas aquellas acciones de tipo espiritual que conducen a los seres humanos a construir su vida con dignidad y de ese modo hacer

frente a las tensiones normales de la vida cotidiana, trabajar productiva y fructíferamente y con ello hacer una contribución a su comunidad (Instituto Social de Vivienda y Hábitat, Alcaldía de Medellín, Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus, 2014). Uno de los mayores obstáculos para la plena realización de estos ideales, lo constituyen las decisiones políticas asociadas con el tipo de inversión que se realiza en el espacio público de las ciudades y el crecimiento desmedido de las grandes concentraciones urbanas en el mundo actual (Instituto Social de Vivienda y Hábitat, Alcaldía de Medellín, Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus, 2014).

El espacio público, al ser el lugar de 'lo colectivo', anuda socialmente la posibilidad de construir ciudadanía. En él pueden convivir ciudadanos anónimos pero, a la vez, es el máximo exponente de escenario social. Los espacios abiertos nos conectan con lo que es público y común de la ciudad, conformando un intersticio entre las edificaciones, un lugar de dominio público que permite la emergencia de la ciudad como verdadero concepto social, económico, cultural e identitario (González Ulloa Aguirre, 2015). Como ha señalado Borja (2012):

> El espacio público expresa la democracia en su dimensión territorial. Es el espacio de uso colectivo. Es el ámbito en el que los ciudadanos pueden (o debieran) sentirse como tales, libres e iguales. El dónde la sociedad se escenifica, se representa a sí misma, se muestra como una colectividad que convive, que muestra su diversidad y sus contradicciones y expresa sus demandas y sus conflictos. Es donde se construye la memoria colectiva y se manifiestan las identidades múltiples y las fusiones en proceso. (p. 1)

En el espacio público se materializa la conexión entre política y espacio común. Un espacio relacionado con la necesidad de "hacer ciudad" en una tarea siempre continua y dinámica. Como ha señalado Gehl (citado en Ciudades Amigas de la Infancia, 2017):

“los espacios públicos son ahora más populares de lo que lo han sido en la historia de las ciudades” (párr. 6), debido a su capacidad de generar salud y vida y potenciar el derecho a la ciudad.

Otra forma de definir el espacio desde una mirada sociológica y antropológica se refiere a la:

> Acción del individuo y de los grupos sociales entendida como una articulación entre diversos intereses, en donde el espacio siempre será parte constitutiva de lo relacional. En otras palabras, la interacción social se da entre los individuos y entre ellos con el espacio. Es así que la acción de los sujetos siempre incidirá en la forma y en la funcionalidad de los espacios y, a la vez, estos pasarán a ser elementos que condicionan la forma de acción de los sujetos sociales. (Aguirre Ramírez & Peimbert Duarte, 2016, p. 128)

Visto así, en el espacio público se entretejen procesos y acciones que le van imprimiendo propiedades identitarias asociadas a los individuos o grupos que allí lo ocupan, estableciéndose así un nexo social-espacial fundamental en la creación y fortalecimiento de ciudad y ciudadanía (González Ulloa Aguirre, 2015).

Ahora bien, desde una perspectiva no reduccionista ni fragmentaria, el desarrollo urbano debería trascender las ideas según las cuales el espacio público no es de nadie, y que lo urbano es cultura de cemento y el campo es naturaleza abierta, puesto que la calidad del espacio público dependerá de la intensidad y el tipo de relaciones sociales que en él se den, su capacidad de acoger y mezclar distintos grupos y comportamientos y de su capacidad de estimular identificaciones simbólicas, expresiones e integraciones culturales (Leandro-Rojas, 2014); todos estos son asuntos fundamentales para imaginarse custodio de la salud mental en un mundo donde la ciudad es un hogar colectivo (Instituto Social de Vivienda y Hábitat, Alcaldía de Medellín, Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus, 2014).

Por ello, el valor estructural que tiene la vida en un espacio público y que una sociedad urbana viable pasa por comprender el tejido público como fundamento de la ciudad ha sido un aprendizaje fundamental en Medellín, una ciudad donde desde finales de la década de los años 80 se consolidó una etapa de profundos conflictos sociales con expresiones múltiples de una crisis urbana global, con problemas de inequidad, segregación, ilegalidad, violencia, precariedad institucional, entre otros problemas. En las últimas décadas, Medellín viene respondiendo a los retos de la sociedad contemporánea mediante acciones de urbanismo social, pero también de convivencia y compromiso institucional, sin que ello sea un asunto terminado, por el contrario, las capacidades de planeación multiactorial y multisectorial deben siempre seguir reinventándose a fin de intentar conseguir una sociedad viable y saludable (Pérez-Jaramillo, 2020).

A pesar de los inmensos esfuerzos realizados, las huellas en la salud mental generadas por tantos años de precariedad y conflictos siguen presentes. Y ello tras varias décadas construyendo experimentos urbanos, de múltiples escalas y condiciones, con proyectos *catalíticos* que han fomentado la integración ciudadana, favoreciendo una convivencia en paz y unas condiciones más saludables para la vida de los habitantes. Mediante la llamada *acupuntura urbana* del urbanismo social, con diversos proyectos de equipamientos e infraestructuras para el mejoramiento integral de barrios y vivienda, la movilidad, la cultura y el deporte entre otras actividades, la ciudadanía comprende cada vez mejor que una sociedad requiere disponer de unas espacialidades más adecuadas que le permitan desplegar sus valores y potenciales cívicos (Arena et al., 2017). Por ejemplo, un problema estructural que aún prevalece es el déficit de parques, plazas y escenarios para el encuentro y el ocio ciudadano. En este sentido, proyectos de reciente gestación como los Parques del Río, el Jardín Circunvalar de Medellín o las Unidades de Vida Articulada-UVAS, son elementos estratégicos que han de permitir lograr cambios fundamentales en los indicadores sociales, ambientales

y urbanísticos en la dirección de evolucionar hacia una ciudad realmente más equitativa y saludable.

Gracias a la perspectiva social de sus políticas, Medellín ha mejorado sus indicadores (Sanín et al., 2014). Pese a ello, un fenómeno como la drogadicción sigue ocasionando devastadoras y nefastas consecuencias sociales para el futuro ciudadano. Medellín ha trazado rutas contra los conflictos generados por el narcotráfico intentando generar nichos de transformación social (Pérez Jaramillo, 2020) pero hasta ahora el enfoque ha sido limitado, sin que los movimientos urbanos solidarios hayan podido mejorar la salud mental de sus habitantes, y sin que aún exista una comprensión salutogénica de la salud urbana.

Fundamentos salutogénicos del espacio público ante el fenómeno de la drogadicción

En términos muy generales, la salutogénesis se interesa por explicar la manera como gestionamos los problemas y los resolvemos según los recursos individuales, sociales, comunitarios e institucionales disponibles que tenemos (Mittelmark & Bauer, 2017). Entonces, los espacios públicos son los lugares de construcción de ciudadanía y encuentro social donde confluyen diversas prácticas culturales e intercambios sociales que serán saludables en tanto sean seguros, accesibles, divertidos e incluyentes intergeneracional e intrageneracionalmente, luego, por tanto, son dinamizadores del apoyo social, del fortalecimiento del capital social y la cohesión social, así que debemos propender por apropiar los espacios y/o entornos construidos con dignidad para desplegar todas sus facultades y desarrollar comunitariamente un buen vivir sostenible (Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus, 2014) que como proceso político puede ser revelador e innovador de hechos protectores, sanadores y terapéuticos para la intervención de la drogadicción y para la salud mental.

Pese a los esfuerzos de articulación de actores institucionales, Antioquia se ubica en el primer lugar de consumo de cualquier

sustancia ilícita en Colombia. En 2013, el 7,7% declaraba haber consumido alguna droga alguna vez en su vida mientras que el promedio nacional se ubicaba en el 3,6% (Ministerio de Justicia de Colombia, 2016). El 88,7% han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 49,2% ha fumado cigarrillos y el 2,6% ha utilizado tranquilizantes; el 24,7% de la población ha consumido alguna sustancia ilícita, siendo el mayor consumo la marihuana con el 23,4%; seguido por la cocaína con el 6,6%; el popper con el 4,1%; el basuco con el 2,4%; los hongos con el 1,4% y el éxtasis con el 1,3%. Se ha evidenciado que el cigarrillo es la sustancia con la que jóvenes de 16 años inician su consumo de drogas, mientras que a los 18 años se inician en el consumo de cocaína y basuco. Sin embargo, esta edad se está reduciendo, de modo que existen casos de consumo a partir de los siete años. Particularmente, se presenta un aumento significativo en Medellín y el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (Ministerio de Justicia & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

Los estudios epidemiológicos y de salud pública integrados y con acciones transdisciplinarias sobre consumo de drogas en Medellín son escasos. Un reciente estudio realizado por la Universidad CES en 2019, reveló datos sobre la prevalencia de consumo para alcohol (51,3%), marihuana (16,4%), cocaína y derivados (5,8%), medicamentos no recetados (1,8%), heroína y otros medicamentos (2,5%); con las prevalencias más altas para alcohol en la comuna San Javier (48,0%); marihuana en el corregimiento de San Antonio de Prado (20,1%); cocaína y derivados, medicamentos no recetados en San Javier con el 9,4% y el 7,1% respectivamente, y heroína y otros en la comuna de la América con el 4,4% (Torres de Galvis et al., 2020).

Si bien Medellín destina de su presupuesto participativo una notable cuantía de recursos para proveer oportunidades para el goce efectivo del derecho a la salud mental (Guerrero Chávez, 2017), a nivel departamental se sigue observando una tendencia al aumento en la notificación de eventos relacionados con la violencia de género, casos de intento de suicidio y víctimas del

conflicto armado (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2017). Estas problemáticas se han asociado a entornos protectores primarios poco fortalecidos, una oferta institucional dispersa y desarticulada para la promoción, prevención y atención del consumo SPA y la falta de seguimiento, monitoreo y evaluación de los programas de prevención y tratamiento del consumo de drogas (Ministerio de Justicia de Colombia, 2016).

La interrelación entre los individuos y su entorno social, físico y sociocultural reviste especial interés desde abordajes socioecológico (Stokols, 1996), ya que tanto el proceso como el entorno de la urbanización afectan la salud mental y el abuso de sustancias debido al aumento de los factores estresantes y la reducción del apoyo social y a menudo, involucra varios factores sociales, económicos, familiares, además de la disponibilidad de las drogas (Torres de Galvis et al., 2020). Las características del entorno urbano que pueden estar asociadas con el uso y abuso de drogas están relacionados con la infraestructura, el empleo, los recursos educativos y de salud de las comunidades, pero también con la pobreza, las normas culturales y el pobre control comunitario.

Repensar, por ejemplo, las vías (calles y carreras, avenidas y autopistas) que pueden conducir a modelos territoriales de ciudades compactas sostenibles con calidad, más equitativas, incluyentes y con seguridad integral para todos, será una prioridad para el futuro. El concepto de calles completas, como espacios que favorecen la vida colectiva cotidiana, fomentando espacios seguros para las relaciones humanas, es fundamental. Se ha privilegiado la concepción de la ciudad como un hecho funcional dependiente de la movilidad motorizada, lo que ha configurado *no lugares* urbanos adecuados para las personas, un hecho que representa no solamente una inmensa inequidad en las prioridades del desarrollo urbano, sino territorios inhóspitos para la gente, inaccesibles, inseguros, poco saludables, no catalizadores de cambio (Madanipour, 2004).

Es urgente volver a humanizar y dar sentido al diario vivir, a las relaciones del ser humano con el contexto y sus intercambios múltiples, locales y externos. Se hace imprescindible encontrar respuestas oportunas de vida a necesidades, anhelos y sueños de ciudadanos, muchos de estos en condiciones de pobreza y marginalidad, excluidos de oportunidades y herramientas para su progreso individual y colectivo. Se hace obligatorio restablecer las conexiones y equilibrios perdidos y darle una mayor importancia al *locus*, a la proximidad y al conocimiento mutuo, marco territorial-cultural para generar un ambiente apropiado al desarrollo humano- urbano (Instituto Social de Vivienda y Hábitat, Alcaldía de Medellín, Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus, 2014).

Vale la pena hacer una diferencia conceptual que nos permitirá entender este constructo desde la mirada salutogénica para entender *lo urbano* como una condición compuesta de las complejidades entre lo espacial y lo social, relación indivisible en la producción de ciudad. Por un lado, la ciudad como una composición espacial definida por la alta densidad poblacional y el asentamiento de un amplio conjunto de construcciones estables, una colonia humana densa y heterogénea conformada esencialmente por extraños entre sí. Por otro lado, lo urbano marcado por la proliferación de urdimbres relacionales deslocalizadas y precarias (Delgado, 1999) en lo cual se establecen símbolos e identidades que nos transportan a una cercanía o lejanía con el espacio ocupado, lleno de temporalidades, pero infinito en posibilidades de habitarlo en comunión con todos los elementos que constituyen la vida social (Guillamón, 2008) y son reflejo de la comunidad que lo ocupa, representando hechos urbanos configurados por el grupo que lo habita, con la posibilidad de fraguar sucesos sin ser juzgados. *¿Pero dónde está esa sutil y casi invisible línea que define la diferencia?,* ¿a qué obedece el dialogo de saberes? (Carneiro et al, 2014)

El modelo salutogénico se enfoca en los recursos y estrategias que restauran el orden y que ayudan al enfrentamiento exitoso de los estresores vitales Los recursos económicos, culturales,

naturales, intelectuales y sociales son el acumulado sociológico que posee una comunidad, que fomentan confianza y reciprocidad y determinan la calidad y cantidad de interacciones sociales (Martínez-Herrera, 2020).

Antonovsky elabora un modelo sobre el concepto de *sentido de coherencia,* la forma en que los seres humanos entienden y enfrentan los estresores de la vida cotidiana, perciben el mundo como un lugar coherente, al presentar retos manejables y tener significado y por qué utilizan mejor los recursos disponibles para resistir y enfrentar más adaptativamente su ambiente (Eriksson, 2017). Existe una correlación entre un sentido de coherencia alto con una mejor salud, bienestar y calidad de vida y con un nivel elevado de autoestima; mientras que un sentido de coherencia más débil se corresponde con mayores niveles de estrés, estado de ánimo depresivo, ansiedad y hostilidad. La combinación adecuada de los recursos de resiliencia reafirma en el sentido de coherencia oportunidades saludables para prosperar, porque perciben un sentido de conexión, donde las redes vinculan a las personas en todos los ámbitos de la vida (Torres de Galvis et al., 2020). Al incentivar la percepción del espacio público *abierto* como seguro, divertido y encantador (Leandro-Rojas, 2014), mayores serán los indicadores de bienestar, sin dejar de lado los aspectos fundamentales para su concepción, elaboración, desarrollo y cristalización al servicio de la comunidad propia y ajena. La promoción del bienestar mental puede abordarse mejorando la calidad del entorno físico que permita el relacionamiento y la conexión de los individuos y su comunidad (Hernán García et al., 2011).

Jane Jacobs (1992), en su libro *The Death and Life of Great American Cities* afirma que los espacios más seguros, solidarios y saludables son aquellos donde accede la mayor cantidad de personas, de muy diversos orígenes, poder económico y trayectoria de vida.

El espacio público puede, a través de sus atributos, incorporar al sujeto a las dinámicas que plantea el mismo, permitiendo

escenarios de transacción social adecuada, de compartir con el otro (propio o extraño), o simplemente de estar, siempre y cuando las condiciones de habitabilidad sean las adecuadas y que son en definitiva las que se tratan de mantener por medio de ejercicios normatizados: una reglas de juego, uso e interacción en el espacio público que le permita a toda una comunidad disfrutar de él y de allí, mostrar una influencia positiva a partir de la generación de una percepción de seguridad, tranquilidad, respaldo y bienestar (Vaandrager & Kennedy, 2017). Las cualidades del espacio público tienen que ver con sus características espaciales y formales, como también con la estructura de sus contenidos y las relaciones con el entorno habitado, es decir, la complementariedad entre contenedor y contenido es necesario a la hora de fomentar la vida pública con accesibilidad y seguridad para todas las personas. El espacio público facilita los recursos para enfrentar exitosamente la demanda de los estímulos tanto internos como externos (Baquero Quiroga, 2018), y en ese caso es salutogénico.

Recordemos la salud mental como un estado de bienestar del individuo para contribuir a su comunidad desde la autonomía, por una parte, y la responsabilidad con la comunidad a la que se pertenece (World Health Organization, 2001) en conjunción con la importancia que tiene reconocer la administración, función y apropiación del espacio público para la interacción social, su potencial protector y la cohesión social barrial, principalmente. Así mismo, recordemos que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno multicausal, en el que inciden factores individuales, familiares, sociales y culturales de los retos en el diseño e implementación de políticas relacionadas ante la complejidad en el abordaje social de la drogadicción (Ministerio de Justicia & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017) y las posibilidades que ofrece volcar las intervenciones en los espacios públicos. El reto que es promover el goce efectivo del derecho a la salud mental, mediante el despliegue de esfuerzos intersectoriales y comunitarios para el desarrollo de las líneas de acción en salud mental y convivencia social, que posibiliten enfrentar de forma

coherente las situaciones problemáticas en este campo, en ejercicio permanente del debate y consenso sobre el cómo debe ser tratado el asunto de salud mental en el departamento de Antioquia (Secretaría Seccional de Salud & Protección Social de Antioquia, 2017). Más allá de activar estrategias para desarrollar habilidades individuales SOC, es importante ampliar los alcances son perspectiva ecológica-sistémica, enfocados en la población en general con el fin de fortalecer el sentido de comprensibilidad, manejabilidad y significación entre sus miembros y los espacios públicos como protectores de la salud y la vida. Este enfoque de orientación salutogénica abordaría el estudio de los factores emocionales, sociales y ambientales en relación con la prevención del abuso de drogas (Sagy, 2014).

En este punto, entonces, es importante trazar el bosquejo delineado que hace la diferencia sobre la pregunta planteada en torno a las reglas de convivencia en el espacio, que supone tres aspectos que interactúan en la generación del espacio público y sus condiciones para habitarlo. En primer lugar, un aspecto planteado por su administrante, en este caso, el Gobierno, definiendo desde lo administrativo, normativo y regulatorio, las reglas de convivencia que debe mantener una sociedad para conservar la cohesión social, el respeto, la vida en comunidad, la empatía social, el civismo y, en definitiva, las condiciones que nos permiten gozar de un grado importante de bienestar a través del espacio público. Esto supondría en principio una contradicción en el uso del espacio público como escenario *libre* de expresión social, al estar normatizado sobre unas bases que se consideran realizables para conservar la estabilidad de la estructura social evitando la vulneración, la ofensa, la agresión o el abandono, términos que se circunscriben a lo fundamental sobre el uso del espacio público (Borja, 2012).

En segundo lugar está lo funcional con sus actividades asociadas y cómo desde allí se le determina una impronta inicial a dicho espacio desde su concepción, labor en principio orientada por arquitectos y urbanistas encargados de hacer lectura de ciudad

e interpretar sus destinos desde la planificación y el diseño, proceso en el cual y bajo esa impronta mencionada se le asignan cualidades y atributos desde lo técnico, físico y social, a fin de que cumplan un papel especifico en ese orden llamado ciudad. Y, por último, la apropiación del espacio ligado indefectiblemente a su accesibilidad como condición innegociable del uso del espacio público (Clua-García, 2020).

Con lo anterior, las condiciones que se establecen entre la administración del espacio, su funcionalidad o destinación y las condiciones de apropiación final, determinan un triángulo de relación que define en coherencia con la salutogénesis el uso como recurso de este.

Surge un cuarto aspecto que pareciera estar implícito en todo este proceso reflexivo en la generación del espacio público, que es la comunidad del entorno, variable que completa la ecuación como pieza fundamental en la producción adecuada del espacio público desde su sentido de apropiación e identidad; esto como parte de esa conexión sensible entre el sujeto y el espacio construida a través del uso, la relación simbólica con él y su representatividad (Baquero Quiroga, 2018), obligándola desde el ejercicio aparentemente implícito a ser una variable tangible y necesaria en la modelación del espacio público exitoso y la dimensión de la salud mental comunitaria (Fernández & Serra, 2020).

La generación de espacios realmente públicos depende de su apropiación por parte de muchos tipos de usuarios (deportistas, estudiantes, transeúntes, vendedores ambulantes, ladrones, drogadictos, trabajadores sexuales, entre otros) y la integración en las dinámicas reales que fluyen alrededor de ellos en la comunidad y las potencialidades para evitar ciertos usos como el consumo de drogas ilícitas o para estimular ciertos usos que no se están dando. Las condiciones del entorno son conducentes para la apropiación futura del espacio, independiente de sus funcionalidades o destinaciones preestablecidas, que debieran ir en una misma dirección de la apropiación, pero que sin todas

las variables puestas sobre el planteamiento siempre dejarán brechas en el uso y apropiación del mismo, presentando usos que incluso transgreden las normas y pasan por encima de los buenos hábitos de la vida en comunidad, afectando finalmente su función principal, como ocurre con el consumo de sustancias psicoactivas, microtráfico de drogas, concurrencia de delitos como el robo, etc. (Baquero Quiroga, 2018).

De manera que debemos integrar todas estas dimensiones o variables articuladas. En Medellín, lo público aparece como un escenario que por sus atributos físico-urbanísticos exhibe a la ciudad que lo produce, a las personas y grupos sociales que lo usan de forma distinta e incluso algunas veces incompatible, donde también se producen tendencias antagónicas que expresan la diversidad de comunicación, uso, apropiación, sociabilidad y conflicto (Ramírez Kuri, 2015) pero que deja enseñanzas inspiradoras para nuevas intervenciones sociales (Corburn et al., 2020). Por estas razones y variables puestas sobre la presente reflexión, aun cuando algunos de los programas para la prevención del uso indebido de drogas en las últimas décadas han sido el resultado de modelos multicomponentes dirigidos a construir y fortalecer factores psicosociales mediante la construcción de habilidades y el fortalecimiento del sentido de la capacidad personal, se tendrán que incorporar nuevas rutas de acción como lo que se propone en la Escuela Contra la Drogadicción (Calle Atehortúa, 2020). Pero incluso con esos avances, los programas positivos y creativos suelen poner el énfasis en los factores de riesgo, dejándonos en el área de contenido de prevención de disfunciones (o enfermedades) y se han satisfecho con propuestas para una vida saludable, en el mejor de los casos (Sagy, 2014). Sin embargo, el espacio público como lugar de encuentro aún es expectante frente a estas realidades, en las que encuentran cabida apropiaciones indebidas como las expuestas y que están íntimamente relacionadas como resultado inesperado a las condiciones iniciales en su concepción, desarrollo y producción, que permitiría a la luz de lo mencionado pensar que *algo* quedó

faltando en su concepto urbano integrador como modelador de ciudad, inclusivo y articulador de la sociedad.

Conclusión y recomendaciones

Frente a las anteriores discusiones abordadas alrededor del espacio público, quedan nuevos interrogantes para la salud mental en la que se enmarcan usuarios de espacios poco funcionales que buscan desarrollar actividades como el consumo sustancias psicoactivas. En consonancia con las experiencias de transformación de la ciudad y en función de promover y conservar el equilibrio social de las comunidades por ser incluyentes, usuarios del espacio público que no corresponde a la noción de vida pública en condiciones equitativas, saludables, seguras y sostenibles; usuarios sin condicionantes a las funciones destinadas o a las apropiaciones esperadas, ni a las expectativas de uso permitidas del espacio público cuya resultante origina nuevos cuestionamientos en el diseño y formulación de estos espacios, en las que los usuarios potenciales de drogas encuentren alternativas de vida reductos de procesos segregacionistas.

El concepto de bienestar ante un fenómeno como el de la drogadicción debe superar la noción tradicional de salud mental individual, debe tener además un análisis colectivo y fundamentarse en aspectos de diseño, construcción y especialmente de uso de espacios de uso cotidiano con estrategias de promoción de la salud basadas en el medio ambiente; junto con el cambio de comportamiento y programas de modificación del estilo de vida, así como formación de patrones cívicos que fomenten una cultura de convivencia respetuosa con intervenciones urbanas, por ejemplo, primero, de mejora ambiental tanto de los entornos físicos como de los sociales, incorporando conceptos generadores de estrés o de afectaciones sobre el estado de ánimo, el rendimiento y la fisiología como resultado de su exposición a demandas incontrolables como el ruido, la agitación política o el conflicto interpersonal. Segundo, de funcionalidades orientadas

al cuidado, la seguridad y todo lo que pueda evitar el peligro de áreas contaminadas químicamente, geográficamente inseguro o socialmente violento. Tercero, con intervenciones urbanas que potencien el comportamiento de salud y prácticas culturales saludables que fomenten el comportamiento de promoción de la salud. Cuarto, tener en cuenta como concepto urbano integrador en la formulación de los espacios de encuentro las dinámicas y comunidades aledañas a los mismos; proyectar usuarios potenciales; identificar la diversidad de usos no solo funcionales, sino los que potencialmente se podrían dar por cuenta de aspectos de apropiación espontánea del espacio; atributos que estimulen el uso transgeneracional; contemplar dotación diversa y la posibilidad de distintas temporalidades en su estancia y disfrute.

Finalmente, algunas lecciones desde la experiencia de Medellín en la recuperación de la vida pública para los habitantes que podrían replicarse en el resto de Antioquia, se encuadran en la perspectiva socio-ecológica de la promoción de la salud con foco en las interrelaciones entre las condiciones ambientales y el comportamiento humano y el bienestar. La relevancia de la adecuación persona-entorno y la percepción sobre este entorno y su potencial goce, con una cultura ciudadana que haga del ocio y el uso del paisaje y el espacio urbano para el bienestar individual y colectivo, así como con la identificación de *puntos de influencia* conductuales y organizacionales dirigidos al cambio no solo biomédico sino psicosocial. La escala de la mayoría de los municipios antioqueños con los mecanismos disponibles desde el ordenamiento territorial puede contribuir a gestionar muchos más espacios públicos en la región y a mitigar los efectos sociales y comunitarios intergeneracionales ocasionados por la drogadicción y fomentar la comprensión de las ciudades y municipios como el escenario para construir mejores personas y sociedades ha de ser un aliciente para la coproducción social de conocimiento.

Referencias

Aguirre Ramírez, E., & Peimbert Duarte, A. (2016). Borrando los límites: Deconstrucción interdisciplinar del concepto de espacio público. *Revista de Urbanismo, 34,* 125–137.

Arena, R., Bond, S., O'Neill, R., Laddu, D. R., Hills, A. P., Lavie, C. J., & McNeil, A. (2017). Public park spaces as a platform to promote healthy living: introducing a healthpark concept. *Progress in Cardiovascular Diseases, 60*(1), 152–158.

Baquero Quiroga, J. L. (2018, 27 de febrero). *#100ExpertosDicen ¿Qué tan público es el espacio público? - Jorge Baquero* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=kW_Q-8e96rs

Borja, J. (2012). Espacio público y derecho a la ciudad. *Debats En Treball Social i Política Social.* https://debatstreballsocial.files.wordpress.com/2013/03/espacio_publico_derecho_ciudad_jordiborja.pdf

Calle Atehortúa, D. (2020, 2 de marzo). Así arrancaron las labores en la Escuela contra la Drogadicción en Antioquia - Medellín - Colombia -. *EL TIEMPO.* https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/asi-arrancaron-las-labores-en-la-escuela-contra-la-drogadiccion-en-antioquia-467468

Ciudades Amigas de la Infancia. (2017, 5 de julio). Jan Gehl: «Los espacios públicos son ahora más populares de lo que lo han sido nunca en la historia de las ciudades». *Ciudades Amigas de La Infancia.* https://ciudadesamigas.org/jan-gehl-espacios-publicos-onu-habitat/

Clua-García, R. (2020). Managing pleasures and harms: An ethnographic study of drug consumption in public spaces, homes and drug consumption rooms. *Salud Colectiva, 16,* 1–18.

Corburn, J. (Ed.). (2015). *Healthy cities: critical concepts in built environment.* Routledge.

Corburn, J., Asari, M., Pérez Jamarillo, J., & Gaviria, A. (2020). The transformation of Medellin into a 'City for Life:' insights for healthy cities. *Cities & Health, 4*(1), 13–24.

Delgado, M. (1999). *El animal público.* Anagrama Colección Argumentos.

Eriksson, M. (2017). The sense of coherence in the salutogenic model of health. En M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 91–96). Springer Nature.

Fernández, A., & Serra, L. (2020). Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria, 34*(S1), 34–38.

González Ulloa Aguirre, P. A. (2015). Ciudadanía ante el espacio público. La difícil y necesaria relación para fortalecer a las instituciones. *CONfines, 11*(21), 87–106.

Guerrero Chávez, B. M. (2017). *Investigación evaluativa de los componentes de presupuesto participativo en salud. Convenio asociativo 4600066861-16 Medellín 2012-2015.* Secretaría de Salud. https://rbmam.janium.net/janium-bin/pdfview.pl?Id=20210421193641&r=628976&t=p

Guillamón, I. M. (2008). La producción del espacio público. Fundamentos teóricos y metodológicos para una etnografía de lo urbano. *(Con) Textos: Revista d'antropologia i Investigació Social, (1), 74–90.*

Hernán García, M., Mena Jiménez, Á. L., Lineros González, C., Botello Díaz, B., García- Cubillana de la Cruz, P., & Povedano Huertas, Á. (Eds.). (2011). *Activos para la salud y promoción de.* Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Instituto Social de Vivienda y Hábitat Alcaldía de Medellín Isvimed & Corporación para el Pensamiento Complejo Complexus. (2014). *Carta Medellín: Sobre el porvenir humano de las urbes del mundo.* Instituto Social de Vivienda y Hábitat Alcaldía de Medellín Isvimed.

Leandro-Rojas, M. (2014). Potencial del espacio público como facilitador de bienestar y salud mental. *Revista Costarricense de Psicología, 33*(1), 31–45.

Madanipour, A. (2004). Marginal public spaces in european cities. *Journal of Urban Design, 9*(3), 267–286.

Martínez-Herrera, E. (2020). La salud de la gente se transforma con la ciudad saludable. En Vicepresidencia de la República de Colombia & Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, *Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión. Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud* (Vol. 6*, pp. 218–254). Editorial Universidad de Antioquia.*

Ministerio de Justicia & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el departamento de Antioquia. http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/2016/RE042_antioquia.pdf

Ministerio de Justicia de Colombia. (2016). *Plan Integral Departamental de Drogas Antioquia 2016-2019.*

Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The meanings of salutogenesis. En M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 7–12). Springer Nature.

Sagy, S. (2014). Preventing drug abuse among children and adolescents: Where does the salutogenic approach direct us? *Health, 6,* 541–548.

Sanín, F., Cruz, T., & Forman, F. (2014). *Medellín, Vida y Ciudad.* RM-IF Cultura - Mesa Editores.

Secretaría Seccional de Salud, & Protección Social de Antioquia. (2017). *Adopción y adaptación de la política nacional de salud mental.* Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. https://www.dssa.gov.co/images/BIADicSP.pdf

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *Am J Health Promot, 10(*4), 282–298.

Torres de Galvis, Y., Castaño Pérez, G., Hincapié Sierra, G. M., Salas Zapata, C., & Bareño Silva, J. (2020). *Estudio de Salud Mental Medellín 2019.* Editorial CES.

Vaandrager, L., & Kennedy, L. (2017). The application of salutogenesis in communities and neighborhoods. En M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 159–170). Springer Nature.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* World Health Organization. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

CONSUMO

SUJETOS

DE CONSUMO Y EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

CONSUMO

Significación atribuida a la experiencia de consumo adictivo de heroína en sujetos no institucionalizados en comunidad terapéutica

Isabella Cruz Marín
Especialista en Terapia Gestalt
Programa de Psicología,
Universidad de San Buenaventura,
Cali isabella.09cruz@gmail.com

María Del Pilar Murcia Zorrilla
Doctorando en Políticas
Públicas para el Sector Salud,
Departamento de Psicología
Universidad de Eafit
mpmurciaz@eafit.edu.co

Johnny Javier Orejuela Gómez
Doctor en Psicología Social
Profesor Titular y
Jefe del Dpto. de Psicología
Universidad Eafit
jorejue2@eafit.edu.co

Resumen

La heroína es una sustancia de aplicación intravenosa poco abordada a través de investigaciones desde la psicología. Su consumo adictivo se caracteriza por un intenso deseo o necesidad imparable de concretar la actividad placentera que le produce al sujeto el contacto directo con ella, presentando de manera clara descuido en la generalidad de las actividades familiares, académicas y laborales. Este artículo discute los resultados de un estudio cualitativo realizado en Cali (Colombia) y cuyo objetivo fue analizar la significación atribuida a la experiencia del consumo adictivo de heroína en un grupo de tres adultos no institucionalizados en comunidad terapéutica, mediante una entrevista semiestructurada e indagando acerca del significado, causas y efectos del consumo adictivo a la heroína. Todo esto desde la Teoría de la Subjetividad propuesta por Fernando González Rey y su paradigma de investigación cualitativa. Los resultados muestran que, para los participantes, la heroína, a pesar de ser una sustancia tan controvertida por su forma de ingreso al cuerpo, generalmente por vía intravenosa, si bien no es la única manera, permite "un escape" a sus problemas y una forma de evadir aquella realidad que les genera sufrimiento. Como conclusión, aun cuando los participantes identifican las consecuencias que a nivel emocional y físico ha generado la heroína, estos no consideran viable el ingreso a tratamiento en el marco de una comunidad terapéutica, dado que su experiencia en estas no ha sido significativa para su proceso de recuperación, asumiendo de esta manera las múltiples consecuencias que en diversos niveles trae consigo esta adicción.

Palabras clave: adicción a sustancias psicoactivas, consumo de heroína, comunidad terapéutica.

Según el Observatorio de Drogas de Colombia (2014), las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular o intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos

a sus funciones. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. Por otro lado, tenemos la definición que retoma Murcia & Orejuela (2014) de la Organización Mundial de la Salud, quien denomina sustancia psicoactiva a "toda sustancia natural o sintética que ingerida produce en el organismo cambios físicos y psicológicos más o menos permanentes o estables y significativos" (p. 3).

El abuso de sustancias psicoactivas es un fenómeno que genera el quebrantamiento del sujeto no solo a nivel individual, sino también familiar y, por ende, requiere tanto la atención, acompañamiento e intensa labor de cuidados para la mejora de la calidad de vida del sujeto adicto; como incrementar procesos de investigación que intenten comprender las adicciones desde diversas perspectivas reconociendo incluso la manera en que el consumo es significado por el mismo consumidor; es decir, reconocer la experiencia desde su propia voz, más allá de los señalamientos sociales y de las políticas públicas que se van estableciendo en el País alrededor del tema de las adicciones químicas y comportamentales.

Para Rossi (2008), las sustancias psicoactivas y su abuso son una condición de quienes consumen, de las familias de los adictos, de las asociaciones intermedias, de las entidades religiosas, de la comunidad médica, de la salud pública y privada, de los docentes y del Estado. En cuanto a las adicciones químicas, las personas adictas a determinada conducta experimentan en el momento en que no pueden realizarla un síndrome de abstinencia en el cual vivencian un malestar emocional, estado de ánimo disfórico, insomnio, irritabilidad e inquietud psicomotora. En esta misma línea, para Becoña & Cortés (2016), el sujeto, al consumir sustancias psicoactivas, crea dependencia en ellas, siendo las características que más se destacan la pérdida de control, dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa a nivel de la salud física y mental que se refleja en prácticas y conductas cotidianas.

Murcia & Orejuela (2014) refieren que en el momento que la adicción avanza, los comportamientos se vuelven automáticos y

son activados por las emociones e impulsos con un menor control cognitivo y de autocrítica. La adicción es la forma de relación que el sujeto establece con la sustancia, es decir que cualquier actividad normal que resulte placentera para el sujeto puede convertirse en una conducta adictiva, dado que *depende* de ella para sentir lo que él considera placer. Dentro de las características más generales que se sitúan frente al consumo adictivo, está en primer lugar la conducta de compulsión y pérdida de control; el segundo aspecto son los síntomas de abstinencia que produce la no realización de la práctica de consumo. El tercer elemento es la necesidad de incrementar no solo la dosis, sino también el tipo de sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio, es decir volver a sentir lo que sintió la primera vez. El cuarto aspecto es el de la intoxicación y dependencia, grado en el cual el sujeto se siente sin capacidad para resistir el deseo de consumo y, por último, el quinto aspecto lo configuran los graves problemas en la esfera física y sanitaria, personal, familiar, laboral y social.

Respecto a la heroína, Manzanera et al. (2000) afirman que su consumo se inició en Barcelona y en el resto de España a finales de los años 70, para alcanzar probablemente su máxima expresión a finales de los 80. En una primera etapa, los responsables del problema apreciaron dificultades para llegar a una definición clara de objetivos, aunque posteriormente se alcanzó un consenso amplio que permitió la formulación de planes de acción con objetivos explícitos. Según Becoña & Cortés (2016), plantean las etapas que se atraviesan en el consumo de la heroína, afirmando que se trata de un opiáceo descubierto hace ya un siglo. Hasta hace unos años, se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy esto sólo lo hace un porcentaje reducido de sus consumidores: "[...]El primer consumo de heroína produce náuseas, vómitos y disforia, después genera placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen produciendo durante un tiempo, conocido como la 'fase de luna de miel'" (p. 21); luego se consume con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia. La inyección

intravenosa produce un éxtasis muy intenso (el flash) de 5 a 15 minutos, luego hay una sensación menos intensa, de satisfacción, euforia y bienestar que dura de 3 a 6 horas. Después de la misma, hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos.

La característica por una intoxicación de heroína es, según Gamella (1997), una intensa miosis en el que las pupilas se ponen en punta de alfiler, euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio. Cuando se presenta una intoxicación bastante intensa, se puede generar sobredosis y, en muchos casos, incluso la muerte; aun así, la decisión para ingresar y sobre todo permanecer en las comunidades terapéuticas para los sujetos adictos a heroína es muy compleja. Murcia, Orejuela & Patiño (2016) plantean que se hace cada vez más necesario:

> ver al sujeto más allá de la perspectiva clínica o como un ser vulnerable y como peligro social. En ese sentido es fundamental tener en cuenta la subjetividad (entiéndase su significación), la dimensión colectiva y la capacidad de resiliencia, al momento de abordar y conceptualizar al sujeto. (p. 220)

Dentro de esta lógica es importante situar la presente investigación desde un enfoque histórico-cultural, reconociendo el elemento de la subjetividad como vector importante para la comprensión de las adicciones, más allá del establecimiento de patrones y directrices orientadas por un modelo conductual propio del marco de las comunidades terapéuticas.

Tal enfoque histórico-cultural de la adicción, según Ammon Suissa (2001), considera que el fenómeno adictivo —toxicomanía— no solamente se inscribe fundamentalmente en la cultura, sino que la cultura puede ser uno de los factores que favorecen la adicción, planteando entre otras cosas que esta "contribuye justamente al aumento de la tasa de alcoholismo podría ser, paradójicamente, la concepción misma del alcoholismo como

una enfermedad" (p. 83); así mismo, Villalobos (2005) afirma que el consumo adictivo "es un problema que debe abordarse desde la perspectiva cultural, entendiéndola como los patrones y creencias, costumbres y formas de vida de un grupo social" (p. 11); aun reconociendo, como lo plantean Carvajal & Murcia (2019), que la adicción a las sustancias psicoactivas es aún una situación inespecífica en lo que respecta a su fundamentación, construcción e investigación tanto teórica como metodológica. No obstante, existen elaboraciones que nos permiten el acercamiento a la concepción de la misma, elaboraciones que sin lugar a dudas infieren sobre una ruta de actuación difusa e inconsecuente hacia la perspectiva misma de su comprensión. González (2008) aporta que el sujeto es capaz de generar por medio de sus acciones un espacio propio de subjetivación, propiciando un desenvolvimiento activo y diferenciado; para este autor, el sujeto es un sujeto del pensamiento, pero no de un pensamiento comprendido de forma exclusiva en su condición cognitiva, sino "de un pensamiento entendido como proceso de sentido, es decir, que actúa solo a través de situaciones y contenidos que implican la emocionalidad del sujeto" (p. 207).

Aunque se define que para la unidad de análisis de la presente investigación, se seleccionaron 3 sujetos adictos a heroína que no se encontraban institucionalizados en comunidades terapéuticas, se considera fundamental definir este concepto, dado que los tres han sido parte de dichos procesos previamente, siendo además desertores y evasores actuales de esta modalidad de intervención. Esto quiere decir que los participantes se sitúan por fuera del discurso institucional aun cuando sí se encuentren dentro del discurso social propio de las adicciones y en su historia se ubica una experiencia previa de comunidad terapéutica. Según Murcia & Orejuela (2014) el adicto es concebido en la comunidad terapéutica como un sujeto con una historia de funcionamiento social, lazos comunitarios y familiares positivos, y habilidades educativas/vocacionales que han sido alteradas por el uso/abuso de sustancias psicoactivas.

Método

Esta investigación utilizó un tratamiento de datos cualitativo. El diseño es el de estudio de caso; el tipo de estudio según el grado de profundidad fue descriptivo- interpretativo, de enfoque básico y alcance diagnóstico. Según el tiempo, fue un estudio transversal. Los participantes fueron seleccionados desde un muestreo no probabilístico o intencional, sujeto a una cuidadosa y controlada elección de personas con características previamente establecidas en el planteamiento del problema: tres sujetos adictos a heroína no institucionalizados en comunidad terapéutica (ver Figura 1).

Figura 1. Participantes

Participantes	S1	S2	S3
Edad	26	27	22
Estrato	4	2	5
Género	Masculino	Masculino	Masculino
Escolaridad	Enfermero	Hasta 9 de Bachillerato	Estudiante universitario
Familiograma	Padres y hermano	Madre Sustituta	Padre
Edad de inicio del consumo	7 años Fumada: 6 años Inyectar: ½	16 años	10 años
Sustancias que ha consumido	Marihuana, perico, ácido, popper, pepas, licor, heroína.	cigarrillo, marihuana, perico, basuco, hongos,opio, pegante,pepas, gap, heroína.	Marihuana, heroína, sacol, extasis, Tusi, nexus, salvia,Peyote, hongos, LSD.
Tiempo de adicción	12	11	10
Tiempo de consumo de heroína	10	6	1 año y medio

Fuente. Elaboración propia.

Técnica de producción de datos

La técnica utilizada para establecer el acercamiento y propiciar espacios de encuentro con los tres sujetos fue la de entrevistas

semiestructuradas, realizando tres encuentros en campo con cada sujeto y empleando un protocolo previo de preguntas que permitió evocar significaciones atribuidas al consumo de heroína, sus causas, efectos y consecuencias. El estudio básicamente se realizó en tres momentos: 1) contextualización del problema y del marco conceptual; 2) recolección de Datos; y 3) análisis cualitativo de los datos y las respectivas conclusiones del estudio, partiendo de un modelo de análisis descriptivo-interpretativo y dando lugar a la voz de los sujetos, lo cual permitió que emergiera en cada espacio la emocionalidad sin tener cabida el señalamiento, cuestionamiento o censura frente a la práctica adictiva de heroína.

Resultados

Significación atribuida a la experiencia de consumo adictivo de heroína

Mediante esta categoría se analiza el *significado que tiene cada sujeto al consumir heroína; el valor que tiene la heroína para cada participante y, por último, el síndrome de abstinencia generado por la sustancia, de la cual los participantes se consideran adictos.* Para este análisis se inicia permitiendo la comprensión de lo psíquico como subjetivo y como parte de un contexto cultural que permite la expresión de la vida humana. González (2013) plantea que la *subjetividad* es "la organización de los procesos de sentido y significado que aparecen y se organizan de diferentes formas y en diferentes niveles en el sujeto y en la personalidad, así como en los diferentes espacios sociales en que el sujeto actúa" (p. 108). En cuanto a *la significación* atribuida al consumo de heroína, tenemos que para los participantes el consumir esta sustancia es un *escape* a sus dificultades y una forma de evadir aquella parte de su historia y realidad que les genera sufrimiento; igualmente, de parte de S3 se evidencia un sentimiento de culpa al no poder permanecer en estado de abstinencia dada la fuerza que acompaña su adicción. a propósito, S1 refiere: *"para mí consumir es como alejarme de los problemas, es como como salirme de la realidad, como evadir, sí, evadir la realidad";* S2 plantea: *"yo la busco como escape. ¿Escape*

a qué? Escape a la soledad, al autorrechazo, al rechazo". Por otro lado, el S3 afirma: *"en estos momentos, para mí consumir heroína es acabarme la vida.... dañarme la vida porque fui débil al no soportar lo que sentí durante la abstinencia".*

Para González (2002), el sentido subjetivo es central en cuanto implica aspectos psicológicos diferentes en un sujeto concreto y la relación inseparable entre la emoción y lo simbólico" (p. 13); frente al *valor que tiene la heroína,* los participantes coinciden en no poder adjudicarle un valor específico, reconociendo lo que en ellos significa en términos del deterioro que representa su adicción. En los Sujetos existe una relación importante entre sus emociones y la manera como es representada la heroína por los efectos que produce en ellos, emociones como la relajación y la frustración. Para S2 existe una relación importante entre el consumo y la frustración que siente frente al distanciamiento o poca atención por parte de una mujer; igualmente, aduce el concepto de trinchera dada su difícil comunicación con las mujeres, con quienes la interacción es compleja, argumentado que por esta razón recae, buscando como vía de escape el consumo compulsivo de heroína; siendo así, entonces, que al situar un posible valor en la heroína, no lo sostiene como un elemento positivo, sino, por el contrario, como una forma de aumentar su adicción al requerir mayor dosis de consumo. S3 afirma, por su parte: *"la heroína siempre va ser lo peor, o sea, no tiene nada de valor, para mí es una mierda, [...] veo cómo mi vida se va acabando".*

McDougall (2012) establece que el sujeto adicto busca por medio de un objeto, ya sea el tabaco, alcohol, comida, sustancias psicoactivas, el sexo o cualquier cosa de la vida cotidiana, llegar a un estado de alivio provisional, es por esto que "la búsqueda de un objeto de adicción [...] no dependía en el fondo del deseo de hacerse daño, sino que, por el contrario, esta elección procedía de la esperanza de hacer soportables las dificultades, sentidas como estresantes" (p. 3). Cabe resaltar que este objeto de adicción es investido de cualidades benéficas, es un objeto de placer que está disponible en todo momento para atenuar estados afectivos intolerables (Cárdenas & Murcia, 2020).

Por último, en cuanto al *síndrome de abstinencia generado por la sustancia,* para Becoña & Cortés (2016) se consume solo con el objetivo de "encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia" (p. 21); cada sujeto con algún tipo de adicción a una sustancia, vivencia la falta de control, afectando así su conducta, por lo cual es claro que al iniciar el consumo existe gran placer que se sostiene a lo largo de él, pero que termina dominando y determinando la vida en general. En este caso, acerca del consumo de heroína, se puede evidenciar el alto síndrome de abstinencia que se presenta después del consumo de esta sustancia presentado así molestias físicas y anímicas; el mismo cuerpo *pide* una dosis diaria estableciéndose entonces en una fase clara de dependencia, abuso y por tanto adicción. En este sentido, a propósito de lo planteado por los tres participantes, resulta importante plantear cómo la droga es una sustancia química que logra afectar tanto a nivel fisiológico como psíquico y conductual. Cárdenas & Murcia (2020) establecen que estas alteraciones sobre el psiquismo engloban las modificaciones en la percepción de la realidad; esta realidad que es netamente psíquica. Es claro que el consumo busca la supresión del dolor, sin embargo, lo que las drogas le brindan al sujeto es la posibilidad de transformar esta percepción, produciendo "un alivio al malestar que padece, al tiempo que es innegable que tiene efectos placenteros por acción farmacológica" (p. 15).

Causas que conducen al consumo adictivo de heroína

En esta segunda categoría se indaga acerca de *las causas de la permanencia del consumo adictivo de heroína a nivel social; la influencia y permanencia de dicho consumo y, por último, las causas que llevaron a cada uno de los participantes al consumo.*

Respecto a *las causas de la permanencia del consumo*, se logró encontrar que estas se asocian a la necesidad de permanencia y aceptación por parte del círculo social que los rodea; argumentando que el consumir les permite ser reconocidos y conservados dentro de ambiente en el que viven, logrando de esta

manera sostener el vínculo social y afectivo que se ha generado al interior de cada grupo. Respecto a lo dicho anteriormente, para González (1993), el sujeto a partir de las producciones simbólicas y emocionales que configura y que se articulan de manera particular con la propia dimensión histórica y social obtiene un constructo social que hace singular su condición, pero que adicionalmente le implica la relación con otros con los cuales establece lazos y emociones; en el caso particular de los participantes, ellos deciden permanecer dentro de un grupo constituido por pares y que les proporciona identidad, permanencia, aceptación, inclusión y reconocimiento.

Encontramos que S1 menciona *"ganas de estar en ese ambiente, de ser aceptado por los demás";* en el mismo sentido, S2 plantea: *"ahora hay una tendencia de prácticamente entre mejor luzcas, algo tenés que consumir, entonces como que llama la atención"* y el S3 afirma: *"el círculo social en el que uno pertenece, si todos consumen, pues claramente vas a caer y vas a seguir consumiendo".* Siendo así, se observa que para los participantes es importante seguir siendo parte de un grupo que a diferencia de su familia y otras instituciones no los recrimina, no los rechaza ni censura; por el contrario, allí se sienten identificados y con un comportamiento común. Al respecto, González (2008) señala:

> la subjetividad social es la forma en que se integran, en diferentes espacios de la vida del sujeto, tanto las configuraciones subjetivas como los sentidos subjetivos constituyendo un verdadero sistema en donde lo que ocurre en cada espacio social concreto -familia, escuela, comunidad, grupo- está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios subjetivos. (p. 235)

Aunque la experiencia de consumo es particular a cada sujeto y está atravesada por la historia singular, es claro que para los tres participantes existe un gran valor al grupo que los adhiere a un entramado social importante y cuyo punto de encuentro es el consumo adictivo de heroína.

En cuanto a l*a influencia y permanencia del consumo de heroína* tenemos, entonces, que para los participantes el grupo social de heroinómanos juega un papel importante a la hora de permanecer en la adicción; se sostiene —según los Sujetos— que existe una gran influencia del grupo. Para González (2005): "el sentido subjetivo es central en la definición subjetiva, en cuanto implica aspectos psicológicos diferentes en un sujeto concreto y la relación inseparable entre la emoción y lo simbólico" (p. 13). Por último, en cuanto a *las causa que lo llevaran a cada uno de los participantes a consumir heroína;* S1 refiere: *"es más que todo el indagar, curiosidad y poder probar el máximo de las cosas";* S2 plantea: *"yo sentía autolástima, pobrecito yo, una válvula de escape"*. Por otro lado, S3 afirma: *"querer olvidar la realidad"*. Estas respuestas evidencian alta implicación emocional que evoca el sufrimiento —soledad, desamor, falta de voluntad y carácter— e, igualmente, el deseo de ser aceptado por un grupo tal.

Efectos generados por el consumo adictivo de heroína a nivel social

La pretensión de esta tercera categoría fue describir los efectos generados por el consumo adictivo de heroína a nivel social, indagando acerca de *las consecuencias y efectos que trae consigo el consumo.* Se reitera en este apartado que una de las condiciones de mayor afectación en el consumo de heroína es el síndrome de abstinencia. Al respecto, S1 afirma: *"cuando uno trata de dejarla es cuando empieza el dolor en todo el cuerpo... al consumir te calma un dolor, dolor que es terrible"*; igualmente, S2 comenta: *"si estás sobrio querés estar bajo los efectos... emocionalmente mantienes bajito, nada te anima, nada te motiva, pierdes motivación por la vida, por reír, uno ya no se quiere ni reír"*; S3 comenta: *"solo piensas en cómo consumir y conseguir la dosis, te deja en un estado somnoliento, pierdes amor por ti mismo, te dejas degradar como persona, te pones feo".* El discurso de los tres sujetos evidencia nostalgia frente a lo que se pierde al ser un adicto a una sustancia como la heroína. Sin embargo, se insiste en

que el no consumirla produce tantos efectos negativos como el hacerlo, dados los síntomas físicos y emocionales que su ausencia produce; no obstante, cada sujeto reconoce las implicaciones de deterioro que trae consigo dicha sustancia, siendo esta la que cumple una función en la economía psíquica del sujeto, oscilando entre el placer y el displacer (goce).

Para González (2008), "las representaciones sociales son una producción social que se instala de forma inconsciente en los individuos, orientando sus prácticas cotidianas y la producción del sentido común" (p. 235). *En cuanto a los efectos que genera el consumo de heroína en el ámbito social,* se reconoce que uno de ellos corresponde al rechazo, dado que perciben por parte de todas las instituciones sociales, incluyendo su propia familia, cierto desprecio, pesar y lastima hacia los heroinómanos. S2 plantea: *"te vuelves como una especie de cusumbosolo, ya no querés estar con nadie".* Por su parte, S3 lo expresa así: *"como aislamiento, o sea, cuando vos estas bajo el efecto, como en la parte personal mía, no me gusta estar rodeado de gente, entonces me les esquivo, saco excusas".* Esta condición precisamente de evasión en la esfera social, incluye no solo su círculo familiar, laboral y de amigos, sino también la posibilidad de ingreso a un proceso de tratamiento y recuperación, frente a lo cual Le Poulichet (1987) nos aporta: "la toxicomanía es de tratamiento muy difícil porque el analista no solo se enfrenta a un estado psicológicamente determinado, sino a la combinación de un estado psíquico y de una intoxicación y de una confusión" (p. 151).

En cuanto a los efectos *a nivel de pareja del consumo de heroína,* el discurso de los tres sujetos evidencia un deterioro significativo en el establecimiento de relaciones estables y sanas, cuando se está en la práctica de consumo adictivo a heroína. Respecto a *los efectos a nivel laboral,* se reconoce que altera los dispositivos de atención, memoria, planeación y ejecución. Es evidente el alto deterioro en las funciones ejecutivas y una tendencia marcada a la deserción laboral y disminución del rendimiento. El deseo ante el consumo se dispara completamente hacia la obtención inmediata

de la sustancia, dejando en otro plano de importancia —e incluso eliminándolo— todo lo relacionado con la vida en familia, en pareja, en comunidad; se pierde el interés por el trabajo y por el cumplimiento de responsabilidades que exige el seguimiento de normas, reglas y el cumplimiento de límites de relación, tiempo y espacio. Claramente, los sujetos sitúan el consumo como un gran obstáculo para su desempeño laboral, no solo en términos físicos, sino también mentales, dadas las implicaciones que tiene esta sustancia a nivel emocional y corporal. Siendo así como la esfera laboral de estos sujetos se ve obstaculizada y limitada a la no posibilidad de ejercer un trabajo. Aun así, los sujetos coinciden en afirmar que a pesar de intentar buscar ayuda en comunidades terapéuticas, estas no han sido realmente significativas dada la metodología que allí se lleva a cabo. En ese sentido, es importante situar que para el tratamiento de las adicciones prima el abordaje en comunidades terapéuticas desde marcos neurobiológicos de la medicina a través de la psiquiatría y la enfermería; desde la psicología, priman los modelos cognitivo-conductuales, sistémicos y humanistas, algunos con enfoque teológico y, en menor proporción, una perspectiva psicoanalítica. Según Hernández (2010), las comunidades terapéuticas comprenden un tratamiento encaminado a la rehabilitación, lo cual se puede definir, según la autora, como el conjunto de estrategias e intervenciones de manera estructurada para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas, con el fin de aumentar y optimizar el desempeño personal y social. Sin embargo, para los tres participantes no fue precisamente esto lo que ofreció cada uno de los tratamientos por los que ellos pasaron antes de llegar al consumo abusivo de heroína. Respectivamente plantean: *"no me sirvió para nada, allí fue peor esta situación de consumo, viví el reproche..."* (S1); *"hoy no veo viable ir a una comunidad terapéutica, esos lugares no comprenden lo que nos ocurre realmente"* (S2); *"mi experiencia y la de mis amigos en el centro de rehabilitación fue traumática, todos éramos tratados igual, nunca supieron realmente lo que dolía aquí adentro* —señala su cabeza y su pecho" (S3).

Discusión de resultados

En cuanto a la *significación atribuida al consumo de heroína,* para dos participantes esta sustancia es una vía para lograr una desconexión de aquello que le genera sufrimiento, logrando en el consumo no pensar en aquello que le produce angustia, consiguiendo de ese modo un efecto subjetivo de *dejar la realidad* que atormenta durante el efecto de la droga. Para uno de los participantes puede evidenciarse que es acabar la vida en cada segundo que la consume y debilidad en cuanto al síndrome de abstinencia.

Frente a *la percepción del consumo de heroína a nivel social,* esta es negativa para los tres sujetos; las personas más cercanas a sus vidas manifiestan por ellos pesar, lástima, enojo e impotencia al verlos y no poder ayudarlos frente a su adicción. Para los participantes, la *permanencia en el consumo de heroína* tiene que ver con la necesidad diaria de suministrarse la droga, dado que el mismo cuerpo lo demanda a nivel físico, de lo contrario se producen fuertes dolores físicos y la necesidad emocional de consumir de manera inmediata; por lo cual, los participantes atribuyen a estos el consumo repetitivo y compulsivo. En cuanto a las *causas que conducen al consumo adictivo de heroína,* para dos de los participantes las causas y los factores de riesgo del consumo adictivo de heroína están básicamente en la curiosidad que generaba la pregunta de cómo sería la experiencia de consumo de esta sustancia; sin embargo, el otro participante afirma que se trató de la necesidad de ser parte de un círculo social constituido igualmente por consumidores y esto anudado a estar atravesando una situación emocional compleja que lo hacía experimentar sufrimiento y estados intensos de depresión. Según Gamella (1997), uno de los detonantes del consumo de esta sustancia es la mayor sensibilidad que se encuentra en la parte social, familiar e individual, optando así por el abuso de la misma. Por otra parte, para los participantes, en cuanto a *las creencias de la percepción a nivel social de las causas de consumo de heroína,* consideran que en su

mayoría se considera como principal factor la necesidad de ser aceptado por un grupo. La permanecía en el consumo de esta sustancia tiene mucho que ver con la cercanía a un grupo social con los cuales se han generado vínculos importantes no solo para adquirir la sustancia, sino también como un espacio en el que se comparte con otros en la misma condición, estando libres de prejuicios y señalamientos. Según Pérez & Calderón (2010), los consumidores de heroína practican el consumo de forma grupal, prefieren esta forma debido a que así pueden compartir el gasto de la compra de la dosis, realizando así rituales comunes y teniendo ayuda en caso del riesgo latente de una sobredosis.

En cuanto a los *efectos generados por el consumo adictivo de heroína a nivel social,* una de las principales consecuencias es el síndrome de abstinencia que se presenta, tanto física como anímicamente. Por lo tanto, tratan de buscar la manera de poder conseguir la dosis de manera rápida y desesperada para aliviar los dolores y tranquilizarse, ya que dicho síndrome aparece desde el momento en que se pierde el efecto de la droga. En cuanto a *la percepción social,* los participantes expresan que una de las mayores consecuencias visibles es el deterioro físico y mental que les produce en poco tiempo; lo cual genera en su círculo más cercano —familia, pareja, amigos, compañeros— conductas de desprecio, rechazo, distanciamiento y culpabilización. A pesar de todo esto, el deseo y la necesidad de consumo persisten por encima de la vivencia dolorosa del aislamiento social. Adicionalmente, señalan que es muy clara la afectación a nivel de su salud física, dado el bajo peso en todo su cuerpo y la alta tendencia a enfermarse y sentirse constantemente cansados, tanto física como emocionalmente, condiciones que los llevan a optar por estados de soledad y ensimismamiento.

Frente a *los efectos a nivel de pareja* del consumo de heroína, estos se caracterizan por un deterioro significativo en el establecimiento de relaciones estables y sanas. Por el contrario, la tendencia a consumir en pareja produce un estado de degeneramiento que

facilita la práctica de consumo y, por ende, un descenso cada vez más rápido a nivel físico y emocional. Sin embargo, a pesar lo planteado por los participantes de esta investigación, a propósito del establecimiento de esta práctica en pareja, vale la pena considerar lo planteado por Pérez & Calderón (2010), quienes afirman que los heroinómanos realizan el consumo en pareja para establecer un vínculo amoroso y experimentar relaciones sexuales placenteras.

En cuanto a los *efectos a nivel laboral* dados por su adicción, se asocian a alteraciones importantes a nivel del dispositivo de atención y de memoria. Los sujetos manifiestan no poder realizar ninguna tarea que les exija concentración y disciplina de manera constante. Igualmente, plantean que la sustancia produce, ante actividades que demandan cuidado y atención, sensaciones de cansancio extremo, desmotivación, lentitud, pereza y no disfrute; así como deseos de desertar y entrar en estado de sueño (dormir) frente a todo aquello que exige responsabilidad.

Uno de los principales *efectos a nivel social,* conlleva al distanciamiento no solo a nivel familiar sino también a nivel de pareja. Adicionalmente, se señala que al ser parte de este tipo de adicción, se cuenta con un círculo social, sobre todo para adquirir la sustancia, sostenerse en el consumo y hablar acerca de ella sin temor a ser enjuiciados moralmente. Sin embargo, se reconoce que no se cuenta con una verdadera amistad, sino con un grupo de pares que les *permite* ser parte de una práctica común. Para los participantes, la única ganancia frente al consumo es la mala reputación, los problemas familiares y sociales, la pérdida del trabajo, la desmotivación frente a todo aquello que socialmente es bien visto y esperado para todo sujeto y, finalmente, la pérdida de la imagen y el respeto por sí mismo.

A manera de conclusión, es posible afirmar que la mirada que le dan los tres adultos a la significación atribuida al consumo adictivo de heroína es una vía para lograr matizar su condición

de sufrimiento y disminuir la angustia que produce el no contacto con la sustancia. Se sitúa el síndrome de abstinencia como uno de los momentos de constante batalla interior, dado que atribuyen a ésta las constantes recaídas y deserción de tratamientos en comunidades terapéuticas. El primer motivo que señalan los participantes para el ingreso a la sustancia —previa experiencia de consumo de otras— es lo que ellos llaman *la curiosidad* por los efectos generados en otros. La proximidad a la adquisición de la sustancia, el fácil acceso a ella y el círculo social inmediato, facilitan en los participantes la condición rápida de dependencia y abuso de la heroína; posterior a este motivo, los participantes expresan que todo ello se acompaña de la necesidad cada vez mayor de permanecer y ser parte de un grupo social de pares que se identifican en su condición de adicción a la heroína. Como parte de los efectos generados por la conducta adictiva, los participantes mencionan que existe una constante lucha contra el síndrome de abstinencia. Se evidencia en todos los sujetos un importante deterioro en todas las esferas de sus vidas, tanto a nivel laboral, académico y familiar, como en su vida de pareja. A propósito, Para Carvajal & Murcia (2019), la adicción a las sustancias psicoactivas es una situación compleja de comprender tanto en lo que respecta a su clínica y tratamiento, como también en virtud de lo que se encuentra en relación a su teorización. Esta investigación permitió recuperar a partir de la voz de los mismos sujetos la manera particular como cada uno de ellos significa la experiencia de consumo de una sustancia que es considerada de más alto riesgo y deterioro al ser y cuya probabilidad de recuperación a través de la terapéutica en el marco de las comunidades terapéuticas —como el método, práctica y modelo más empleado en Colombia— es bastante baja.

Conclusiones

Aun reconociendo la particularidad de cada sujeto, se evidencia a través de esta investigación que la manera de significar la heroína

tiene que ver con una necesidad física y emocional que para ellos es inevitable por el grado de dependencia, abuso y adicción a dicha sustancia. Los participantes reconocen con claridad el gusto por consumirla de manera colectiva, dado el riesgo de sobredosis que podría conducirlos a la muerte, pero adicionalmente se relaciona con la posibilidad de ser parte del grupo y adquirirla en conjunto, disminuyendo así el costo de su adquisición.

Las causas que conducen a que el sujeto consuma la heroína se relacionan en un *primer momento* con la curiosidad por experimentar sus efectos; en *segundo lugar,* por el deseo de pertenecer a un grupo de pares constituido por otros que, al igual que ellos, son adictos y, en *tercer lugar,* porque la consideran una sustancia a la cual pueden acceder fácilmente y a la vez les permite ser parte de un grupo. Los efectos a nivel físico generados por la heroína en un consumidor adicto, aparecen de forma rápida e inmediata, produciendo euforia, placer, sensación de bienestar, energía y a la vez somnolencia y generando un alto síndrome de abstinencia. Los sujetos coinciden en que no logran situar aspectos positivos del consumo de esta sustancia, por el contrario, enuncian con claridad el deterioro marcado en todos los niveles de sus vidas-.

Al ser la heroína una sustancia ilegal y que socialmente genera mucho temor por las devastadoras y rápidas consecuencias físicas y emocionales que trae consigo, tienden los sujetos adictos a ella a sentir mayor estigmatización y enjuiciamiento social ante la práctica de este consumo, reconociendo aun un desenlace que tiene que ver en la mayoría de los casos con la muerte.

En el adicto a heroína se encuentra el deseo como indicador subjetivo de la necesidad por la droga, prefiriendo consumirla de manera colectiva, dando significado así al compartir y el cuidado entre ellos. Las causas que conducen al consumo adictivo de heroína, por una parte, suponen un contacto crónico con ambientes familiares y parentales de consumo de drogas. También pueden partir de factores de predisposición, fracaso escolar, pobreza, problemas familiares y trastornos psicológicos

así como la facilidad de consumo debido a que se puede dar en cualquier momento y lugar. Otras causas de este consumo adictivo a la heroína son la sensación plena de placer, los factores genéticos, físicos y ambientales.

Frente a pensar un proceso de recuperación bajo un modelo de comunidad terapéutica, es clara la no preferencia por esta opción, dadas las experiencias previas de los Sujetos en este proceso. Es por ello que es importante considerar, como lo plantean Carvajal & Murcia (2019), que los tratamientos para las adicciones deben posicionar al sujeto, asignándole relevancia al saber que él mismo porta sobre su singularidad y su historia y ello debe ser prevaleciente por encima de la intención de reinsertarlo, rehabilitarlo o, peor aún, eliminar un síntoma sin saber qué función psíquica está cumpliendo.

Diversos autores han planteado la complejidad del abordaje respecto al tema de las adicciones, considerando incluso que quienes se enfrentan a una situación de consumo de drogas son inanalizables y, por tanto, aparece una clínica de lo imposible. Sin embargo, no podemos desconocer los esfuerzos contemporáneos que dan fe de su aplicabilidad. Para investigadores como Pérez & Calderón (2010), en cuanto al consumo en Colombia de heroína, se concluye que esta es una realidad emergente en este país y su área metropolitana "que acecha de manera importante a la salud pública, la seguridad y la convivencia. Es necesario hacer estudios específicos de prevalencia e incidencia de esta sustancia que permita tomar urgentes medidas de intervención" (p. 312). Es en este punto precisamente donde se encuentra el origen de estudios como este, donde pretendemos tematizar y argumentar una postura que posibilite tanto la investigación como la clínica y el tratamiento de las adicciones desde una perspectiva que, como lo plantean Carvajal & Murcia (2019), dé lugar a la palabra: la palabra que se dice y la que no se dice, también.

Referencias

Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo, 77.* http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=843

Becoña, E. (2016). *Trastornos Adictivos.* Editorial Síntesis. https://www.researchgate.net/publication/301788685_Trastornos_adictivos.

Becoña, E., & Cortés, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Socidrogalcohol.

Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 76*(4), 210–217. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036946004

Castaño, G., & Calderón, G. (2010). Comorbilidad asociada en un grupo de consumidores de heroína de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39*(1), 93–111.

Cardenas, F., & Murcia, M. (2020). *Lugar del analista en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas en comunidad terapéutica* [Tesis de Especialización concluida]. Universidad San Buenaventura.

Carvajal, C., & Murcia, M (2019). *Experiencia de sujetos con ideación suicida* [Tesis de Maestría concluida]. Universidad San Buenaventura.

De Arcos, F. A., García, A. V., Jiménez, Á. L., Pareja, M. M., Juárez, E. G., Sánchez, F. A., & García, M. P. (2008). Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el PEPSA. *Adicciones, 20*(1), 27–36.

Fernández, M. (2010). *Deterioros neurocognitivos y emocionales en consumidores de drogas: prevalencia, significación clínica y efectos diferenciales* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Editorial de la Universidad de Granada.

Gamella, J. F. (1997). Heroína en España. Balance de una crisis de drogas. *Claves de razón práctica, 72,* 20–30

González, F. (1993). Psicología social, teoría marxista y el aporte de Vigotsky. *Revista Cubana de Psicología, 10*(2–3), 164–169.

González, F. (2002). La subjetividad: su significación para la ciencia psicológica. En O. Furtado & F. González (Eds.), *Por uma epistemología da subjetividade: um debate entre a teoría sócio-histórica e a teoria das representaçõessociais* (pp. 19–42). Casa do Psicólogo.

González, F. (2008). *Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales.* Centro Universitario de Brasilia.

González, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural – histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Intervención psicosocial,* (11), 19–42.

Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39*(S), 153–170.

Gossop, M. (Ed.). (1989). *Relapse and Addictive Behaviour.* Routledge.

Kameniecky, M. (2017). Consumos problemáticos y psicoanálisis: El deseo del analista y la dirección de la cura. Extractos bibliográficos del Curso virtual Fabulari.

Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo.* Amorrortu Editores.

López, A., & Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema, 18(*3), 578–583.

McDougall, J. (2012) La economía psíquica de la adicción - L'économie psychique de l'addiction (Trad. P. Gonzalez). En M. Vladimir (Dir.), *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* (pp. 11–36). Presses Universitaires de France. (Trabajo original publicado en 2001).

Manzanera, R., Torralba, L. L., Brugal, M. T., Armengol, R., Solanes, P., & Villalbi, J. R. (2000). Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gaceta Sanitaria, 14*(1), 58–66.

Murcia, M., & Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología, 7*(2), 153–172.

Murcia, M., Orejuela, J., & Patiño, J. (2016). *De la psicoterapia a la teoterapia: sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia.* Editorial Bonaventuriana.

Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013 Informe Final.* Gobierno Nacional de la República de Colombia. http://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf.

Pérez, A. (2009). Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. *Adicciones, 2*(1), 81–88.

Pérez, A., & Calderón, G. (2010). Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. *Revista Cubana Salud Pública,36*(4),311–322. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400005

Pedinielli, J., L., & Bonnet, A. (2012). Pratique psychanalytique et addiction. *Psychotropes, 18*(1), 89–102.

Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes.* Tébar Flores.

Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A., & Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones, 17*(4), 349–360.

Suissa Ammon J. (2001). Alcoholism, controlled drinking, and abstinence. Scientific markers and social issues. *Journal of Addictions Nursing, 13*(3), 149–161. https://doi.org/10.3109/10884600109052650

Villalobos, L. (2005). Aspectos culturales del consumo de sustancias adictivas. *Liberaddictus*, (88), 2–13.

CONSUMO

De la farmacodependencia a la comprensión de las adicciones en el marco de la salud mental[1]

Elizabet Ruiz Zuluaga
Mg. en Psicología y Salud Mental
Profesora de la Universidad Católica Luis Amigó
elizabet.ruizzu@amigo.edu.co

María Victoria Restrepo Tobon
Mg. en Intervenciones Psicosociales.
Profesora de la Universidad Católica Luis Amigó
maria.restrepoto@amigo.edu.co

David Ignacio Molina Velásquez
Mg. en Psicología y salud mental
Profesor de la Universidad Católica Luis Amigó y de la Universidad de Antioquia
david.molinave@amigo.edu.co

Jorge Hernán González Cortés
Profesor investigador de la Universidad Católica Luis Amigó - Centro Regional Manizales
jorge.gonzalezco@amigo.edu.co

Lucas Dávila Cañas
Mg. en Intervenciones Psicosociales
Profesor investigador de la Universidad Católica Luis Amigó - Centro Regional Apartadó
lucas.davilaca@amigo.edu.co

Alexander Rodríguez Bustamante
Doctorando en Educación
Director de la Escuela de Posgrados de la Universidad Católica Luis Amigó alexander.rodriguezbu@amigo.edu.co

1 Grupo de investigación farmacodependencia y Otras Adicciones (GIFA), Universidad Católiga Luis Amigó.

Resumen

La Universidad Católica Luis Amigó, su Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y el Grupo de Investigación Farmacodependencia y Otras Adicciones (GIFA) exponen en el presente capítulo el camino recorrido del grupo en temas de interés disciplinar que conducen a la transformación social; objeto de la Institución y del grupo de investigación. Historizar se armoniza con el lugar común que tienen asuntos vitales como lo son la farmacodependencia y la salud mental hoy en el mundo. Para esto, se presentan cuatro apartados con información sobre el devenir del grupo, reflexiones sobre el comportamiento suicida, la relación entre las adicciones químicas y no químicas y los retos para la prevención en el siglo XXI. Finalmente, bajo el pretexto de realizar un mapeo de significados y significantes, se presentan algunas ideas que reúnen lo realizado por este colectivo de investigadores en función de lo social como espíritu de la Universidad que habitamos hoy.

Palabras clave: adicciones, salud mental, suicidio, prevención.

Acerca de la historia del Grupo de Investigación Farmacodependencia y Otras Adicciones

El Grupo Farmacodependencia y Otras Adicciones –GIFA– inicia actividades hacia el año 1999 con un propósito claro: generar conocimiento respecto a las adicciones y específicamente las problemáticas sociales derivadas del consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior implicó un trabajo arduo de definición de temas y una línea de investigación que guio la producción de quienes hacían parte de este espacio, surgiendo la línea de investigación: El ser humano, su relación con las drogas y los problemas conexos.

Así, tomando como referente la experiencia y tradición de los Religiosos Terciarios Capuchinos al abordar las problemáticas de los jóvenes en dificultad y los retos relacionados con la educación, la comunidad y la familia; se pensó en el desarrollo de una línea de

investigación que incorporara el camino recorrido y los resultados de los trabajos de grado de los estudiantes de la Especialización en Farmacodependencia, hoy Especialización en Adicciones, desde el abordaje de tres temas generales: 1) los factores de riesgo para el uso indebido de sustancias psicoactivas desde los aspectos sociofamiliares, sociopolíticos, socioeconómicos y legales, planteándose alternativas de atención en términos pedagógicos, sociales y educativos; 2) los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas desde el uso y el abuso; donde se enfatizó en el concepto, los niveles y las modalidades de la prevención, con gran influencia de la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud y 3) el desarrollo de varios trabajos de práctica en algunas comunidades terapéuticas, orientados más a procesos de intervención pedagógica desde lo grupal, con apoyo del equipo técnico o interdisciplinario de cada institución.

De esta manera, a lo largo de casi 21 años, el Grupo GIFA suma una importante producción académica e investigativa entre artículos resultados de investigación, libros y capítulos de libro, así como en formación de talento humano desde el nivel de pregrado hasta la formación posgradual, lo que ha favorecido pensar y resignificar el devenir y los retos del grupo de investigación.

Los resultados de la investigación o evidencia empírica en el área sugieren transitar del concepto de farmacodependencia hacia la comprensión de las adicciones en el marco de la salud mental, dada la complejidad del fenómeno y el reto de su intervención. Hay que ver cómo en la actualidad, la adicción involucra otros aspectos del sujeto, en el cual se puede configurar un cuadro de adicción sin el consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Con el paso del tiempo, los intereses investigativos del grupo se fueron ampliando. Es así como en el 2018, surge la línea de investigación de adicciones y salud mental, en aras de comprender no solo las adicciones, sino también las problemáticas asociadas a la salud mental desde su complejidad y en su trasfondo. De

allí que desde esta línea de investigación sea importante abordar aspectos como la patología dual, el estigma y los trastornos mentales, entre otros.

En este grupo de investigación, la salud mental y la farmacodependencia son comprendidas desde un enfoque salubrista, el cual permite el entendimiento, el análisis crítico y la intervención de las diferentes problemáticas asociadas con las adicciones. Así mismo, para el grupo se vuelve importante la lectura transdisciplinaria de los fenómenos asociados a esta problemática, con el fin de lograr la lectura biopsicosocial del ser humano. De allí que sea importante para este colectivo formar a sus investigadores en la construcción del conocimiento, no solo desde lo teórico, sino también desde lo metodológico y la praxis, elementos que a su vez permiten retroalimentar las funciones sustantivas de investigación, docencia, extensión y proyección social de la Universidad. En esta vía, se ha hecho relevante que los procesos investigativos gestionados por el grupo contribuyan con el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos, las familias y las comunidades que enfrentan la problemática de las adicciones y el impacto de estas en las áreas de desempeño del sujeto; razón por la cual se busca la trascendencia del acto investigativo hacia las propuestas de prevención, promoción e intervención para aportar a la mitigación. En consecuencia, el grupo de investigación ha hecho aportes importantes al ámbito académico y social, entre los que se destacan los proyectos Estigma social; Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio. ¿La realidad no vista por unos y padecida por otros? La prevención del suicidio es una posibilidad de todos y todas; Sistema digital para Atención Primaria en Salud (APS) sobre la detección de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA); y el Congreso Internacional de adicciones que llegó en el 2019 a su XI versión.

Durante su trayectoria el grupo ha generado producción científica, participación académica y participación ciudadana, como se evidencia en las siguientes figuras:

Figura 1. Producción científica del GIFA

Fuente: construcción propia con datos extraídos de GrupLAC (2020).

La Figura1 representa la producción científica del grupo, entre la que se destacan la construcción de 205 cursos de corta duración, 5 de doctorado y 16 de maestría, la publicación de 123 artículos científicos y de 30 libros y la participación en 56 capítulos de libro, lo que indica una contribución permanente de los integrantes a la producción de conocimiento.

Figura 2. Participación académica

Fuente: construcción propia con datos extraídos de GrupLAC (2020).

La Figura 2 evidencia la participación académica del grupo, detallando la ejecución de 63 proyectos de investigación, la participación en 84 eventos científicos, 28 actividades de evaluación y el acompañamiento formativo de 65 trabajos de grado

Figura 3. Participación ciudadana

Fuente: construcción propia con datos extraídos de GrupLAC (2020).

En cuanto a los aportes a la transformación ciudadana, la Figura 3 muestra que el grupo de investigación ha permanecido activo al brindar 88 consultorías científico-tecnológicas, mediante el desarrollo de 6 proyectos en ciencia, tecnología e innovación con 17 participaciones ciudadanas, por medio del acompañamiento en 21 proyectos de innovación empresarial y con su presencia en 3 redes de conocimiento.

Reflexiones en relación con el comportamiento suicida y las adicciones

La Universidad Católica Luis Amigó, desde el año 2018 a la fecha, viene desarrollando el proyecto de investigación “Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio: La realidad no vista por unos y padecida por otros. La prevención del suicidio es una posibilidad de todos y todas” (Cardona et al.,

2020). Dicho estudio tiene un carácter interdisciplinario, donde participan docentes de las Facultades de Psicología y Ciencias Sociales, Derecho y Ciencias Políticas, Ciencias Administrativas, Económicas y Contables, y Comunicación y Publicidad.

La metodología del proyecto es participativa. Se implementan acciones de psicoeducación con varios municipios de Antioquia, al tiempo que ellos comparten su información epidemiológica sobre el suicidio y factores asociados como la enfermedad mental, las adicciones y demás, con el fin de elaborar conocimiento relevante conjuntamente en este delicado tema y, también, para proponer estrategias de afrontamiento y prevención.

Si bien se sabe que uno de los factores asociados al comportamiento suicida es el consumo y el abuso de sustancias psicoactivas, así como otras adicciones no químicas, se hace necesario señalar que en nuestro país no existe la "cultura del reporte de los datos epidemiológicos", por lo que la mayoría de registros realizados por el personal de las diferentes Direcciones Locales de Salud y los Centros Médicos Municipales en el Sistema de Salud Pública (SIVIGILA), en el Registro Único de Afiliados (RUAF) y en las autopsias psicológicas, se limitan al registro de algunos datos sociodemográficos, pero omiten con regularidad información relacionada con el comportamiento del consumo y otras características que permitirían pensar en adecuadas estrategias de intervención orientadas a la prevención de factores de riesgo y promoción de factores protectores. A propósito, la Organización Mundial de la Salud-OMS y la Organización Panamericana de la Salud-OPS (2014) manifiestan que:

> En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa. El registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, incluso a menudo a la policía. En los países sin registro fiable de las muertes, los suicidios ni se cuentan. (p. 7)

Si cada localidad o municipio tuviera una documentación completa sobre aquellas situaciones relacionadas con la afectación de la salud física y mental de sus habitantes, podría generar estrategias orientadas a la prevención de problemáticas específicas y en la promoción de la salud mental, logrando así dar un mejor manejo a los recursos humanos y económicos de los cuales dispone y direccionar acciones a partir de sus necesidades.

Se reconoce que en nuestro contexto falta realizar un reporte completo sobre las características y comportamientos asociados a la conducta suicida, sin embargo, luego de recolectar información en 4 municipios de Antioquia de los últimos 4 años, el equipo de investigación encontró que de 1624 datos analizados, el 57,3% no tiene información sobre si existe o no una práctica de consumo de sustancias; el 20,3% se reporta como "consumo de otras sustancias" pero no se especifican detalles; el 3.8% están asociados al policonsumo; el 1,2% al alcohol; el 0,1% a la cocaína y a la marihuana y, finalmente, el 17,1% de los datos tiene el reporte de ningún tipo de consumo.

Estos datos refuerzan que el consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas, tienen una significativa incidencia en conductas de riesgo como el suicidio, tanto en la población adulta como en los adolescentes, bien cuando se inicia el consumo a temprana edad o cuando existen situaciones emocionales y psicológicas que se constituyen en factores de riesgo.

Ante la situación, es necesaria la gestión articulada de diferentes instituciones del orden nacional y regional, las cuales deben desarrollar planes de atención en salud mental donde se priorice la atención de la problemática del consumo, para lograr así la intervención del comportamiento suicida, ya que el suicidio es la consecuencia de múltiples factores asociados que repercuten en la salud mental de los individuos.

Esta investigación posibilita una revisión del contexto y sus actores directos en la intervención y se evidencian aspectos como que la atención a la primera infancia debería ser priorizada desde

los diferentes procesos de prevención y acción propuestos en los planes de gobierno. Esto con el fin de abordar la raíz de factores de riesgo que comienzan a gestarse desde temprana edad y que repercuten de forma directa e indirecta en el desarrollo de la sociedad, generando, cada vez más, una brecha amplia entre la detección y atención oportuna de los casos asociados a salud mental, altamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y que pueden terminar en la ejecución de un acto suicida.

Con relación a los datos retomados en los contextos que se acompañaron durante la investigación por medio de talleres reflexivos, grupos focales y encuentros de sensibilización con comunidades como Más familias en acción; docentes de los CDI municipales, líderes religiosos, personal médico y psicosociales de los 4 municipios y regiones afectadas por intentos de suicidio o suicidios consumados de Envigado La Unión, Rionegro y Andes se hace siempre alusión a la comorbilidad entre trastornos depresivos, ansiosos y consumo de sustancias, incluso como un tema casi cultural en el que se ha normalizado la aparición de estos síntomas asociados a la adolescencia, lo cual es un mito que debe trabajarse desde la psicoeducación.

Esta correlación está presente también en las narrativas de los sobrevivientes de hijos que fallecen por suicidio, quienes refieren en su gran mayoría que en las personas que cometen suicidio o intento había presencia de consumo naturalizado por parte de la familia; al respecto, dice Pineda Roa (2013) que los factores pueden ser:

> de tipo psicológico, como el consumo de sustancias psicoactivas, abuso de alcohol, depresión, ansiedad, estrés, edad de la revelación de la orientación sexual, etnia, impacto de recibir el diagnóstico por VIH/SIDA, y de tipo cultural, como el caso de la religión. (p. 218)

Se encontró también que no hay programas ambulatorios permanentes para tratar la patología dual y que existe una enorme

dificultad para acceder a los servicios de salud más allá de la visita del médico general y máximo a consulta por psiquiatría, donde se inicia tratamiento de la enfermedad mental de base, trastornos depresivos, ansiosos, psicóticos, o del sueño que se mitigan con el consumo de sustancias de fácil acceso económico, que producen resultados inmediatos sobre el malestar subjetivo y que están cada día más naturalizadas socialmente, contrario a las serias barreras que presentan las familias de personas con riesgo de suicidio y consumo de sustancias que encuentran un desafío en ser atendidos en el sistema de salud colapsado y con pobres ofertas de tratamiento, ante el cual sucumben en la desesperanza.

Reflexiones frente al desarrollo de adicciones comportamentales y su relación con adicciones químicas en contextos de educación superior

La modernidad presenta a los jóvenes demandas que en ocasiones exceden sus recursos psicológicos, emocionales, cognitivos y sociales para hacer frente a dichas exigencias, lo cual puede desencadenar en la presencia de eventos en salud mental, entre ellos, en el desarrollo de adicciones comportamentales que inciden en el curso normal de las actividades de los adolescentes y generan diversos tipos de afectaciones en sus hábitos de vida saludable, el rendimiento académico y el desarrollo de alteraciones en su salud mental.

Las adicciones no químicas han tomado fuerza en el mundo globalizado e interconectado producto de la proliferación en el uso de las TIC que, si bien representan importantes avances en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, también desencadenan peligros producto de su utilización indebida, entre los que se encuentran el uso nocivo de las redes sociales, internet, videojuegos y dispositivos móviles. En razón de ello, las entidades gubernamentales, educativas y de salud han volcado la atención no solo al comportamiento de las adicciones químicas sino también al fenómeno emergente de las adicciones no químicas, lo cual permite la cualificación tanto de los procesos

de investigación y la presentación de evidencias empíricas, como el diseño y ejecución de programas de intervención psicosocial en el desarrollo de las adicciones comportamentales; en tanto el funcionamiento neuroquímico de las personas que presentan uso nocivo de redes sociales, de dispositivos móviles e internet, permite la estimulación de centros neurológicos semejantes a los activados por sustancias químicas.

Entre las principales adicciones comportamentales se pueden reconocer las adicciones al trabajo, al sexo, al juego, a las compras, a las redes sociales, a los videojuegos y, en general, a las tecnologías de la información y de las comunicaciones (Restrepo et al., 2020), las cuales se caracterizan por la presencia de indicadores asociados a los reconocidos síndromes de tolerancia y abstinencia, recaída en el uso nocivo de dichos dispositivos y a las ausencias injustificadas en el entorno familiar, escolar y social, con edad media de inicio desde los 14 años (Lam-Figueroa et al., 2011) y una prevalencia en estudiantes de secundaria del 13% con nivel de riesgo para el desarrollo de la adicción y del 1% que presentan uso adictivo del internet (Lancheros Maldonado et al., 2014).

Producto de dichos indicadores, el GIFA ha incursionado en el establecimiento de bases empíricas respecto a las adicciones comportamentales y su relación con variables en salud mental y el desarrollo de adicciones químicas en contextos universitarios, con la finalidad de impactar en el desarrollo de los programas de prevención en las áreas de bienestar universitario y el fortalecimiento de procesos de autorregulación en el uso de diferentes dispositivos tecnológicos.

Los resultados evidencian los altos indicadores de universitarios que presentan problemas potenciales y severos en el uso de videojuegos (x = 22,18; dt = 8,03) y redes sociales (x = 29,57; dt = 19,94), producto del uso excesivo de redes sociales, falta de control personal en la utilización de las mismas y obsesión por ellas. Respecto a las adicciones químicas, se soporta mayor nivel de riesgo frente al consumo de sustancias alcohólicas, derivados del

tabaco, cannabis, sedantes y estimulantes como las anfetaminas; al mismo tiempo que se resalta la presencia de correlaciones entre la adicción a videojuegos y el nivel de riesgo frente al consumo de alcohol (ρ = 0,082*), lo que obliga a las instituciones de Educación Superior a repensarse sus programas de prevención en la medida en que el uso excesivo de los videojuegos genera en los individuos mayor prevalencia de síntomas ansiosos e inestabilidad emocional (Valido Castellano, 2019) que busca ser atenuada en el consumo de alcohol. Caso contrario ocurre con la adicción a redes sociales que no presenta correlaciones con el desarrollo de adicciones químicas, en la medida en que los estudiantes universitarios que presentan uso nocivo de las redes sociales no elevan de manera directamente proporcional el nivel de riesgo frente al consumo de diversas sustancias psicoactivas, sin que ello implique minimizar la problemática.

Los estudios realizados desde el grupo de investigación resaltan la importancia de consolidar el desarrollo de propuestas investigativas en perspectiva de género en la medida que se ha documentado que el uso nocivo de videojuegos se presenta en mayor medida en los hombres. Como bien lo afirman Chamarro et al. (2014), esta población tiene mayor riesgo de que el uso de videojuegos genere consecuencias negativas para su vida; mientras son las mujeres quienes presentan mayores niveles de consumo de las redes sociales; y las personas con diversidad sexual quienes presentan mayores niveles de riesgo frente al consumo de inhalantes, alucinógenos, estimulantes y sustancias alcohólicas.

Reflexiones sobre el abordaje institucional de las drogas: drogas – sujeto – institución

Las reflexiones que se presentan a continuación, surgen de las experiencias profesionales en la práctica clínica particular e institucional, de la participación en programas de intervención interdisciplinaria y otros acercamientos a partir de la divulgación del conocimiento en escenarios interinstitucionales de carácter académico e investigativo.

En procura de ubicar algunas coordenadas a partir de las discusiones teóricas, ontológicas y metodológicas respecto de un fenómeno que supera a todas leguas la dimensión fáctica del objeto droga; resulta pertinente la comprensión de las diferentes formas de hacer en las instituciones, que exige además de la medición de los indicadores de estas, el estudio de los presupuestos epistemológicos y metodológicos que soportan la intervención y el tratamiento que, en consecuencia, orientan las prácticas profesionales del personal asistencial. Es importante tener en cuenta que lo epistemológico en el contexto de los modelos e instituciones comprende, entre muchos, una serie de elementos de los cuales se toman particularmente los siguientes: ola apropiación conceptual de las adicciones y la idea de sujeto con el que trabajan.

Dentro de las instituciones que ofrecen acompañamiento a las personas con usos problemáticos de drogas y otros comportamientos adictivos, se encuentran distintas fuentes de fundamentación, a saber, la filosofía de 12 pasos y Alcohólicos Anónimos; las comunidades terapéuticas y su diversidad de modelos e incluso eclecticismos teórico-prácticos; así como el advenimiento de los profesionales de las ciencias sociales y de la salud; se encuentran también instituciones orientadas por modelos biomédicos y algunas con modelo de reducción del daño.

Si bien es cierto que se cuenta con una amplia oferta de instituciones que prestan servicios terapéuticos y de salud a las personas que presentan uso indebido o problemático de sustancias psicoactivas y otros comportamientos adictivos, es urgente la implementación de estrategias que pongan en contexto la producción científica de diferentes áreas del conocimiento, desde las ciencias de la salud hasta la ciencias sociales para cerrar esta brecha que se hace evidente en algunas instituciones que reproducen discursos o modelos de intervención en adicciones de antaño y que carecen de sustentación basada en la evidencia y de argumentación teórico práctico. Como efecto de ello, se generan prácticas en la intervención orientadas por los ideales

institucionales y personales de prohibición y superación, sin al menos hacer una lectura crítica de los muchos otros elementos que se involucran en las adicciones.

Así pues, existen modelos institucionales que, afianzados rigurosamente en la evidencia de un campo o área del conocimiento se radicalizan, excluyendo la posibilidad de entrar en dialogo y discusión con otros saberes disciplinares que han contribuido al entendimiento de las adicciones. En otros casos, con cierta frecuencia, se permite el encuentro con otros escenarios disciplinares; sin embargo, persiste la prevalencia de uno u otro argumento teórico y aparecen los demás como remanentes en el proceso de intervención. Esta situación se presenta particularmente en algunas instituciones orientadas por el modelo biomédico y en el caso de las comunidades terapéuticas, en aquellas orientadas por la tradición Dominical.

Con respecto al concepto de adicción, es particular y resulta importante mencionar que no existe un consenso teórico en el sector de las instituciones, pues, como hemos dicho, adoptan un lugar de comprensión especifico. Sin embargo, en su gran mayoría y con gran frecuencia coinciden en referir las adicciones como una enfermedad, cada una con sus propias características, algunas no saben muy bien el porqué, otras reproducen los lineamientos de la OMS al respecto; en otros casos las adicciones son una enfermedad orgánica localizada en el cerebro; en otros resulta ser una enfermedad del espíritu y, finalmente, algunas perspectivas psicologiscistas consideran la adicción como una enfermedad que involucra la personalidad, la cual tiende a la compulsión del uso de drogas. Es relevante mencionar que algunas instituciones invierten grandes esfuerzos en la práctica para focalizar las acciones hacia la separación del sujeto del objeto de consumo, sea este una droga, videojuego, juegos de azar, sexo, ropa, entre otros.

Por otra parte, con respecto al componente epistemológico de la concepción de sujeto, es posible indicar que este adopta varios

matices entre las instituciones. Por un lado, aparecen algunas referencias con respecto al lugar del profesional o *terapeuta*, que en muchos casos no es profesional, pero que, sin embargo, ostenta el lugar de un saber frente al otro. Este otro, es decir, el sujeto en *tratamiento*, queda así arrojado al lugar del no saber, un sujeto que carece y al que hay que ayudar y brindarle entre otras, estrategias. Seguidamente, se observan dos corrientes, una que asegura que el sujeto adicto es adicto para toda la vida, basado en el argumento de la personalidad, y el otro que aduce que el adicto es un enfermo, como consecuencia de que el sujeto es cuerpo-órgano y la adicción es una enfermedad orgánica del cerebro.

De acuerdo con los planteamientos que Naparstek (2014) desarrolla a partir de los aportes de Eric Laurent, las instituciones adoptan una posición frente a las adicciones, la cual puede estar orientada por el objeto, el amo o el saber. Así, las instituciones que concentran sus esfuerzos y dirigen el entendimiento de las adicciones desde la droga o la dimensión orgánica, estarían orientadas por el objeto, es decir, hacia la sustitución o la separación del sujeto droga. Mientras que aquellas instituciones que se orientan hacia los modelos prohibicionistas y abstencionistas se ubican del lado del amo, donde hay una imposición del deber ser moral y finalmente se encuentran las instituciones que se orientan por el saber, que son aquellas que adoptan modelos de intervención psicopedagógicos, donde hay otro que sabe y otro que no.

A modo de discusión

De las orientaciones por el objeto, se puede decir que existe bastante ilustración en la literatura, de allí, resulta imposible negar las afectaciones que producen las drogas al entrar en contacto con el organismo. De acuerdo con Naparstek (2014), la ciencia y particularmente los estudios centrados en el objeto droga que tuvieron lugar después del descubrimiento del síndrome de abstinencia a partir del uso de opiáceos como analgésicos, hacen una localización en la droga que les permite una clasificación de acuerdo con su composición química y sus efectos en el sistema

nervioso. Así pues, la ciencia, a partir de su amplio conocimiento sobre las drogas y sus efectos, precipita una serie de abordajes que se caracterizan por la represión y la clasificación de los modos de relación del sujeto con la droga, lo que antes no era considerado como objeto de estudio o intervención (Mercado Maldonado & Briseño Cruz, 2014).

La concentración de la mirada en el objeto desemboca en lo que Naparstek (2014), reconoce como terapéuticas de la sustitución. Allí el autor ubica los programas de reducción del daño y disminución del riesgo, manejo y mantenimiento del síndrome de abstinencia de la sustancia de impacto por alguna que le permita la reinserción, ser más funcional: la resocialización.

En las terapéuticas orientadas por el Amo, donde la institución es el Otro que todo lo ve, al igual que el poder superior, se pueden situar los programas o modelos que promueven y materializan las políticas prohibicionistas en la práctica cotidiana, las cuales se instalan en sus intervenciones bajo la forma de abstinencia total, generando adictos instituidos (Lewkowicz, 1998), es decir, adictos para toda la vida. La adicción como institución legitima la guerra contra las drogas, construye ideas moralizantes y robustece la culpa de los sujetos, fortaleciendo la presencia de un ser supremo que siempre los ve. En otras palabras, instala dispositivos subjetivos, institucionales y sociales de control y vigilancia, convirtiéndose en instituciones totalizantes (Naparstek, 2005).

Por último, del lado de las terapéuticas orientadas por el saber, se encuentran las que invierten sus esfuerzos en hacer entender a los sujetos lo que les acontece, es decir, educan en el síntoma, le explican al sujeto lo que sucede, sus causas, como manejarlo, le enseñan de la adicción. Son estos los programas o prácticas psicopedagógicas tradicionales, donde siempre hay alguien que sabe y otro que no, este último sin palabra alguna. El que sabe bien puede ser el personal asistencial o aquel que se propone como ejemplo de vida, dejando abierto el camino para la identificación del sujeto a una experiencia que se le

impone como ideal, la sugestión, arrojándolo al lugar del "tonto" al que hay que enseñarle a vivir, dicho con Gergen (2007) reproduciendo discursos del déficit, dando lugar, por ejemplo, a creencias derivadas del equivoco etimológico promovido por la idea de que el *a-dicto* es un sujeto sin palabra (Castro, 2009). En este punto, Naparstek (2014) señala que siempre hay un sujeto experimentado sobre la enfermedad y la *cura*, que imparte los mismos principios a todos, paradójicamente de una enfermedad que promueven como incurable y crónica, quedando atrapados los dos en un "para todos igual" (Moreno, 2017).

Retos de la prevención en el siglo XXI

Este siglo ha generado grandes desafíos en prevención de las adicciones que deben ser tenidos en cuenta para la implementación de programas y concebir acciones eficaces en torno a la disminución del consumo y del deterioro generado por la gravedad de la conducta adictiva.

A inicios de siglo se había iniciado el estudio de lo que para ese momento se denominó como adicciones no químicas y que planteó una nueva mirada que rompió con una perspectiva de farmacodependencia. En la actualidad se empieza a introducir en los manuales diagnóstico este tipo de adicciones y aparecen cada vez más investigaciones donde se incluye estos nuevos trastornos.

De esta forma, el primer reto que tiene vigente la prevención es poder incorporar las adicciones comportamentales dentro de las acciones, así no solo puede hablarse de las dificultades o efectos provocados por las sustancias, sino los problemas asociados a la compulsión, cabe señalar que solo hasta ahora se potencian investigaciones para conocer las prevalencias de los comportamientos adictivos, lo que permite conocer factores específicos de cada uno de ellos y que se debe intervenir desde la promoción y la prevención.

El segundo reto que surge en el área de la prevención de adicciones tiene que ver con la facilidad de acceso a las sustancias y la

disminución de riesgo en los últimos años. Al inicio del siglo, el acceso a la tecnología apenas se estaba generando y abriéndose como alternativa para conectar el mundo. 20 años después, no se concibe estar por fuera del mundo digital y esto ha ampliado las posibilidades de acceso incluso a las sustancias. Hoy jóvenes de todo el mundo adquieren diferentes drogas en internet, en páginas que ellos mismos denominan como el mercado negro y que pone a un clic cualquier solicitud. Es más, reconocen en las redes sociales la posibilidad de acercar de manera local lo que se quiere consumir, destacan que ya no es necesario exponerse o buscar sitios de expendio, pues tener un *dealer* en sus redes lleva la sustancia hasta la puerta de su casa. Por otro lado, el Estudio Nacional de Consumo (DANE, 2020) indica que la percepción de riesgo sigue disminuyendo y que este puede ser indicador predictor para iniciar el consumo.

La prevención con este panorama debe fortalecer su discurso por fuera de la prohibición y la legalidad de las sustancias y fortalecerse en temáticas como la toma de decisiones y evidencia científica que persuada sobre el riesgo, sin adoptar miradas catastróficas.

Por último, el tercer reto, muy asociado con el segundo, lo ha puesto la Organización Mundial de la salud (OMS, 2005) al solicitar la implementación de estrategias de e-salud, las cuales no están solo en funcionamiento de la ampliación de la cobertura a diferentes contextos (Córdoba-Quintero y Restrepo-Escobar, 2018), sino en ir de la mano de los avances que propone la tecnología, pues es el medio por excelencia para llegar a la población con mayor riesgo de consumo en todo el mundo.

A modo de conclusión, la prevención de las adicciones es un escenario siempre ligado a retos por las lógicas y contextos en los que se debe implementar, sin embargo, los avances y las actualizaciones en el marco de la promoción de la salud son los pilares para la construcción de propuestas eficaces que cada vez requieren de mayor innovación.

Agradecimientos

Agradecemos muy especialmente a los demás integrantes del Grupo de Investigación en Farmacodependencia y Otras Adicciones que aportaron a la construcción de este capítulo: Carolina Restrepo Segura, Luisa Fernanda Correa Perez, Eliza Kract Gil, Gloria Cecilia Cardona Ríos, Mauricio Mejía Lobo, Olga Lucila Guarín Becerra, Gaston Adolfo Zapata Lesmes, Sandra Milena Restrepo Escobar y a Dubis Marcela Rincón Barreto.

Así mismo, agradecemos a quienes hacen parte de la historia y fundación del grupo, al Dr. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo, Guillermo Castaño y Maricelly Gómez Vargas.

Referencias

Cardona, G., Kract, E., Molina,D., & Restrepo, M. (2020). Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio: La realidad no vista por unos y padecida por otros, la prevención del suicidio es una posibilidad de todos y todas [Documento de trabajo]. Universidad Católica Luis Amigó.

Córdoba-Quintero, L. F., & Restrepo-Escobar, S. M. (2018). E-salud: prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante la educación virtual. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 9(2), 362–382. https://doi.org/10.21501/22161201.2516

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020) Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2019. Gobierno de Colombia.

Castro, L. (2009, 10 de agosto). Diálogo semanal con los lectores. La adicción a la etimología fantástica. La Nación-Opinión. https://www.lanacion.com.ar/opinion/la-adiccion-a-la-etimologia-fantastica-nid1160628/

Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Munoz-Miralles, R., Ortega-González, R., López-Morrón, M. R., Batalla-Martínez, C. & Torán-Monserrat, P. (2014). El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV): Un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. Adicciones, 26(4), 303–311. https://doi.org/10.20882/adicciones.31

Gergen, K. (2007). Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica. Ediciones Uniandes.

Lam-Figueroa, N., Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Nizama-Valladolid, M., Gutiérrez, C., Hinostroza-Camposano, W., Torrejón Reyes, E., Hinostroza-Camposano, R., Coaquira-Condori, E., & Hinostroza-Camposano, W. D. (2011). Adicción a internet: desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescentes de Lima–Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud

Pública, 28(3), 462–469. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36321259009

Lancheros Maldonado, M. J., Amaya Mancilla, M. A., & Baquero Buitrago, L. A. (2014). Videojuegos y adicción en niños–adolescentes: una revisión sistemática. TOG (A Coruña), 11(20), 1–22. http://www.revistatog.com/num20/pdfs/revision2.pdf

Lewkowicz, I. (1998). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. Errancia, la palabra inconclusa, 14, 1–18. https://www.iztacala.unam.mx/errancia/v14/PDFS_1/polieticas%20TEXTO%204%20SUBJETIVIDAD%20ADICTIVA.pdf

Mercado Maldonado, A., & Briseño Cruz, P. D. (2014). El "yo" deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. Espacios públicos, 17(39), 137–157. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67630574008

Moreno, S. (2017). El diagnóstico en la clínica: entre el protocolo funcional y el arte ético. En U. Cuéllar, Nuevas construcciones subjetivas: malestares hoy (pp. 75–82). Editorial EAFIT.

Naparstek, F. (2005). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo [Serie Temps]. Grama ediciones.

Naparstek, F. (2014). Seminario clínica de las adicciones [Conferencia]. Encuentro Psicoanalítico 2014, CEIP/ALP Chile. Chile.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Resolución WHA58.28. 58ª Asamblea Mundial de la Salud [Resoluciones y Decisiones y Anexo]. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B-3DAB?sequence=1

Pineda Roa, C. A. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. Psicogente, 16(29), 218–234. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113753

Restrepo, S., Rincón, D., & Sepúlveda, E. (2020). Cognitive training for the treatment of addictions mediated by information and communication technologies (ICT). Future Internet, 12(2), 1–19. https://doi.org/10.3390/fi12020038

Valido Castellano, A. M. (2019). Factores asociados a la adicción a los videojuegos en adolescentes [Tesis inédita de maestría]. Universidad de La Laguna. https://bit.ly/3xkqtNO

CONSUMO

SUSTANCIAS

LEGALES CONSUMIDAS: ALCOHOL

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

CONSUMO

Pautas para la atención primaria del consumo excesivo de alcohol en Colombia

Diana Ximena Puerta-Cortés
Doctora en Psicología
Universidad de Ibagué
Grupo de investigación Educación Salud y Sociedad (GESS)

Bianda Jeni González-Santos
Mg. (c) en Psicología
Universidad de Ibagué

Gustavo R. García-Vargas
Doctor en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud
Universidad de Quintana Roo
Grupo de investigación Educación Salud y Sociedad –GESS-

Correo de contacto
diana.puerta@unibague.edu.co

Resumen

El consumo excesivo de alcohol en Colombia es un problema de salud pública que parece estar ganando la batalla a los esfuerzos institucionales para prevenirlo. Este hábito está arraigado en la cultura a pesar de los problemas de salud y socioeconómicos que genera. Uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica para detectar los riesgos del uso de alcohol es el AUDIT, prueba desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, útil para determinar si el consumo de alcohol puede considerarse peligroso. El presente capítulo plantea un análisis de la evidencia por medio de una revisión de la literatura, con el fin de analizar las variables asociadas al riesgo de consumo de alcohol detectado a través del AUDIT en muestras colombianas. Los resultados se agrupan en dos categorías que pueden orientar la prevención primaria, enfocada en el modelo comportamental en salud.

Palabras clave: adicción, alcoholismo; educación sanitaria, educación, antidrogadicción.

El consumo de sustancias psicoactivas representa un grave problema de salud pública desde hace décadas, con un aumento significativo en los últimos años (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018). En particular, el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes ha generado más del 5% de muertes en el mundo, pérdidas económicas y una estrecha relación con trastornos y enfermedades infecciosas (Fadragas, 2012; Molano-Tobar & Molano-Tobar, 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Además, es considerado como el tercer factor de riesgo para patologías y contribuye al 4% de las problemáticas en contextos sociales (Marshall, 2014).

El problema del consumo excesivo de alcohol se comprende desde la multiplicidad, con factores endógenos y exógenos (desde las características individuales del sujeto hasta el entorno próximo de la persona, como los factores familiares, sociales o escolares) que tienen influencia en el inicio o la recurrencia de la conducta de consumo (Obradors-Risa, Arisa & Muntaner,

2014). Los antecedentes de consumo de alcohol como el historial familiar de problemas asociados a la sustancia suponen mayor probabilidad de consumo excesivo y trastornos derivados (Pilatti et al., 2013; Marino & Fromme, 2015; Powers et al., 2017; Buscemi & Turchi, 2012).

El consumo de bebidas alcohólicas es parte de la cultura en Colombia, se incluye en reuniones sociales y las principales áreas de reunión son la tienda de barrio o el bar (Salcedo-Arellano, 2016). En este contexto, el abuso del alcohol ha llevado a un aumento de la morbilidad y la mortalidad entre los pacientes con enfermedades psiquiátricas (Haddadi, 2020). En la actualidad, la situación de pandemia por COVID 19 y las medidas tomadas para prevenir el contagio (Ej: la cuarentena o aislamiento social), han derivado en una serie de comportamientos, entre ellos la angustia. Se ha encontrado que alrededor del 20% de los individuos aumentan el consumo debido a esta condición, aumentando el riesgo de recaída. En estas circunstancias, la disminución del consumo de alcohol podría estar asociado con la disminución de la capacidad financiera y baja disponibilidad (Kim, 2020). No obstante, en Colombia la cuarentena y las medidas de "ley seca" adoptadas por el Gobierno han incrementado el riesgo de consumo ilegal de alcohol (Dinero, 2020).

Para la Organización Panamericana de la Salud (2020), el consumo excesivo de alcohol genera diversas consecuencias: incrementa el riesgo del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), una de las complicaciones más graves de la COVID-19; debilita el sistema inmunitario; aumenta el riesgo, la frecuencia y la gravedad de la victimización y todo tipo de actos de violencia interpersonal; aumenta el riesgo de muerte y traumatismos causados por el tránsito, así como por ahogamiento y caídas.

Por lo anterior es pertinente unir esfuerzos para intervenir en la prevención del consumo de alcohol. Los programas de prevención pueden ser categorizados en programas sociales (los cuales consideran la proliferación de ambientes físicos que

impiden la adquisición de alguna patología: infraestructura para la potabilización de agua o la proliferación de ambientes libres de patología), programas biológicos (se rigen bajo la concepción médico-asistencial, por ejemplo: administración de vacunas para evitar la adquisición de alguna patología o el desarrollo de medicamentos) y finalmente los programas psicológicos de prevención, que se caracterizan por la necesidad de considerar la participación directa de las personas y están dirigidos al cambio del comportamiento en la prevención de conductas que representan un riesgo para la salud (Ribes, 1990).

En el caso de los programas de prevención de tipo psicológico, los tres niveles propuestos implican la participación directa de las personas en la emisión de conductas instrumentales preventivas y se basa en criterios y programas fundamentados en el comportamiento particular del individuo, es decir, son individuales por naturaleza. Asimismo, considera que una dimensión psicológica de prevención es de vital importancia, ya que sin ella las intervenciones preventivas de la dimensión biomédica y socioambiental carecerían de eficacia (Ribes, 1990). Desde la perspectiva psicológica de la salud, los tres niveles de intervención para la prevención de comportamientos de riesgo son los siguientes.

Primario. Las acciones de prevención primaria forman parte de las prácticas vinculadas a la vida cotidiana, previas a la aparición de riesgos biológicos. Lo que se busca es dotar a los individuos sanos de todas aquellas habilidades y destrezas que les permitan enfrentar con éxito las diversas actividades que enfrentan a diario. Algunas acciones preventivas de este nivel corresponden a desarrollar estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones de vulnerabilidad biológica; la promoción de comportamientos alternativos a aquellos que inducen riesgos para la salud; el adiestramiento en la evitación de accidentes y la adquisición de comportamientos que prevengan la muerte o lesiones en desastres naturales.

Secundario. Este tipo de acciones preventivas entran en acción una vez desarrollada la enfermedad, cuando esta se encuentra en sus inicios o cuando se es propenso a desarrollar alguna patología biológica; es decir, la población ya no es una población sana, sino una población altamente vulnerable o con una enfermedad crónica que se encuentra en sus inicios o con cualquier otra enfermedad susceptible de agravarse, en donde los daños aún son reversibles en la mayoría de los casos. En ese nivel, la intervención consiste en reconocer los indicadores de riesgo o patología, lograr el acceso al servicio médico pertinente, la adherencia a las prescripciones terapéuticas y preventivas y en adquirir las competencias que le permitan al paciente acudir oportunamente al servicio médico. Cabe anotar que este nivel, al igual que el tercero, se considera preventivo en la medida en que impide el avance de la enfermedad.

Terciario. Este nivel se aplica cuando existe una condición patológica que ha evolucionado produciendo daños irreversibles o parcialmente reversibles. Las acciones que corresponden a este nivel son de índole conductual y corresponden a implementar el comportamiento de adherencia terapéutica, la eliminación de comportamientos que interfieren con la eficacia de los tratamientos biomédicos, reducción de las reacciones de estrés y la emisión de comportamientos que favorezcan los procesos de rehabilitación. En realidad, este nivel está encaminado a la prevención en el deterioro acelerado del individuo con un cuadro patológico grave en donde existe una alta probabilidad de muerte.

Uno de los instrumentos más utilizados empleados en la práctica clínica para detectar los riesgos del uso de alcohol es el AUDIT (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol, por sus siglas en inglés), el cual permite identificar el nivel de intervención y las acciones necesarias para intervenir. El AUDIT fue desarrollado por la OMS como un método simple de *screening* del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve que puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad

presente, proporcionando también un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello evitar las consecuencias perjudiciales (OMS, 2001).

En el AUDIT, el consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Estos son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física, mental y social. Por su parte, la dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol (OMS, 2001).

Según lo anterior, el consumo de alcohol es multifactorial y a pesar de las circunstancias actuales de pandemia y las graves consecuencias para la salud física y mental, el consumo se ha arraigado de tal manera que pareciera difícil reducirlo o eliminarlo. Por lo anterior, este capítulo plantea una revisión de literatura para analizar las variables asociadas al riesgo de consumo de alcohol detectado a través del AUDIT en muestras colombianas y, de esta manera, plantear algunas pautas en prevención primaria orientadas desde la evidencia.

Metodología

Se revisaron 18 estudios empíricos publicados por investigadores colombianos entre 2015 y 2020 sobre el riesgo de consumo de alcohol evaluado a través del AUDIT y AUDIT C. Los artículos se obtuvieron a partir de una búsqueda en Scopus, ScienceDirect, Redalyc y SciELO. Cinco de los artículos analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Para su consideración se realizó una evaluación de elegibilidad y contenido de cada artículo, descartando dos de ellos por ser de contenido psicométrico.

Con el propósito de analizar el contenido de cada artículo, a partir de las variables para la orientación en prevención primaria del consumo en riesgo de alcohol detectado a través del AUDIT, se

identificaron dos categorías temáticas: 1. bases psicobiológicas del consumo de alcohol y 2. bases psicosociales del consumo de alcohol. La Tabla 1 resume los datos básicos de estos estudios.

Tabla 1. Datos básicos de estudios colombianos sobre el uso del AUDIT

Autores	Año de publicación	Ciudad	Características de la muestra	Tipo de uso del AUDIT (Tamizaje, prevalencia)
1. Salcedo, D.D., Ramírez, Y.J., & Barreto, M.R.	2015	Bogotá	50 estudiantes universitarios de diversos programas académicos, consumidores de alcohol con un nivel de alto riesgo. Edades entre 18-37 años. Hombres el 62% y mujeres el 38%.	Prevalencia: establecer el perfil de la función y la conducta ejecutiva en 50 consumidores de alcohol.
2. de la Espriella Guerrero, R.A., Rodriguez, V., Rincón, C-J., Cabrera, D., Pérez, S.J., & Gómez-Restrepo, C.	2016	Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica	13.200 hogares en las cinco regiones del país. Mayores de 12 años.	Tamizaje: descriptivo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.
3. Gómez-Restrepo, C., Rincón, C.J., & Urrego-Mendoza, Z.	2016	Pacífica, Atlántica, Oriental, Central, y Bogotá	902 indígenas (Hombres 42,9% y Mujeres 57,1%), de edades entre los 18 y más de 45 años.	Tamizaje: descriptivo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.
4. Gómez-Restrepo, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondon, M., Medina, M., Rengifo, H., & Bautista, N.	2016	Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá	18 o más años no institucionalizada; con depresión y ansiedad.	Prevalencia: detección del patrón de consumo en la muestra. Encuesta del Ministerio de Salud.

Autores	Año de publicación	Ciudad	Características de la muestra	Tipo de uso del AUDIT (Tamizaje, prevalencia)
5. Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreno, C.C, Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbachf, J, Vries, E., Rengifo, E., Rodríguez, A., & Rincón, C.J.	2016	Oriental, Atlántico, Central, Pacífico y Bogotá	Muestra total de 10.870, hombres el 40,3% y las mujeres el 59,7%. Edades entre los 18 a los 44 años.	Prevalencia/tamizaje: describir y comparar las prevalencias de algunos problemas y trastornos mentales en la población adulta colombiana.
6. Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R.E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M.	2016	Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá	Se entrevistó en total a 13.200 hogares (51,7% de mujeres y 48,3% de hombres). Edades entre los 18 años hasta mayores de 45 años.	Tamizaje: descriptivo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.
7. Rodríguez-Torres, E., Camargo-Restrepo. C., Cardona-Blandón, A.M., Lozano-Sandoval, N.X., López-Medina, D.I., & Rosas-Villamizar, N.I.	2016	Santiago de Cali	207 estudiantes (mujeres 85,5% y hombres 14,5%) edades entre los 14 y 49 años).	Tamizaje: detección del patrón de consumo en la muestra.
8. Salcedo-Arellano, M.J., Lozano, R., Tassone, F., Hagerman, R.J., & Saldarriaga, W.	2016	Santiago de Cali	8 pacientes hombres con el síndrome del cromosoma X frágil.	Prevalencia: detección del patrón de consumo en la muestra clínica.

Autores	Año de publicación	Ciudad	Características de la muestra	Tipo de uso del AUDIT (Tamizaje, prevalencia)
9. Tamayo, N., Rincón, C., Santacruz., C., Bautista, N., Collazos, J., & Gómez–Restrepo, C.	2016	Central, Atlántica, Bogotá, Oriental y Pacífica	10.870 personas de 18 o más años no institucionalizadas; la muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad y las regiones del país. Se analizan los datos de las personas que reportaron haberse desplazado por conflicto armado alguna vez en la vida.	Prevalencia: determinar la prevalencia de problemas y trastornos mentales en los desplazados internos por el conflicto. El enfoque diferencial que menciona la Ley 1.448.
10. Betancourth-Zambrano, S., Tácan-Bastidas, L., & Cordoba-Paz, E.G.	2017	Pasto	84 estudiantes universitarios matriculados durante el año 2015 en tres instituciones privadas y una estatal de la ciudad de Pasto al sur de Colombia.	Prevalencia/tamizaje: Contribuir a la prevención desde la identificación de poblaciones en riesgo como la universitaria y los factores que influyen en el desarrollo del consumo.
11. Cabarcas, K.L., Londoño, C., Pulido, D.C., & Vélez-Botero, H.	2017	Sibaté	400 personas entre 12 y 65 años, hombres y mujeres residentes en el municipio.	Tamizaje: evaluar los alcances de la aplicación del programa de prevención del consumo abusivo y la dependencia alcohólica.
12. Pereira-Morales, A.J., Adan, A., Camargo, A., & Forero, D.A.	2017	Bogotá	274 estudiantes universitarios de enfermería y medicina (75.1% mujeres; 24,9% hombres).	Prevalencia/Tamizaje: detectar los factores psicosociales y clínicos que influyen en la relación del uso de polisustancias y el riesgo de suicidio.

Autores	Año de publicación	Ciudad	Características de la muestra	Tipo de uso del AUDIT (Tamizaje, prevalencia)
13. Rodríguez-Amaya, R.M. & Galeano-Hernández, M.J.	2017	Santander	186 trabajadores de la construcción en Santander.	Tamizaje
14. Orcasita, L.T., Lara, V., Suárez, A., & Palma, D.M.	2018	Santiago de Cali	284 adolescentes escolarizados entre (Mujeres 53.7 %, Hombres 46,3%) entre los 12 a 18 años.	Tamizaje: detección del patrón de consumo en la muestra y asociación con factores psicosociales.
15. Londoño, C. & Carrasco, S. F.	2019	Colombia y Chile	1602 adolescentes 870 chilenos (380 hombres y 491 mujeres) entre los 14 y los 22 años (M = 16.12), 732 colombianos (356 hombres y 376 mujeres) entre los 16 y los 25 años (M = 17.9). Hombres y mujeres escolarizados con edades entre los 14 y los 25 años.	Tamizaje: estudio comparativo transcultural.
16. Castillo, A., Rincón, M.C., Serna, V., & Bersha, S.	2020	Central, Atlántica, Bogotá, Oriental y Pacífica	15.351 personas, de las que 10.870 eran mayores de 18 años.	Tamizaje: descriptivo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Resultados

Los principales resultados de los estudios se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Resumen de los principales resultados de los estudios colombianos sobre el AUDIT

Estudio	Resultados relevantes
1	Los hombres tienen mayor tiempo de consumo, las mayores puntuaciones se observaron en participantes con más de 10 años de consumo. Mientras que en las puntuaciones totales del AUDIT se identificó que, a mayor puntuación, es menor la velocidad de procesamiento de la información en tareas de atención dividida y al presentarse dicha velocidad de procesamiento, se evidencia menos habilidad para mantener la actitud frente a una actividad específica. En cuanto a las correlaciones, a mayor puntuación en el AUDIT se presenta más dificultad para identificar emociones de tipo complejo.
2	El 2,7% de los menores eran bebedores en riesgo. El mayor porcentaje de bebedores en riesgo tiene de 18 a 44 años, en su mayoría hombres. Un AUDIT-C positivo en mayores de edad se asocia con mayor porcentaje de no presentar síntomas ansiedad y menos problemas de ansiedad, eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado reportados. Las personas adultas con AUDIT-C positivo tienen mayor percepción de bienestar, aunque también se halla mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza.
3	En la muestra de indígenas los resultados de la escala AUDIT quienes no muestran un riesgo son el 83,8%, mientras que el consumo excesivo es de 8%, con un consumo de riesgo el 7,9% y probable dependencia del alcohol fueron 0,3%.
4	Las mujeres tienen mayor prevalencia de todos los trastornos del afecto y de ansiedad, excepto el trastorno afectivo bipolar tipo I alguna vez en la vida que es más frecuente en hombres y uno de los factores asociados a los trastornos es el consumo de alcohol.
5	En los resultados se encontró que los participantes que vivieron un conflicto pacificado o en menor intensidad son quienes tienen puntuaciones más altas en el AUDIT en el consumo excesivo de alcohol, mientras que el consumo riesgoso o dependiente se identificó en los participantes que no han vivido el conflicto.
6	En los participantes en condiciones de pobreza la sustancia más frecuente consumidas por adultos y adolescentes es el alcohol, 136 adultos tienen un excesivo, mientras que 131 son bebedores en riesgo y solo 6 tienen una probabilidad de ser consumidores dependientes. 5 de los adolescentes son bebedores en riesgo y 4 bebedores excesivos.

Estudio	Resultados relevantes
7	El sexo femenino es un factor protector frente al consumo de sustancias. El patrón de consumo general es del 17.4 % en condición de dependencia de la sustancia, El consumo de estas sustancias legales en los estudiantes universitarios de enfermería son equiparables al de la población general.
8	6 de los participantes de Ricaurte con síndrome del cromosoma X frágil, cumplían con los criterios para el síndrome de dependencia al alcohol. La dependencia al alcohol y del uso de sustancias está asociado con la exacerbación de sus problemas de comportamiento, como el aumento de la impulsividad y agresión, así como de problemas médicos como el aumento de la frecuencia de las convulsiones. La cultura de la reunión que mantiene el consumo ocurre en el bar o en el campo en donde trabajan.
9	Análisis del consumo de la población desplazada. No hay diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas en la vida; el de cigarrillo es del 6,3% de la población general y el 4,8% de las personas desplazadas; el de alcohol, del 33,0% y el 35,9%. Consumo de alcohol excesivo, del 10,1% (IC95%, 7,2%-13,9%).
10	Según los niveles de prevalencia de consumo de alcohol de este estudio (en el suroccidente del país y de la mayoría de investigaciones en universitarios colombianos), se puede afirmar que los estudiantes colombianos consumen alcohol en mayor proporción, en comparación con estudiantes universitarios de España (58%), Chile (64,2%) o Perú (78.8%).
11	En el municipio de Sibaté se reportaba alta prevalencia tanto de consumo de alcohol como de consumo de riesgo, especialmente de cerveza. Existe alta disponibilidad de sitios de venta y fácil acceso para personas de todas las edades, ya que no se aplican los controles de la restricción en la venta a menores de edad. El consumo ocurre principalmente en actividades familiares y la cantidad sobrepasa las 5 unidades por ocasión, lo que indica que se bebe en busca de la embriaguez, con una frecuencia entre 1 y 3 veces al mes en gran parte de la población.
12	El consumo de alcohol, los síntomas de ansiedad y el funcionamiento familiar se relacionaron con el policonsumo de sustancias. El consumo de alcohol se relaciona con el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Los resultados de riesgo de alcohol se obtuvieron del ASSIST, pero en mujeres el AUDIT discriminó: el consumo de alcohol correlacionó con el consumo de tabaco.
13	Se evidencia que el AUDIT puede ser usado con éxito en la detección de problemas de alcohol en programas de atención primaria y prevención. Se concluye que el consumo de licor y cigarrillo encontrado fue alto, mas no su dependencia.

Estudio	Resultados relevantes
14	Tanto los hombres, como las mujeres, registraron una misma edad de inicio de consumo de alcohol (12.3 años y 12.6 años, respectivamente). El 65.3 % de los adolescentes tiene un patrón de consumo de alcohol de bajo riesgo y un 3.3 % presenta un patrón de consumo de alcohol por dependencia. Los adolescentes que tienen un funcionamiento familiar con disfunción grave presentan un patrón de consumo de alcohol por dependencia, mientras que en adolescentes con un funcionamiento familiar con disfunción leve y normofuncional, el consumo por dependencia es de 1.9% y 1.5%.
15	El consumo de alcohol es frecuente en los jóvenes de ambos países, sin importar el sexo, con un mayor consumo en Chile. Existen diferencias en ambos países en las creencias sobre el consumo de alcohol. Los colombianos presentaron mayor percepción de riesgo y vulnerabilidad, mayor percepción de beneficios percibidos del consumo y menor percepción de barreras para dejar de consumir. En ambas muestras las medias reportadas indicaron un riesgo moderado o alto del consumo de alcohol.
16	El 64,9% de los encuestados con trastorno afectivo bipolar (TAB) tenían puntuaciones en el AUDIT C positivo de posible dependencia y el 35,1%, de consumo de riesgo.

Categoría 1. Bases psicobiológicas estudios 1, 2, 4, 8 y 16; **Categoría 2**. Bases psicosociales estudios 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

Bases psicobiológicas del consumo de alcohol

En los estudios seleccionados se detectaron las variables psicobiológicas asociadas al riesgo de consumo de alcohol evaluado a través del AUDIT, estas son el sexo, la etapa del desarrollo, las funciones cerebrales ejecutivas, las comorbilidades genéticas como el síndrome del cromosoma X frágil (FXS) y los trastornos mentales como ansiedad y afectivo bipolar (TAB) (ver Tabla 2). A continuación, se describen los principales hallazgos en muestras colombianas.

Con relación a la edad y la etapa del desarrollo se identificó que el grupo de bebedores en mayor riesgo son los hombres que se encuentran entre los 18 a los 44 años. Los jóvenes universitarios presentan mayor tiempo de consumo que las mujeres y en la

puntuación total del AUDIT se ubicó en 12,8 (bebedores de alto riesgo) y las mayores puntuaciones las obtuvieron los participantes con más de 10 años de consumo (Salcedo et al, 2015). En contraste, el porcentaje de bebedores en riesgo es menor en los mayores de 45 años, no obstante, la diferencia entre hombres y mujeres en este grupo de edad es mayor (de la Espriella Guerrero, 2016).

En los jóvenes, el consumo de alcohol de alto riesgo genera dificultades en diferentes funciones ejecutivas como la inhibición; son menos capaces de inhibir la activación de respuestas asociadas con tareas blanco como la secuenciación, tienen estrategias de secuenciación inadecuadas y desorganizadas; atención, dificultad en tareas que requieren concentración, atención dividida y focalizada; categorización, desempeño alterado en la fluidez verbal; flexibilidad cognitiva, dificultades para variar las estrategias cognitivas; automonitoreo, imposibilidad de usar la retroalimentación externa para moderar el comportamiento personal y planificación, la capacidad para crear una estrategia y planificar de manera efectiva se encuentra limitada, además con déficit en la habilidad para planear una acción hacia adelante, esto se relaciona con deterioro en la corteza prefrontal asociado al consumo de alcohol frecuente (Salcedo et al, 2015). Las autoras también encontraron déficit en la conducta ejecutiva de toma de decisiones, impulsividad, *feedback* emocional y empatía.

Respecto al FXS se conoce que es la discapacidad intelectual (ID) hereditaria más común y la causa genética del espectro autista. Aunque el alcoholismo solo se ha reportado en raras ocasiones en individuos con el FXS, es común en el municipio de Ricaurte, Colombia. El alcohol puede embotar el problema de comportamiento asociado al FXS, específicamente ansiedad e hiperactividad de los participantes. Se encontró que seis de ellos cumplían con los criterios para el síndrome de dependencia al alcohol. La dependencia al alcohol y del uso de sustancias se asocia con la exacerbación de la impulsividad y agresión, así como con problemas médicos como el aumento de la frecuencia de las convulsiones (Salcedo-Arellano et al., 2015).

Según los trastornos en salud mental asociados con el consumo de alcohol, Castillo et al (2020) detectaron que todos los pacientes identificados con diagnóstico de TAB tenían algún patrón desadaptativo de consumo de alcohol, es decir las personas con trastornos asociados con el consumo de alcohol tienen 4,1 veces más riesgo de padecer TAB. Sin embargo, las mujeres con TAB tienen mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, pero en términos generales toda la población con TAB de esta muestra tenía algún grado de consumo perjudicial o de tipo dependencia. En contraste con otro trastorno, como es la ansiedad, Gómez-Restrepo et al. (2016) no encontraron relación con el consumo de alcohol. Resultados similares hallaron de la Espriella Guerrero et al. (2016), quienes encontraron diferencias en la categoría sin síntomas entre aquellos sin problemas con el alcohol y los bebedores de riesgo y en el reporte del número medio de síntomas de ansiedad, el 10,4% frente al 29,8%; no se encontraron diferencias significativas entre los que reportaron un número alto de síntomas. Es decir, el trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses mostró iguales valores en los grupos sin problemas y en los bebedores de riesgo.

Bases psicosociales del consumo de alcohol

Los factores de riesgo psicosocial han de entenderse como la condición o condiciones del individuo y del medio que bajo determinadas situaciones generan efectos negativos en la calidad de vida de las personas. En los estudios analizados se encontró el uso del AUDIT en poblaciones específicas, tales como la población indígena (Gómez-Restrepo et al., 2016), trabajadores de la construcción en Santander (Rodríguez-Amaya y Galeano-Hernández, 2017), personas desplazadas por conflicto armado (Tamayo et al., 2016), adolescentes (Londoño y Carrasco, 2019; Orcasita et al., 2018,); pero sobre todo en estudiantes universitarios (Betancourth-Zambrano et al., 2016; Pereira-Morales et al., 2017; Rodríguez-Torres et al, 2016; Salcedo et al., 2015) (ver Tabla 2). Los resultados de las investigaciones reportadas en este estudio

hicieron evidente que el consumo de bebidas alcohólicas afecta de manera diferencial a los diferentes grupos poblacionales, incluso aquellos que comparten edades biológicas similares (i.e. jóvenes universitarios). En aquellos estudios en donde se utilizó el AUDIT con jóvenes universitarios, se concluyó que los estudiantes colombianos consumen alcohol en mayor proporción, en comparación con estudiantes universitarios de España, Chile o Perú (Betancourth-Zambrano, Tácan-Bastidas & Cordoba-Paz, 2017; Londoño & Carrasco, 2019). Estos resultados son atribuidos a la "cultura de la reunión", descrita por Salcedo-Arellano et al. (2016), dado que el consumo ocurre principalmente en actividades familiares (Cabarcas et al., 2017).

En términos generales, el tipo de asentamiento (urbano-rural) al cual pertenecen los participantes del estudio, estuvo relacionado con la dependencia alcohol. Los resultados en muestras indígenas mostraron un riesgo menor que las poblaciones urbanas (Gómez-Restrepo, Rincón & Urrego-Mendoza, 2016). Asimismo, aquellos participantes afectados por el desplazamiento forzado, mostraron niveles de dependencia menores que aquellos que no fueron afectados (Gómez-Restrepo et al., 2016); aunque se evidencian otros tipos de efectos en la salud mental (Tamayo et al., 2016). La pobreza fue otro factor relacionado con el riesgo de consumo (Quitian, et al., 2016).

En cuanto al género, Rodríguez-Torres et al. (2016) encontraron que los hombres tienen mayores niveles de riesgo perjudicial con dependencia (63,3%) en comparación con las mujeres (45,2%). Los resultados de Betancourth-Zambrano, Tácan-Bastidas & Cordoba-Paz (2017) en estudiantes universitarios en la ciudad de Pasto evidenciaron que el consumo de alcohol en los hombres es del 54,7% y en las mujeres representa el 42,6%. Sin embargo, Cabarcas et al. (2017) identificaron que *"las mujeres son las que más consumen...hay mamás que reconocen que son alcoholicas"* (p. 60). En cuanto al inicio de consumo, este se da entre los 12 y los 13 años. En el caso de los varones, es auspiciado por los padres:

“es que lo estoy volviendo machito...” (p. 60), mientras que el consumo en mujeres suele estar influenciado por otros familiares. En ambos casos, la mayoría bebe en ambientes familiares con una tradición cultural de consumo que relaciona celebraciones y alcohol. También para ambos géneros, la principal razón de consumo fue sentirse bien y relajarse, y en segundo lugar olvidar los problemas y distensionarse; a este respecto, Cabarcas et al. (2017) señalan: *“la gente quiere desahogar lo que [han] pasado toda la semana...”* (p. 60).

Discusión

La búsqueda de la literatura orientada a la detección de las variables asociadas al riesgo de consumo de alcohol identificadas a través del AUDIT, permitió agrupar los resultados en dos categorías que concentran la morbilidad y comorbilidad frente al consumo de alcohol en Colombia, estas son las bases psicobiológicas y psicosociales del consumo de alcohol. A partir de la finalidad, las características metodológicas de los estudios y las categorías identificadas, se orienta al lector en algunas pautas para el desarrollo de programas en prevención primaria para impedir o retrasar el inicio de consumo y así lograr minimizar los efectos.

En la revisión se identificó que el propósito de los estudios corresponde a prevalencia (Betancourth-Zambrano, Tácan-Bastidas & Cordoba-Paz, 2017; Gómez-Restrepo et al., 2016; Pereira-Morales etal., 2017; Salcedo, Ramírez, & Barreto, 2015; Salcedo-Arellano et al., 2016; Tamayo et al., 2016), cuyo objetivo primordial es detectar la proporción de individuos que presentan consumo de alcohol. Otro grupo de estudios se enfocan en el tamizaje (Cabarcas et al., 2017; Castillo et al., 2020; de la Espriella Guerrero et al., 2016; Gómez-Restrepo, Rincón & Urrego-Mendoza, 2016; Gómez-Restrepo et al., 2016; Londoño & Carrasco, 2019; Orcasita et al., 2018; Quitian et al., 2016; Rodríguez-Amaya & Galeano-Hernández, 2017: Rodríguez-Torres et al., 2016), cuya finalidad es el uso del AUDIT en una población saludable, en su mayoría estudiantes universitarios, con el fin de identificar aquellos

individuos que presentan consumo de alcohol (Galván, 2009). Lo anterior muestra que el AUDIT es empleado para la identificación del consumo en estudios descriptivos. No se detectó evidencia empírica que denote su aplicación como una primera etapa en programas de prevención primaria en Colombia.

También se identificó que en su mayoría los estudios han sido liderados por médicos epidemiólogos. Se identifica una escasa participación de profesionales en psicología y otras áreas de la salud, lo que muestra bajo grado de trabajo interdisciplinario frente a esta temática. Además, casi la mitad de los estudios tomaron la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015). Se destaca el uso de estos datos para la investigación. No obstante, Gómez-Restrepo et al (2016), reportan que encuestas nacionales posteriores midieron menos trastornos asociados con el consumo de alcohol, lo que puede reducir la calidad y profundidad en los análisis. También se identificaron en los restantes estudios revisados esfuerzos aislados con muestras en su mayoría provenientes de Bogotá/Cundinamarca y Cali. Además algunos instrumentos carecen de adaptación psicométrica al contexto colombiano (Salcedo, Ramírez & Acosta, 2015).

Los resultados de los 16 estudios analizados se agrupan en dos categorías, bases psicobiológicas y psicosociales del consumo de alcohol. Respecto a las bases psicobiológicas, muestran que el sexo, la juventud como etapa del desarrollo, las funciones cerebrales ejecutivas, las comorbilidades genéticas como el FXS y el TAB, se asocian con el consumo en riesgo de alcohol. Ser hombre joven es un factor de riesgo de consumo (Salcedo, Ramírez & Acosta, 2015; de la Espriella Guerrero, 2016). Así como padecer de FXS y el TAB genera mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, el consumo de alcohol agrava otros síntomas de estas patologías como son la impulsividad, agresión o convulsiones.

En personas sanas, beber en exceso se asocia con una amplia gama de alteraciones cognitivas estables (Sanhueza, García-Moreno & Expósito, 2011). Lo anterior muestra que el alcohol es una

sustancia tóxica para los tejidos nerviosos centrales y periféricos y trae como consecuencia lesiones anatómicas que afectan las estructuras funcionales del cerebro, cambios morfológicos en el sistema nervioso que finalmente se evidencian en deterioro cognitivo de la función y conducta ejecutiva en personas jóvenes consumidoras de alcohol (Salcedo, Ramírez y Acosta, 2015).

En las bases psicosociales, se evidencia que el consumo de alcohol suele darse en Colombia como parte de rituales o celebraciones festivas (Musitu, 2014; Bourdieu et al, 2012) en contextos esencialmente familiares, debido a la aceptación cultural y la relación del consumo como sinónimo de diversión, minimizando la percepción de riesgo desde edades tempranas, sobre todo en jóvenes universitarios (Londoño y Carrasco, 2019; Molano-Tobar & Molano-Tobar, 2016). La disponibilidad de sitios de venta, el fácil acceso y la búsqueda de sensaciones derivadas de la embriaguez fueron determinantes del alto consumo de alcohol.

Las comorbilidades incrementan el consumo de alcohol y este a su vez agrava los síntomas, por tanto, se propone que la prevención primaria debe estar enfocada en la familia, debido a que es una comunidad que predispone biológica y/o socialmente frente al consumo de alcohol o es un factor de protección; se recomienda el uso del AUDIT para la detección del riesgo de consumo y luego intervenir a partir de un modelo interdisciplinario comportamental en prevención en salud comunitaria, centrado en el desarrollo de habilidades para minimizar los riesgos psicobiológicos y psicosociales que pueden predisponer al uso excesivo de alcohol. Este modelo propone que no es tanto la lucha con una patología como estrategia de prevención, sino el entrenamiento de competencias fundamentado en que la conducta aprendida se presenta a través de la interacción del organismo con el ambiente.

Referencias

Aguirre-Guiza, N., Aldana-Pinzón, O., & Bonilla-Ibáñez. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública, 19*(1), 21– 30. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42250687002

Arias, F., Calderon, G., Cano, V., & Castaño, G. (2012). Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos universidades colombianas. *Revista El Ágora USB, 12*(1), 125–141. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-80312012000100008&script=sci_abstract&tlng=es

Armendáriz, N., Alonso, J., Alonso, M., López, N., Rodríguez, M., & Méndez, M. (2014). La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente. Perspectiva de enfermería. *Aquichan, 15*(2), 219–227. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000200006&script=sci_abstract&tlng=es

Betancourth-Zambrano, S., Tácan-Bastidas, L., & Cordoba-Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Revista Universidad y Salud, 19*(1), 37–50. http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.67

Bourdieu, P., Miller, B., Vanya, M., & Duke M. (2012) Defining alcohol-specific rules among parents of older adolescents: moving beyond zero tolerance. *Journal of Family Communication, 12*(2), 111–128. https://doi.org/10.1080/15267431.2011.561140

Buscemi, L. & Turchi, D. (2012). Una visión general de la susceptibilidad genética al alcoholismo. *Medicine Science and the Law, 51*(1), 2–6. https://doi.org/10.1258/msl.2010.010054

Cabarcas, K. L., Londoño, C., Pulido, D. C., & Vélez-Botero, H. (2017). Validación del programa de intervención para el consumo abusivo de alcohol: pactos por la vida. *Diversitas, 13*(1), 55 –68. http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n1/1794-9998-dpp-13-01-00055.pdf

Castillo, A., Rincón, M. C., Serna, V., & Bersha, S. (2020). Consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 49*(1), 44–52. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.03.003

De la Espriella Guerrero, R. A., Rodríguez, V., Rincón, C. J., Cabrera, D., Pérez, S. J., & Gómez-Restrepo, C. (2016). Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(S1), 76–88. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002

Dinero. (2020, 4 de julio). Cuarentena aumentaría el consumo ilegal de bebidas alcohólicas. *Dinero.* https://www.dinero.com/empresas/confidencias-on-line/articulo/aumento-en-el-consumo-ilegal-de-alcohol-en-cuarentena/291479

Fadragas, L. (2012). Intervención sobre ITS/VIH/sida en adolescentes pertenecientes a dos consultorios del policlínico "Plaza". *Revista Cubana de Medicina General Integral, 28*(3), 260–269. http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n3/mgi05312.pdf

Galván, J. L. (2009). Pruebas de tamizaje. *Red de Comunicación e Integración Biomédica*. http://www3.uacj.mx/ICB/RedCIB/MaterialesDidacticos/Monografas/Pruebas%20de%20Tamiz.pdf

Gómez-Restrepo, C., Rincón, C.J., & Urrego-Mendoza, Z. (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(S1), 119–126. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005

Gómez-Restrepo, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H., & Bautista, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(S1), 58–67. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009

Haddadi, S., Murthi, M., Salloum, I., & Mirsaeidi, M.S. (2020). COVID-19: risk of alcohol abuse and psychiatric disorders. *Respiratory*

Medicine Case Reports, 31, artículo 101222. https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2020.101222

Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreno, C.C, Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbachf, J, Vries, E., Rengifo, E., Rodríguez, A., & Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(S1), 147–153. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001

He, J., Assanangkornchai, S., Cai, L., & McNeil, E. (2016). Disparities in Drinking Patterns and Risks among Ethnic Majority and Minority Groups in China: the Foles of Accilturation, Religion, Family and Friends. *Drug and Alcohol Dependence, 159,* 198–206. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615018438

Kim, J.U., Majid, A., Judge, R., Crook, P., Nathwani, R., Selvapatt, N., Lovendoski, J., Manousou, P., Thursz, M., Dhar, A., Lewis, H., Vergis, N., & Lemoine, M. (2020). Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *Lancet Gastroenterology Hepatology, 5*(10), 886–887. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X

Londoño, C. & Carrasco, S. F. (2019). Creencias sobre el consumo de alcohol en jóvenes colombianos y chilenos. *Acta Colombiana de Psicología, 22*(2), 178– 185. http://www.doi.org/10.14718/ACP.2019.22.2.9

Londoño, C. & Valencia-Lara, C. (2015). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología, 11*(1), 155–162. https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/326/331

Marino, E. & Fromme, K. (2015). Alcohol-Induced Blackouts and Maternal Family History of Problematic Alcohol Use. *Addictive Behaviors, 45,* 201–206.https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.043

Marshall, J. (2014). Adolescent alcohol use: risk and consequences. *Alcohol and Alcoholism, 49*(2), 160–164. https://academic.oup.com/alcalc/article/49/2/160/205895

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 8 de junio). *Diez puntos porcentuales disminuyó consumo de alcohol en Colombia [Boletín de prensa].* https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Diez-puntos-porcentuales-disminuyo-consumo-de-alcohol-en-Colombia.aspx

Molano-Tobar, N., & Molano-Tobar, D. (2016). Concepción frente al consumo de alcohol en jóvenes de la Universidad del Cauca. *Revista Universidad y Salud, 18*(3), 532–540. http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n3/v18n3a13.pdf

Musitu, G. (2014). ¿Por qué los adolescentes tienen una baja percepción de riesgos respecto del consumo del alcohol? La visión de los expertos*. Revista del Centro Reina Sofia sobre Adolescencia y Juventud*, (1), 55–73.

Obradors-Risa, N., Arisa, C., & Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano*. Gaceta Sanitaria, 28*(5), 381–385. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000983

Orcasita, L. T., Lara, V., Suárez, A., & Palma, D. M. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe, 35*(1), 33–48. http://dx.doi.org/10.14482/psdc.35.1.11152

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Informe mundial sobre las drogas 2018*. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.* https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

Organización Panamericana de la Salud. (2020). El alcohol y la COVID-19: Lo que debe saber. https://www.paho.org/es/documentos/infografia-alcohol-covid-19-lo-que-debe-saber

Palacios, J. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de búsqueda de sensaciones para adolescentes en México (IBS-Mx). *International journal of Psychological Research, 8*(1), 46–60. http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v8n1/v8n1a05.pdf

Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Camargo, A., & Forero, D. A. (2017). Substance Use and Suicide Risk in a Sample of Young Colombian Adults: An Exploration of Psychosocial Factors. *The American Journal on Addictions, 26*(4), 388–394. https://doi.org/10.1111/ajad.12552

Pilatti, A., Caneto, F., Garimaldi, J., & Valle, B. (2013). Contribution of Time of Drinking Onset and Family History of Alcohol Problems in Alcohol and drug use behaviors in Argentinean College students. *Alcohol and Alcoholism, 49*(2), 128–137. https://doi.org/10.1093/alcalc/agt176

Powers, G., Berger, L., Fuhrmann, D., & Fendrich, M. (2017). Family History Density of Substance Use Problems Among Undegraduate College Students: Associations with Heavy Alcohol Use and Alcohol Use Disorder. *Addictive Behaviors, 71*, 1–6. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460317300783

Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(S1), 31–38. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual.* Martínez Roca.

Rodríguez-Amaya, R. M., & Galeano-Hernández, M. J. (2017). Consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción en Santander, Colombia. *Archivos de Medicina, 17*(1), 111–120. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273851831012

Rodríguez-Torres, E., Camargo-Restrepo. C., Cardona-Blandón, A. M., Lozano-Sandoval, N. X., López-Medina, D. I., & Rosas-Villamizar, N. I. (2016). Consumo de alcohol y otras sustancias, un problema en estudiantes universitarios de salud. *Revista Ciencia y Cuidado, 13*(1), 59–71. https://doi.org/10.22463/17949831.735

Salcedo, D. D., Ramírez, Y. J., & Barreto, M. R. (2015). Función y conducta ejecutiva en universitarios consumidores de alcohol. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 44*(1), 3–12. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.004

Salcedo-Arellano, M. J., Lozano, R., Tassone, F., Hagerman, R. .J., & Saldarriaga, W. (2016). Alcohol Use Dependence in Fragile X Syndrome. *Intractable & Rare Diseases Research, 5*(3), 207–213. https://doi.org/10.5582/irdr.2016.01046

Sanhueza, C., García-Moreno, L. M., & Expósito, J. (2011). Weekend Alcoholism in Youth and Neurocognitive Aging. *Psicothema, 20*(2), 271–80. http://www.psicothema.com/PDF/3872.pdf

Tamayo, N., Rincón, C., Santacruz., C., Bautista, N., Collazos, J., & Gómez–Restrepo, C. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(S1), 113–118. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004

CONSUMO

Consumo abusivo de bebidas alcohólicas según el sexo y el grupo de edad del adolescente escolarizado[1]

Ramón Eugenio Paniagua Suárez
Mg. en Salud Pública
Profesor Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública ramon.paniagua@udea.edu.co

Carlos Mauricio González Posada
Candidato a doctor en Ciencias Sociales
Profesor Universidad de Antioquia, Instituto Universitario de Educación Física mauricio.gonzalez@udea.edu.co

1 Artículo derivado de una investigación del Grupo de investigación Aplicaciones Estadísticas y Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Resumen

Objetivo: determinar la distribución del uso abusivo de licor a lo largo de una década de estudios, según el sexo y el grupo de edad al que pertenece el estudiante. Métodos: se hace una estratificación con la pregunta *¿puede parar fácilmente de beber después de tomar dos tragos de licor*? La muestra inicial se reduce a los que efectivamente han consumido alguna sustancia una vez en la vida; se calculan, la prevalencia y las razones de prevalencia para hombres y mujeres y para los grupos de edad. Resultados: el consumo abusivo de bebidas alcohólicas es más probable en las mujeres que en los hombres en dos municipios del oriente antioqueño, aunque no hay diferencia estadística; en Medellín, el consumo abusivo es más probable en los hombres; en la zona nororiental es estadísticamente diferente. Conclusión: el consumo abusivo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública en la población adolescente.

Palabras claves: adolescente, bebida alcohólica, sexo, edad.

Introducción

Las bebidas alcohólicas son la primera sustancia psicoactiva consumida por los adolescentes escolarizados en los estudios que ha adelantado la línea de investigación, mediciones en salud pública del grupo de investigación, aplicaciones estadísticas y salud pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En promedio, dos de cada cinco estudiantes inician su consumo con una bebida alcohólica a la edad de 12 años, aproximadamente. El consumo de bebidas alcohólicas en Colombia es ilegal para una persona con una edad menor a 18 años.

Madrid (2002) dice que la utilización de las bebidas alcohólicas viene de muy antiguo. Las civilizaciones chinas, egipcias y la cultura mesopotámica ya usaban el vino, aunque con un carácter ritual. Las bebidas alcohólicas han estado presentes en todas

las culturas y civilizaciones del mundo. La escalada de consumo en la mayoría de países ha sido notable. El consumo de alcohol es un hábito, forma parte de los llamados estilos de vida y está culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Por tanto, no es solo un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos.

A pesar de generar problemas a nivel de salud social e individual, el consumo de sustancias psicoactivas va en continuo crecimiento, según indica la Alcaldía de Medellín (2001), influyendo en la estabilidad emocional de los adolescentes del mundo, de nuestro país y en especial de nuestra región.

Según las investigaciones realizadas en Colombia, es mayor el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, cigarrillo y marihuana en las personas de sexo masculino. El consumo y abuso de sustancias psicoactivas afecta a grupos poblacionales en los cuales se incluyen los adolescentes, quienes inician el consumo entre las edades de 10 y 14 años aproximadamente. Dentro de las sustancias ilegales que más se consumen en Colombia, según la Fundación FES (2005), se encuentra la marihuana con una prevalencia durante la vida del 10,6 % y la cocaína con el 7,2 %; dentro de las sustancias legales consumidas de mayor prevalencia en la vida, se encuentran el cigarrillo con un 36,7 % y el alcohol con un 56,5 % respectivamente. En Medellín, el 25,6 % de los consumidores está entre los 15 y 19 años de edad.

El consumo nocivo de alcohol, según el Ministerio de protección social (2013), es un concepto que engloba el consumo excesivo o inmoderado de alcohol entre la población adulta, la dependencia alcohólica (o alcoholismo), el consumo indebido de bebidas alcohólicas en los menores de edad y otros grupos especialmente vulnerables (mujeres embarazadas o lactantes, personas enfermas o con trastornos mentales), el consumo en contextos inapropiados, y diversos patrones de consumo riesgoso o perjudicial que comprometen no solo la seguridad

de los tomadores, sino también de otras personas. El continente americano y la región latinoamericana en particular se destacan a nivel mundial entre las áreas mayormente afectadas por el consumo nocivo de alcohol. Colombia no es una excepción.

La relación de la familia del adolescente con el consumo de bebidas alcohólicas de este se reporta en dos estudios realizados, uno en Lima y otro en Estados Unidos en la siguiente forma. Según Terrones & Villanueva (2016) existe relación estadísticamente significativa entre valores bajos de dinámica familiar con valores altos de consumo de bebidas alcohólicas. Según Potter & Soren (2016), la comunicación entre padres e hijos ha sido examinada en la literatura por su influencia en el consumo de alcohol en los adolescentes y el problema con la bebida, y se ha demostrado que es protectora. Sin embargo, el contexto de la relación padre-hijo y las actitudes de los padres con respecto al alcohol tienen un impacto en la medida en que la comunicación entre padres e hijos es protectora. A pesar de la buena evidencia de que la comunicación es protectora, no está claro qué contenido y contexto de la comunicación es más efectivo para disminuir el problema de la bebida. Se han realizado pocos estudios nacionales en los EE. UU, sobre el problema del consumo de alcohol en adolescentes.

Para Ángela María Quintero (1997), en situación conflictiva todos los miembros de la familia están expuestos y son vulnerables a los factores de riesgo, pero algunos de los subsistemas o integrantes pueden afectarse más que otros; también, dependiendo de diversos factores, como el sexo, el rango de edad, los recursos personales y sociales, las fuentes de apoyo, entre muchos otros. Al respecto, la etapa de la adolescencia ha sido estudiada y descrita como un período de grandes cambios y una etapa conflictiva, lo que hace que presente mayor vulnerabilidad o riesgo, pues en la adolescencia se interiorizan normas, costumbres y usos en la interrelación humana, a través de la socialización en los ámbitos familiar, social, escolar y comunitaria.

Las instituciones educativas en las cuales se encuentran los adolescentes juegan un papel importante en el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los estudiantes, según lo reporta March Cerdá et al. (2010) en su investigación, realizada en España, la que afirma que el consumo de alcohol entre adolescentes es un problema social y de salud pública en el ámbito español. Los centros educativos son un espacio idóneo de intervención contra el consumo de alcohol entre los adolescentes, lo que requiere formación y disponibilidad del profesorado, así como coordinación con otros actores.

En este estudio, el consumo abusivo de bebidas alcohólicas se identifica porque el adolescente acepta que no puede parar de beber después de dos o más tragos de licor. La distribución de esta variable se mide en las poblaciones donde se han realizado los estudios a lo largo de una década y se expresan según el sexo y el grupo de edad al que pertenece el estudiante.

Desarrollo

La población estuvo constituida por la totalidad de adolescentes que estaban matriculados y cursaban, al momento de la aplicación del cuestionario, cualquier grado de secundaria en los planteles educativos privados o públicos que operaban en los municipios y en las dos zonas del municipio de Medellín.

Se realizaron siete estudios descriptivos de corte transversal para hacer las mediciones en salud mental en los adolescentes escolarizados. Posteriormente, se realizaron análisis secundarios desde esas fuentes primarias recogidas en los siete macroproyectos identificados así: en el 2006, en la Zona Nororiental de Medellín; en el 2010, en los municipios de Ebéjico, Copacabana; en el 2010 en la Zona Noroccidental de Medellín; en el 2015, en Marinilla y en el 2017, el Carmen de Viboral. Cada estudio contó con el aval del Comité Técnico de Investigaciones y el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

En cada población, se diseñó una muestra aleatoria con una confianza del 95 % para estimar la proporción de adolescentes que consumieron sustancias psicoactivas. Se distribuyó el tamaño de la muestra diseñada para cada municipio o zona en forma proporcional para el número de estudiantes en cada colegio. La unidad de observación la conformaron cada uno de los adolescentes que se encontraban matriculados y estudiando en algún curso entre sexto y undécimo grado en cualquiera de las instituciones públicas y privadas tanto del área rural como urbana de los municipios de Copacabana en el año 2010, Ebéjico en el año 2010, Marinilla en el año 2015, Carmen de Viboral en el año 2017 y Medellín (Zonas Nororiental en el año 2006 y Noroccidental en el año 2010).

Para la recolección de la información se tomó el consentimiento a los padres y las directivas docentes y el asentimiento a los estudiantes y fue aplicado un cuestionario que debía ser autodiligenciado por los adolescentes bajo la supervisión de los encuestadores, quienes eran psicólogos o trabajadores sociales capacitados antes de la recolección de los datos. Se implementaron el instrumento para medir el consumo de sustancias psicoactivas CIDI II (Organización Mundial de la Salud, 1997) y el paquete estadístico SPSS (Landero & González, 2006) para analizar la información.

Una vez analizada la muestra aleatoria recogida en cada municipio, se hizo una revisión de la pregunta “puede parar fácilmente de beber después de tomar dos tragos de licor”, eliminando los datos faltantes y la no respuesta de ese archivo. La muestra inicial se redujo a los que efectivamente habían consumido alguna sustancia psicoactiva una vez en la vida. Ese fue el valor n con el cual se calcularon la prevalencia, la edad media de inicio, la desviación estándar (d.e.) y la razón de prevalencia (OR) para hombres y mujeres y para los estudiantes de 11 a 14 años de edad y los de 15 a 19 años de edad (Colimón, 2010).

En la Tabla 1 puede observarse que la edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas, incluyendo la desviación

estándar, se ubica en la adolescencia temprana de los estudiantes, la edad en que cursan los primeros años de la educación secundaria. La prevalencia de no poder parar de beber después de tomarse dos o tres tragos de licor, llega hasta una proporción que representa a uno de cada seis estudiantes con este problema entre los que han consumido alguna sustancia psicoactiva en su vida. Tal forma de consumir bebidas alcohólicas es lo que se llama el consumo abusivo, pues no puede suspenderse dada la adherencia que demuestran hacia él estos estudiantes.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas es más probable en las mujeres que en los hombres en dos municipios del Oriente antioqueño, en los cuales se tiene un nivel de vida parecido al de la ciudad de Medellín. Aunque no hay diferencia estadística en la prevalencia de hombres y mujeres, llama la atención que en sociedades tan cerradas como las de esos dos municipios, el consumo de bebidas alcohólicas por parte de las mujeres sea mayor. En Medellín, el consumo abusivo es más probable en los hombres que en mujeres y en la zona nororiental de Medellín es estadísticamente, diferente (Tabla 1).

La razón de prevalencia del consumo abusivo de bebidas alcohólicas según el grupo de edad, indica que es más probable en el grupo de 11 a 14 años en los municipios, Copacabana y Marinilla. En los demás, es más probable en el grupo de 15 a 19 años que es la adolescencia tardía, siendo estadísticamente diferente en el Carmen de Viboral (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de consumo abusivo de bebidas alcohólicas y razón de prevalencia de consumo por parte de los adolescentes escolarizados en una década de estudios

	Consumo abusivo	OR, Hombres a Mujeres		OR, de 11 a 14 años y 15 a 19 años	
	%	OR	IC95%	OR	IC95%
Nororiental de Medellín, n=462	16,0	1,824	**1,093-3,044***	0,88	0,536-1,455
Noroccidental de Medellín, n=385	9,6	1,320	0,669-2,605	0,67	0,331-1,361
Copacabana n=224	5,2	1,071	0,472-2,434	1,26	0,558-2,681
Ebéjico n=333	16,5	1,389	0,767-2,517	0,72	0,397-1,305
Marinilla n=358	12,8	0,897	0,481-1,675	1,33	0,707-2,500
Carmen de Viboral n=360	16,4	0,718	0,408-1,266	0,48	**0,269-0,847***

* Hay diferencia en las prevalencias.

Conclusiones

El estudio muestra que en los dos municipios del Oriente, alejados del gran centro urbano que es Medellín, las mujeres consumen más abusivamente licor que los hombres, aunque no hay diferencia estadística en las prevalencias. De estos dos municipios, el más conservador es el Carmen de Viboral y pareciera que los jóvenes de 11 a 14 años de edad se emanciparan en ese grupo de edad porque consumen abusivamente más licor que los de 15 a 19 años con una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico; la diferencia es estadísticamente significativa entre las dos prevalencias.

Los hombres en la zona nororiental de Medellín parece que tienen más oportunidades de consumir, porque consumen más

abusivamente licor que las mujeres, con diferencia estadística entre las prevalencias de consumo. Esta zona ha sido estigmatizada porque en la década de los ochenta surge en ella el fenómeno del sicariato y en dos de esas cuatro comunas se concentra el 95% de la mayor población con necesidades básicas insatisfechas.

Un estudio realizado por Maggs & Staff (2018) muestra que la actitud de los padres frente al consumo abusivo de bebidas alcohólicas debe ser tomada en cuenta. Reporta que los padres no abstenidos, con ventajas socioeconómicas, evidencian una actitud más permisiva con respecto a la bebida temprana de sus hijos, que es un factor de riesgo para la iniciación temprana, el uso más intenso y otras conductas problemáticas. Otro estudio, llevado a cabo por Barragán et al. (2016) manifiesta que, así mismo, la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes cuyos padres se muestran permisivos son significativamente mayores respecto al grupo de alumnos con padres que no se los permiten. Se puede destacar el inicio prematuro del consumo de sustancias en la etapa adolescente y la importancia de las relaciones familiares en la prevención del consumo. Un tercer estudio de la autoría de Telumbre et al. (2017) indica que sus hallazgos manifiestan que la familia juega un papel primordial en la adquisición de conductas saludables y no saludables de los adolescentes, por lo cual se requiere que el profesional de salud mental diseñe e implemente intervenciones que incluyan a la familia y a los adolescentes en el fomento de estilos de vida saludable.

Considerando el hecho de que las mujeres consumen abusivamente más licor que los hombres en dos de las poblaciones, un estudio realizado en España por Romo et al. (2015) menciona unos resultados similares, porque ponen de manifiesto tanto aspectos diferenciados como compartidos entre chicos y chicas con relación a los procesos de inicio al consumo de alcohol, experiencias de consumo intensivo y control de riesgo. Especialmente, con relación a los procesos de ruptura dentro del sistema de género provocados por las prácticas de consumo intensivo de alcohol en el espacio público por parte de chicas.

Una limitante de este estudio consiste en que el uso abusivo de licor no se explora suficientemente con una batería de preguntas, sino que se hace con base en una pregunta del cuestionario.

Recomendaciones

La significación teórica de los resultados es que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública dentro de la población adolescente escolarizada que afecta a uno de cada 10 estudiantes y que tiene graves consecuencias para la salud física y mental y para el sistema de relaciones del adolescente. En el nivel práctico, se requiere una mayor atención de los padres y los docentes para la población de estudiantes entre los 11 y los 14 años edad que consume licor más abusivamente que los estudiantes de 15 a 19 años en cuatro de las seis poblaciones, siendo significativa la diferencia estadística en la prevalencia de ambos grupos en el Carmen de Viboral.

El consumo de bebidas alcohólicas en Colombia es ilegal para personas menores de 18 años; las intervenciones deben remarcar esta situación y no centrase solamente en los efectos del consumo que se sabe que son muy perjudiciales; hay que hacer énfasis en la necesidad del respeto a la norma y no tolerar el consumo en menores de 18 años.

Referencias

Barragán, A., Martos, A., Simón, M., Pérez, M., Molero, M., Mázquez, J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology, 4(1), 49–61. https://doi.org/10.30552/ejpad.v4i1.34

Colimon, K. (2010). Fundamentos de epidemiología (3a ed.). Corporación para las investigaciones biológicas.

Fundación Universitaria Luis Amigó de Medellín & Alcaldía de Medellín. (2001). Reflexionar e Intervenir: una propuesta de trabajo para la prevención de la fármaco-dependencia: la sexualidad insegura y la agresión en los y las jóvenes: elementos conceptuales. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Landero, R., González, M. (2006). Estadística con SPSS y Metodología de la investigación. Trillas.

Madrid, J. (2002, 5-6 de abril). Alcohol, adolescentes y jóvenes [Taller]. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid, Cáceres, España.

Maggs, J., Staff, J. (2018). Parents who allow early adolescents to drink. Journal of Adolescent Health, 62(2), 245–247.

March Cerdá, J., Prieto Rodríguez, M., Danet, A., Escudero Carretero, M., López Doblas, M., & Luque Martín, N.. (2010). El consumo de alcohol en los adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes. Trastornos Adictivos, 12(2), 65–71.

Ministerio de la Protección Social & Fundación FES. (2005). Estudio nacional de salud mental 2003 [CD-ROM]. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES.

Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia. (2013). Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1995). La salud de los adolescentes: un reto una esperanza. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/37632

Organización Mundial de la Salud. (1997). Entrevista diagnóstica internacional compuesta-CIDI. Organización Mundial de la Salud. https://bit.ly/3xlUtJ1

Pardo, A., & Ruiz, M. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. McGraw–Hill.

Potter J, & Soren K. (2016). Combating adolescent problem drinking: are certain elements of parent-child communication about alcohol associated with less adolescent problem drinking? Journal of Adolescent Health, 58(2). 84–85.

Quintero, A. M. (1997). Trabajo social y procesos familiares. Editorial Lumen.

Romo, N., Marcos, J., Gil, E., Marquina, A., & Tarragona, A. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. Revista Española de Drogodependencias, 40(1), 13–28.

Telumbre Terrero, J. J., López Cisneros, M. A., Sánchez Becerra, A., Araujo Ligonio, F. M., & Torres Castañón, M. E. (2017). Relación de la historia familiar de consumo de alcohol y consumo de alcohol de los adolescentes. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA), 5(1), 15–26.

Terrones, I., & Villanueva, J. (2016). Relación entre la dinámica familiar y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de nivel secundaria [Tesis inédita de pregrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://bit.ly/3dJbZyX

Telumbre Terrero, J. J., López Cisneros, M. A, Sánchez Becerra, A., Araujo Ligonio, F. M., & Torres Castañón, M. E. (2017). Relación de la historia familiar de consumo de alcohol y consumo de alcohol de los adolescentes. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA), 5(1) 15–26.

CONSUMO

PERSPECTIVA

DE REDUCCIÓN
DEL DAÑO

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES PARA LA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

CONSUMO

Políticas públicas y postura de los organismos supranacionales en torno al tema de reducción de daños asociados al consumo de drogas

Guillermo A. Castaño Pérez
MD, MGs, PhD
Grupo de Investigación
en Salud Mental
Universidad CES
gacastano@ces.edu.co

Resumen

La reducción de daños se refiere a "políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente el consumo de drogas" (HRI, 2009). La historia de la reducción de daños en las políticas públicas se remonta al año 1980 del siglo pasado en Inglaterra, asociada al control del VIH/SIDA en comunidades de inyectores de drogas, siendo el continente europeo el primero en desarrollar este tipo de estrategias que luego se extendió a todo su territorio y luego a Canadá, Australia y al resto de otros países del mundo. Para el año 2020 se incluyen de manera explícita en las políticas públicas sobre drogas la reducción de daños en 20 países de Europa Occidental; 26 de Eurasia; 10 de Asia; 7 de Oriente Medio y Norte de África; 11 de África subsahariana; 2 de Oceanía; 2 de Norteamérica; 3 del Caribe y 6 de Latinoamérica incluido México, para un total de 107 países en el mundo. Entre las estrategias incluidas en las políticas, se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas, la sustitución de opiáceos, la prevención de la sobredosis con naloxona y las salas de consumo de drogas, estas últimas sobre todo en Europa, Canadá y Australia. Este artículo sintetiza los desarrollos que han tenido las políticas públicas en esta materia y el papel que han jugado los organismos supranacionales de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

Palabras claves: políticas públicas, reducción de daños, drogas, organismos supranacionales.

Introducción

Durante los últimos 50 años, la mayoría de los gobiernos nacionales ha seguido fielmente el modelo de política de drogas promovido por las convenciones sobre fiscalización de estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias

Sicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (IDPC, 2012). Desde estas perspectivas, las políticas públicas se han centrado en la aplicación de la ley para interrumpir la oferta y en severos castigos para desalentar la demanda, como estrategias clave para contener y, en última instancia, erradicar el mercado ilícito de las drogas.

Sin embargo, los responsables de tales políticas con el tiempo se han visto obligados a replantear sus estrategias por el aumento de los problemas sanitarios y sociales entre las personas que consumen drogas, lo que ha obligado a una revisión de los efectos de la criminalización y marginación de sus usuarios (Schiffer & Schatz, 2008). Esto debido a que encontraron que algunos de los daños relacionados con el consumo de drogas podían ser abordados con eficacia mediante políticas cuyo principal objetivo no es reducir la prevalencia del consumo ni las dimensiones de los mercados de drogas (HRI, 2011) y porque la ONU ha expresado su preocupación por las violaciones a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, ejecutadas en el intento de cumplir con los objetivos de la fiscalización de drogas (UN, 2010).

Estos nuevos enfoques asumidos por muchos Estados en el mundo e incluidos en sus políticas públicas para abordar la reducción de la demanda de drogas, se han agrupado bajo el concepto de *reducción de daños.*

Según la HRI, la reducción de daños se refiere a "políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente el consumo de drogas" (HRI, 2009, p. 43). Este artículo se propone sintetizar los desarrollos que han tenido las políticas públicas en esta materia y el papel que han jugado los organismos supranacionales de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

Método

Se realizó una revisión de la literatura en la base de datos PubMed, ScienceDirect, RedalyC, Scielo, EBSCO, OVID y Google Scholar de los últimos 20 años, mediante una búsqueda sistemática de la literatura usando las palabras siguientes palabras en idioma inglés y español, además de operadores booleanos: "harm reduction or risk minimization drugs and policies"; "*harm reduction drugs and policies"; "risk minimization drugs and policies¨ "HIV / AIDS and harm reduction policies"; "WHO and harm reduction"; "PAHO and harm reduction"; "UNAIDS and harm reduction"; "International Coalition and Harm Reduction" ; "UNODC and harm reduction" ; "Global Fund and harm reduction*".

Se encontraron 1280 documentos entre artículos, textos e información en páginas web oficiales, los cuales se revisaron en su totalidad, descartando 400 por ser duplicados y 226 porque no daban cuenta de manera directa del tema y no se referían a políticas públicas sobre reducción de daños asociados al consumo de drogas, sino a estrategias de intervención. Al final se seleccionaron 145 documentos entre artículos, textos e información en páginas web de organismos internacionales y sitios oficiales de los países.

El flujograma de la selección de los artículos se presenta en la Figura 1. Los artículos seleccionados fueron revisados de manera independiente por los autores, utilizando los criterios de selección descritos. Los autores extrajeron los datos de interés necesarios, los cuales fueron registrados en una tabla a través de Google Docs.

Una vez integradas todas las fuentes, se determinó organizar la evidencia encontrada en los siguientes apartados temáticos: a). la reducción de daños asociados al consumo de drogas y las políticas públicas; b. la reducción de daños como parte de las políticas públicas sociosanitarias en Europa; c. la reducción de daños en Asia; d. Oriente próximo y África y las políticas públicas en reducción de daños; e. políticas públicas de reducción de

daños en Australia y Oceanía; f. la reducción de daños en Canadá, EE..UU y México; g. El Caribe y la reducción de daños; h. políticas públicas de reducción en daño en Centro y Latinoamérica.

Figura 1. Diagrama de hallazgos y selección de documentos

Resultados

La reducción de daños asociados al consumo de drogas y las políticas publicas

La reducción de daños (RD) en el campo de las drogas como corriente principal de salud pública tiene una larga historia que se remonta de manera variable a la prescripción de heroína y morfina

a personas dependientes de opioides en el Reino Unido en la década de 1920 (Spear, 1994); la articulación de preocupaciones de salud pública sobre drogas legales, alcohol y tabaco y la introducción del mantenimiento con metadona en los Estados Unidos en la década de 1960 (Bellis, 1981; Erickson, 1999).

En la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó políticas de reducción de daños para "prevenir o reducir la gravedad de los problemas asociados con el uso no médico de medicamentos que producen dependencia", señalando que este objetivo es a la vez "más amplio, más específico así como más realista que la prevención del uso no médico *per se* en muchos países" (Ball, 2007; WHO, 1974).

Sin embargo, fue solo a partir de la década de 1980 del siglo pasado que la RD comenzó a tomarse en cuenta como una estrategia a adoptar en los sistemas de salud.

En Gran Bretaña, el problema de la infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y su transmisión a esposas e hijos recién nacidos fue el principal estímulo de las estrategias de reducción de daños. La introducción de esquemas de intercambio de jeringas, así como una política pública de reducción de daños, formaron parte de un servicio integral para los consumidores de drogas en el área de Merseyside cerca de Liverpool y esta ciudad se ganó la reputación de centro para la reducción de daños (Riley & O´Hare, 2000).

Más tarde, hacia 1984, Holanda implementó una política de RD. Luego varios países del continente europeo adoptaron estas prácticas. Inglaterra solo adoptó estas estrategias como política pública hasta 1985 (Fonseca, 2012).

Estas medidas originadas para resolver una epidemia de VIH y orientadas principalmente a consumidores de drogas por vía inyectada, se han venido extendiendo a otros grupos para reducir daños asociados al consumo de drogas. Parte de su enfoque ha incluido involucrar a la sociedad en general con

estrategias diseñadas para aumentar la comprensión y reducir la estigmatización o los prejuicios experimentados por los usuarios, pues esta estigmatización genera su exclusión social, lo cual, posiblemente, puede ser una fuente de daño mayor para ellos que el consumo real de drogas en sí (O´Hare et al., 1992). Desde entonces, las estrategias de reducción de daños asociados al consumo de drogas se han extendido por muchos países y se han vinculado a las políticas salud pública, asistencia social y seguridad (Borges & Dalla, 2018).

La reducción de daños como parte de las políticas públicas sociosanitarias en Europa

Después de lo sucedido en Merseyside (Inglaterra) en 1985, se introdujeron las pruebas de anticuerpos contra el VIH en varios países de Europa, lo que condujo al descubrimiento de altas tasas de infección en numerosas ciudades entre las personas que se inyectan drogas (Stimson, 1995).

Pronto se hizo evidente que algunas partes de Europa enfrentaban una emergencia de salud pública y, por tanto, la respuesta para reducir las tasas de prevalencias de VIH con estrategias de reducción de daño fue impulsada a nivel de la ciudad por las autoridades sanitarias locales y la sociedad civil (O´Hare, 2007a).

Posteriormente, en 1986 y luego de lo experimentado en Merseyside, partes del Reino Unido introdujeron los programas de intercambio de jeringuillas (NSP, por sus siglas en inglés) (O´Hare, 2007b). En 1987, también se habían adoptado programas similares en Dinamarca, Malta, España y Suecia (Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008). En 1990, los NSP operaban en 14 países europeos y estaban financiados en 12. Dicha estrategia se había extendido a 28 países para el cambio de siglo, financiada con fondos públicos (EMCDDA, 2009a).

Fue, sin embargo, solo hasta 1992 cuando se empieza a discutir el tema de reducción de daños en los debates de política internacional. En este año, el Informe Coona al Parlamento Europeo

había abogado por el uso de programas de intercambio de agujas y tratamiento con metadona (Coona, 1992). Esto fue evidencia de un enfoque pragmático cada vez mayor en Europa basado en los principios de reducción de daños, que refleja un cambio de opinión significativo entre 1985 y principios de la década de 1990, muy influenciado por la conciencia sobre el VIH/SIDA y sus vínculos con el consumo de drogas inyectables (Stimson, 1995). Sin embargo, el Parlamento Europeo en ese momento no adoptó estas recomendaciones.

Fue a mediados de la década del 1990 que la reducción de daños fue aprobada como parte de las políticas nacionales sobre drogas en muchos países europeos, aunque algunos tardaron más en seguir su ejemplo (incluidos Alemania, Grecia y Francia, que mantenían políticas basadas en la abstinencia) (Bergeron & Kopp, 2002; Michels, Stöve & Gerlach, 2007). Sin embargo, la UE tardó más de una década en acordar, por primera vez, una "estrategia sobre drogas" (EU, 1999) con un "plan de acción" para minimizar los riesgos de VIH asociado al consumo de drogas inyectables (EU, 2000).

Esta primera estrategia de drogas de la UE presentó seis objetivos recomendados, uno de los cuales era "reducir sustancialmente durante cinco años la incidencia de daños a la salud relacionados con las drogas (incluido el VIH y la hepatitis) y el número de muertes relacionadas con las drogas" (EU, 1999, p. 4). Aunque el documento no utilizó explícitamente el término reducción de daños, este objetivo representa un hito importante en la política europea de drogas.

El siguiente hito se produjo en 2003, cuando el Consejo de la Unión Europea adoptó una recomendación sobre la prevención y reducción de los daños relacionados con la salud asociados con la drogodependencia. En él se indicaba que los Estados miembros deberían establecer la reducción de los riesgos relacionados con las drogas como un objetivo de salud pública y se enumeraban algunas de las medidas clave de reducción de daños para "reducir

sustancialmente la incidencia de daños a la salud relacionados con las drogas" (EU, 2003, p. 23)

En 2004 se adoptó una nueva estrategia de drogas de la UE de ocho años (2005-2012), que apuntaba explícitamente a una reducción medible de "los riesgos sociales y de salud relacionados con las drogas" a través de un sistema integral "que incluye prevención, intervención temprana, tratamiento, medidas de reducción de daños, rehabilitación y reintegración social dentro de los Estados miembros de la UE" (EU, 2004, p. 10)

Durante este tiempo, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) se estableció como un instrumento central para el seguimiento de la evidencia relacionada con los patrones de uso y políticas de drogas en la UE. Fundado en 1993, y basándose en el trabajo del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, el OEDT generó las primeras descripciones generales de la actividad de reducción de daños en toda la UE a principios de siglo (EMCDDA, 2000).

A medida que la UE crecía, los Estados miembros más nuevos comenzaron a desarrollar sistemas nacionales de control de drogas para alimentar este proceso. Además, se ha argumentado que "hay pruebas claras de que la orientación sobre la forma de enfrentar el problema del consumo de drogas de la UE fue un modelo para las políticas nacionales para los nuevos Estados miembros" (EU, 2003; Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008). En 2009, hubo un apoyo explícito para la reducción de daños en los documentos de política nacional de los 27 Estados miembros de la UE, así como en Croacia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Noruega y Suiza (Cook, 2009). Esta convergencia hacia una "posición común" (Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008, p. 513) ha permitido a la UE ser un firme defensor de la reducción de daños en los foros internacionales (MacGregor & Whiting, 2010).

Para el año 2010 y consecuentemente con el objetivo de la Asamblea General de las Naciones Unidas de *acceso casi universal* a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH

para las poblaciones afectadas por el VIH, Europa había logrado un progreso considerable para lograr una mayor cobertura de los servicios de reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables (Cook, Bridge & Stimson, 2010). Cada Estado miembro de la UE para esta época tenía uno o más programas de intercambio de agujas y jeringas y todos los Estados miembros proporcionaban tratamiento de sustitución de opioides para las personas con dependencia a estas sustancias (EMCDDA, 2009b).

En la actualidad, el OEDT afirma que la prevención y reducción de los daños relacionados con las drogas es un objetivo de salud pública en todos los Estados miembros y en la estrategia y el plan de acción de la UE sobre drogas (EMCDDA, 2009b).

En relación con las estrategias, los Estados miembros de la UE emplean una combinación de algunas de las principales medidas de reducción de daños, que

> se informa que están disponibles en todos los países excepto Turquía, existiendo diferencias considerables en la gama y los niveles de prestación de servicios que van desde programas de intercambio de jeringuillas, sustitución de opiáceos y educación en salud en calle. (EMCDDA, 2009b, p. 53)

En Europa Occidental, solo Andorra, Mónaco, San Marino y Turquía no incluyen de manera explícita dentro de sus políticas públicas la reducción de daños, aunque en Turquía existe un programa de sustitución de opioides. Cabe destacar, además de los programas de intercambio de jeringuillas y sustitución de opiáceos, la estrategia de salas de consumo de drogas en Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Turquía y Reino Unido (HRI, 2020).

Sin embargo, la práctica y la política de reducción de daños varían en toda Europa (MacGregor & Whiting, 2010). En contraste, la experiencia en Europa del Este es de falta de liderazgo y compromiso político con la reducción de daños. En Armenia,

Rusia, Tayikistán y Turkmenistán, la falta de apoyo político para la reducción de daños ha significado que actividades críticas como el suministro de agujas y jeringas no se integraron en la respuesta nacional al VIH, mientras que la prohibición total de los programas de sustitución de opiáceos (OST por sus siglas en inglés) significó que no se pudo establecer un programa integral (Tkatchenko-Schmidt et al., 2008).

De otro lado, en Europa Central, Oriental y Asia Central, la historia de la reducción de daños comenzó hace también al menos 18 años, cuando se establecieron los primeros programas de tratamiento de sustitución con opiáceos en Yugoslavia a mediados de la década de 1980 (Sarang et al., 2007) y los primeros programas de intercambio de agujas y jeringas (NSP) se abrieron en Polonia, Eslovenia y la República Checa a finales de los años ochenta y principios de los noventa (EMCDDA, 2003).

Con respecto a los OST los primeros programas en la región se establecieron en Yugoslavia (1984-1989), Eslovenia (1990), República Checa (1992) y Polonia (1993) (Sarang et al., 2007). De los países de la ex Unión Soviética, los Estados bálticos fueron los primeros en aprovechar las ventajas del mantenimiento de opioides (Coffin, 2002). Desde mediados de la década de 1990, se establecieron programas de sustitución de opiáceos en los tres países bálticos: Lituania (1995), Letonia (1996) y Estonia (1997) (Sarang et al., 2007).

En cuanto a Rusia, aunque la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas instó a los Estados, incluyendo a Rusia, a implementar la reducción de la demanda de drogas incluyendo actividades de reducción de riesgos y a brindar "una amplia gama de servicios integrales de tratamiento, rehabilitación y reinserción social [de drogadictos]" (UNODC, 2006, p. 4), este país no ha adoptado medidas (Clark, 2016).

En Eurasia solo Azerbaiyán no incluye dentro de sus políticas públicas sobre drogas el tema de reducción de daños, el resto de los países lo hace (HRI, 2020).

La reducción de daños en Asia

El movimiento hacia la introducción de los programas de reducción de daño y más específicamente el intercambio de jeringuillas (NSP) en Asia, como se encuentra en muchas otras regiones del mundo, estuvo a menudo rodeado de controversias. Brunéi, Bután, Sri Lanka, Japón, Laos, Corea del sur, Filipinas y Singapur no permiten los programas de intercambio de jeringuillas (NSP), en los demás, sí existe este tipo de estrategia (HRI, 2020).

Macao, Hong Kong y Maldivia solo permiten programas de sustitución de opiáceos (OST). Los cambios y la aceleración más rápidos en la implementación de los NSP parecen estar ocurriendo en China. Los NSP de China funcionan alentando a los consumidores de drogas a comprar nuevos equipos de inyección en las farmacias y a obtener agujas gratuitas y/o cupones en los centros de intercambio de agujas (los cupones se pueden utilizar en las farmacias designadas para acceder a las agujas gratuitas). La mayoría de los programas son operados por el sector de la salud, organizaciones no gubernamentales (ONG) o usuarios de drogas entre pares. China ha venido trabajando para establecer 1400 NSP en las provincias meridional y occidental, donde se estima que hay 2 millones de consumidores de drogas.

Los NSP indonesios han estado operando en Yakarta y Bali desde 2000 y, desde 2003, también en Makassar y Bandung. Sin embargo, a pesar de la aprobación de los vicegobernadores de las provincias en sus funciones como jefes de las comisiones provinciales contra el sida, la distribución de agujas a los consumidores de drogas inyectables en una escala adecuada aún no ha sido sancionada por las autoridades nacionales (HRI, 2020).

En Asia solo 10 países hacen referencia de manera explícita en sus políticas públicas sobre drogas a la reducción de daño: Afganistán, Bután, Camboya, India, Macao, Malasia, Nepal, Taiwán, Tailandia y Vietnam, siendo muy limitadas las estrategias implementadas en estos países (HRI, 2020).

Oriente próximo, África y las políticas públicas en reducción de daños

Muchos países de Medio Oriente y África del Norte aún no mencionan explícitamente la reducción de daños en sus estrategias nacionales. El plan estratégico nacional de Argelia no se refiere a la reducción de daños, el cual tampoco figura en las estrategias nacionales de Bahréin, Omán y Kuwait. En Jordania y Arabia Saudita, se reconoce la necesidad de fortalecer la prevención del VIH para las poblaciones clave, pero no los programas de intercambio de jeringuillas. Sin embargo, Egipto, Irán, Marruecos, Siria y Túnez sí incluyen la reducción de daños en sus planes estratégicos nacionales (HRI, 2015).

En varios países de África oriental, en particular Mauricio, Kenia y Tanzania, las políticas de drogas se han caracterizado recientemente por un estado de adaptación, en el que múltiples partes interesadas, incluidos actores globales, internacionales y locales, han negociado el apoyo de reducción de daños como medida de prevención del VIH y la hepatitis C (Rhodes et al., 2016).

Los países Medio Oriente y África del Norte se encuentran en diferentes etapas de la introducción de los diferentes componentes del paquete de reducción de daños. La República Islámica de Irán es un país modelo en su respuesta al VIH entre los consumidores de drogas inyectables, con un plan rápidamente ampliado para poner a disposición agujas y jeringas, terapia de sustitución de opioides, pruebas y asesoramiento del VIH e infecciones de transmisión sexual (Abu-Raddad et al., 2010).

La región de África subsahariana está muy rezagada en la implementación y ampliación de las intervenciones de reducción de daños recomendadas por las Naciones Unidas; de manera similar, los esfuerzos están muy por debajo de las estimaciones requeridas para revertir la epidemia del VIH entre las personas que se inyectan drogas en la región (Kharsany & Karim, 2016). Según la publicación más reciente sobre el estado mundial de la reducción de daños, solo 11 países tienen políticas que abogan

específicamente por actividades de reducción de daños. El entorno político y legal en África subsahariana continúa siguiendo un enfoque predominantemente punitivo cuando se considera la reducción de daños y solo unos pocos países de la región incluyen una referencia explícita de apoyo a la reducción de daños en sus políticas y programas nacionales sobre el VIH o las drogas (OMS, 2015).

En África subsahariana, solo ocho países operan el programa de intercambio de agujas y jeringas (NSP); siete ofrecen alguna forma de terapia de sustitución de opioides (OST) y diez tienen apoyo explícito para la reducción de daños contenido en documentos de política nacional (Stone & Shirley-Beavan, 2018).

Entre los países islámicos, aunque el uso de drogas está expresamente prohibido en el islam, la cultura local afecta la interpretación de la ley islámica e influye en la respuesta al abuso de drogas, ya sea punitivo o terapéutico, sin embargo, los programas de reducción de daños han recibido una aceptación diversa dentro de esta región global.

En la actualidad, en Irán, aunque los líderes religiosos se refieren a principios en el Corán o los hadices para dar forma a gran parte de la política y la ley actuales, muchos temas de salud pública, incluidos asuntos delicados como el consumo de drogas, se consideran en primer lugar desde una perspectiva de salud. Este enfoque se aplica de manera similar a la prevención y la reducción de daños, porque dos componentes de los cuatro pilares ampliamente utilizados de la política de drogas (reducción de la oferta, prevención, tratamiento y reducción de daños) se han definido en gran medida como problemas de salud pública, incluyendo programas de intercambio de jeringuillas de alcance comunitario y terapia de sustitución con metadona y buprenorfina (MacPherson, 2007).

En Malasia, la acelerada epidemia del VIH, la presión constante de defensores de la salud pública y la evidencia de modelos exitosos de reducción de daños en países islámicos igualmente

conservadores como Irán e Indonesia, han permitido el inicio de programas piloto de intercambio de agujas y metadona desde el 2003 (amfAR, 2005).

En Afganistán, debido al aumento de las prevalencias de VIH en la población y más concretamente en consumidores de drogas, la legislación ha incluido políticas de reducción de daño como una modalidad para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sanguínea entre consumidores de drogas inyectables en la Estrategia nacional de fiscalización de drogas (MacDonald, 2007).

Políticas públicas de reducción de daños en Australia y Oceanía

Australia tiene un enfoque bien establecido de tres pilares para la minimización de los daños causados por las drogas en el que se han basado las sucesivas Estrategias Nacionales sobre Drogas: oferta, demanda y reducción de daños (DoHA, 2011).

Desde su primera versión en 1985, la Estrategia Nacional sobre Drogas de Australia se ha basado en el objetivo de minimizar los daños asociados con el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y fármacos susceptibles de causar dependencia. En toda la Estrategia, el término "otras drogas" se utiliza para hacer referencia a las drogas ilícitas y las drogas farmacéuticas (Department of Health, 2017).

Este enfoque de política de minimización de daños reconoce que el consumo de drogas conlleva riesgos sustanciales y que los consumidores de drogas necesitan una variedad de apoyos para reducir progresivamente los daños relacionados con las drogas para ellos mismos y la comunidad en general, incluidas las familias, dejando claro que este enfoque de política no aprueba el uso de drogas (Department of Health, 2017).

Australia y Nueva Zelanda, son los dos países de Oceanía que más desarrollos han tenido en sus políticas públicas y la reducción de daños asociados al consumo de drogas. Los programas de agujas

y jeringas (NSP) y la terapia de sustitución de opioides (OST) están disponibles tanto en Australia como en Nueva Zelanda, con servicios en gran parte estables desde 2016. Con respecto a la OST, una tendencia significativa es la expansión en la prescripción de combinaciones de buprenorfina-naloxona, con el objetivo de reducir la administración por inyección (en contextos no médicos) y el desvío al mercado negro (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Un avance notable en la región es la apertura de la segunda sala de consumo de drogas (DCR) de Australia en Melbourne en 2018, uniéndose a la instalada en Sídney en 2001 (Stone & Shirley-Beavan, 2018). Estos DCR solo sirven a personas que se inyectan drogas, incluidas las personas que se inyectan metanfetaminas y no permiten el consumo por otras vías de administración (como la inhalación) (Willingham, 2018).

En Australia, la naloxona para llevar a casa ahora está disponible en todos los Estados, aunque con cobertura variable. Las redes de distribución de pares de naloxona funcionan en algunos estados, pero no en todos. En 2016, la naloxona se reprogramó para permitir la compra sin receta en farmacias (Stone & Shirley-Beavan, 2018).

Con respecto al resto de países de Oceanía, una limitación clave para recopilar una imagen general del estado de reducción de daños es la falta de datos. Pocos de los países insulares del Pacífico y territorios reportan cualquier uso de drogas (con la excepción del consumo de cannabis). Sin embargo, algunos, como Fiyi, reconoce que esto puede deberse a la falta de investigación y no a la ausencia de consumo (Ministry of Health, 2017).

La reducción de daños en Canadá, EE. UU. y México

A fines de la década de 1980, Canadá, junto con Australia y varios países de Europa occidental, se convirtieron en los pioneros de los enfoques contemporáneos de reducción de daños en respuesta a las crecientes tasas de infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas (Riley & O´Hare, 2000). La distribución informal

de jeringas dirigida por pares surgió en Montreal, Toronto y Vancouver en 1988; y en 1989, el Departamento de Salud Federal se asoció con cinco provincias para implementar ocho programas oficiales en las principales ciudades canadienses (Cavalieri & Riley, 2012). Cuando la financiación federal terminó, dos años después, muchos de estos programas continuaron con el apoyo de las provincias (Hankis, 1999) y, en la actualidad, la mayoría de las 13 provincias y territorios de Canadá tienen programas de distribución de jeringas (Carter & MacPherson, 2013). El apoyo federal para la reducción de daños continuó hasta mediados de la década de 2000 e incluyó el reconocimiento de la reducción de daños como un pilar clave de la política federal sobre drogas (Colin, 2006).

Este progreso se estancó en 2007, cuando un gobierno conservador elegido reemplazó la Estrategia de Drogas de Canadá con una nueva Estrategia Nacional Antidrogas, transfirió la responsabilidad principal de la política de drogas del Departamento de Salud al Departamento de Justicia y eliminó oficialmente la reducción de daños de la política federal (Departamento de Justicia, 2012).

El estancamiento de la política de reducción de daños, se dio hasta el año 2015. Varios factores convergieron para abrir esta ventana política actual. La elección de un nuevo gobierno de mayoría liberal puso fin a una década de antagonismo federal hacia la reducción de daños y señaló la voluntad del gobierno federal de apoyar los esfuerzos provinciales y territoriales para mejorar el acceso a estos servicios.

El actual gobierno respalda explícitamente las instalaciones de inyección supervisadas (Stone, 2015) y los programas de distribución de jeringas en las cárceles, además legalizó el cannabis para consumos recreativos. A finales de 2016, el gobierno había tomado medidas para aliviar las restricciones sobre el tratamiento asistido con heroína y las instalaciones de inyección supervisadas, instaladas por el gobierno anterior, y devolvió la reducción de daños a la política federal al declarar *La estrategia canadiense*

sobre drogas y sustancias, con la responsabilidad principal de la estrategia volcada de nuevo sobre el Departamento de Salud (Government of Canada, 2016).

En la actualidad, la Ley Federal incluye todas las estrategias basadas en la evidencia para reducir el daño asociado al consumo de drogas inyectables: programa de intercambio de jeringuillas, sustitución de opiáceos, salas de consumo higiénico, programas en cárceles, uso de naloxona para prevenir muerte por sobredosis e incluso tratamiento asistido con heroína.

Por su lado, en los EE. UU. la ley federal no contempla estrategias de reducción de daño asociadas al consumo de drogas. La Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP) prioriza los servicios de salud mental para los usuarios en lugar de las estrategias de prevención educativa. Es decir, la prioridad del gobierno de EE. UU. no es controlar la demanda y, dentro de la demanda, la prevención no es la prioridad (Tatmatsu, Siqueira & Prette, 2020).

La ley contra el uso indebido de drogas establece que el enfoque principal de los programas de prevención debe ser la escuela, que "enseña clara y sistemáticamente que el uso de drogas ilícitas es incorrecto y perjudicial" (traducción propia, Anti-Drug Abuse Act of 1988, p. 38). La reducción de daños tiene una historia muy compleja en los EE. UU. Este ha liderado el mundo en el desarrollo de algunos aspectos de la reducción de daños, por ejemplo, el tratamiento asistido con metadona y buprenorfina para los trastornos por consumo de opiáceos, pero el gobierno federal de los Estados Unidos fue durante mucho tiempo un feroz oponente de la reducción de daños, tanto a nivel nacional como internacional.

La historia de la reducción de daños en los EE. UU. se entiende mejor como un conflicto entre múltiples fuerzas sociohistóricas en conflicto (Des Jarlalis, 2017). Las dos fuerzas más importantes que promueven la reducción de daños en los Estados Unidos han sido el activismo y la investigación científica. Los programas de

intercambio de jeringuillas – NSP- no están establecidos muy formalmente, pero los consumidores de drogas inyectables las pueden conseguir en las farmacias. Solo un Estado (Delaware) prohíbe expresamente la venta de jeringas en las farmacias, pero muchos Estados permiten la discreción significativa del farmacéutico (Meyerson et al., 2018).

Otro ejemplo de las limitaciones de estos programas es Virginia, donde la ley estatal permite el funcionamiento de NSP, pero, en algunos casos, las ordenanzas de la ciudad prohíben la posesión de parafernalia relacionada con las drogas, incluido el equipo de inyección (Davis et al., 2019).

Una revisión de 2014 de la cobertura en los EE. UU. realizada por la North American Syringe Exchange Network (NASEN) encontró 194 NSP operando en 33 Estados, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Naciones Indígenas (Davis et al., 2019).

Cambios recientes en las legislaciones de los Estados incluyen leyes que eximen los *kits* del control de drogas y las tiras de prueba de fentanilo de las leyes de parafernalia de drogas, como es el caso de Maryland (Drug Policy Alliance, 2018).

En relación a los programas con substitutos opiáceos, a pesar de una clara necesidad por la epidemia del uso estas sustancias y las altas prevalencias de sobredosis, no hay programas para prevenirla con naloxona que operen con licencia en los Estados Unidos (Milman, 2019).

Con respecto a los programas de mantenimiento con metadona, existen muchas barreras en los EE.UU. entre ellas una cobertura desigual de Medicare en todos los Estados, lo que deja a muchas personas sin seguro y sin acceso a los medicamentos, así como a muchos médicos que optan por dar de alta a los pacientes por mala asistencia, uso activo de drogas o por no participar en el asesoramiento. Las clínicas de metadona en los EE. UU. rara vez tienen un umbral bajo, con listas de espera de al menos seis meses

a un año o más, fuera de las principales ciudades. Las barreras se agravan para las mujeres embarazadas que consumen drogas o las que tienen hijos, ya que corren el riesgo de ser denunciadas a los servicios de protección infantil y perder la custodia de sus hijos por inscribirse en un tratamiento o consumir drogas de forma activa. La necesidad de asistencia frecuente (en algunos casos, siete días a la semana) puede complicarse aún más por las dificultades del cuidado de los niños y el aumento del estigma (Milman, 2019).

De otro lado, estos programas de sustitución de terapia de opioide están disponibles solo en una pequeña cantidad de prisiones y cárceles de EE. UU., incluida Rikers Island (Nueva York), el Centro de Detención Metropolitano (Nuevo México) y cárceles en Baltimore y Rhode Island.

Finalmente, y entre los países de Norte América, se encuentra México. En este país el primer programa de reducción de daños se puso en marcha de manera informal en 1988 en Ciudad Juárez, a cargo de la organización no gubernamental Compañeros AC, el único programa de intercambio de jeringas en México documentado hasta 2000 (Strathdee et al., 2012).

En 2001, los Centros de Integración Juvenil abrieron la primera clínica pública de metadona en el norte del país y actualmente existen dos, ubicadas en Tijuana y Ciudad Juárez. En 2003, el Gobierno Mexicano, a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH / SIDA (CENSIDA) y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), emitió un comunicado a favor de la reducción de daños, además de presentar el manual de Prevención del VIH en Usadores de Drogas por vía Parenteral - PWID - (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/ SIDA & Consejo Nacional contra las Adicciones, 2008).

Entre 2004 y 2005, se creó en la ciudad de Tijuana, Baja California, el segundo programa de intercambio de jeringas de la ONG Prevencasa AC. Al mismo tiempo, el Gobierno Federal implementó talleres en los Estados de la frontera norte del país para la difusión

de actividades de reducción de daños. Esto llevó a los estados de Baja California, Chihuahua y Sonora a lanzar formalmente programas de intercambio de agujas (Strathdee et al., 2012).

En 2006, CONASIDA comenzó a distribuir jeringas gratis como parte de un programa nacional. Entre el 2007 y el 2009 los programas de intercambio de jeringas se extendieron a siete estados (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Zacatecas) (Strathdee et al., 2012).

En 2009, se publicó una versión modificada de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en la que se establece que la reducción de daños es el "conjunto de acciones encaminadas a prevenir o reducir situaciones de riesgo y limitar el daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas" (Secretaría de Salud, 2009), es decir, que está necesariamente vinculado a la prevención y al tratamiento. No busca necesariamente la abstinencia.

Hasta el 2018 en México, hubo seis programas de intercambio de jeringuillas (NSP) activos, incluso en las ciudades con el nivel más alto de uso de heroína inyectada: Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez. Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil estiman que menos del 5% de las personas que se inyectan drogas en México acceden a los NSP. En febrero de 2019, el Gobierno Mexicano dejó de financiar programas dirigidos por ciudadanos, lo que obligó a algunos NSP a reducir los servicios (HRI, 2020).

El Caribe y la reducción de daños

De los 17 países de la región del Caribe, se han identificado nueve planes nacionales de políticas de drogas y diez planes nacionales de VIH. De los planes de drogas, solo dos contienen alguna referencia explícita a la reducción de daños, el de Bahamas (National Anti-Drug Secretariat, 2017) y el de República Dominicana (Consejo Nacional de Drogas, 2016), aunque en ambos casos esto no ha ido acompañado de la aplicación práctica de programas de reducción de daños apoyados por los gobiernos.

Otros cuatro planes de políticas de drogas contienen referencias a la necesidad de abordar el VIH y la salud de las personas que consumen drogas: Barbados (National Council on Substance Abuse, 2016), Granada (Government of Grenada, 2012) Jamaica (Ministry of National Security, 2014) y Surinam (Nationale Anti-drugs Raad, 2019), y tres no contienen ninguna referencia a la salud de las personas que consumen drogas (Antigua y Barbuda, Guyana y Trinidad y Tobago). Entre los planes contra el VIH, ocho se refieren a personas que consumen drogas como población clave, pero dos no contienen ninguna referencia a personas que consumen drogas (Granada y San Vicente y las Granadinas) (HRI, 2020).

Políticas públicas de reducción de daño en Centro y Latinoamérica

En Centro América solo dos países incluyen de manera explícita la reducción de daños en sus políticas públicas: México y Costa Rica.

La legislación costarricense contempla una gran cantidad de leyes que son atinentes al enfoque de reducción de daños para los consumidores de drogas en general, pues en Costa Rica no se ha evidenciado consumo de drogas inyectables (IAFA, 2017).

El ámbito latinoamericano, más en concreto, ha sido un contexto difícil para el desarrollo de programas preventivos en la línea de la reducción del daño, entre otras cosas por la influencia directa de las políticas de EE.UU.

En Argentina y Brasil es donde más desarrollos ha tenido la reducción del daño. En el país del sur del continente, la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA)– ha sabido impulsar este tipo de políticas, bien a través de la movilización de la sociedad civil y de las instituciones políticas, o bien con la formación de profesionales y otras iniciativas semejantes (Inchaurraga, 2002).

En Brasil, donde también hay buenos desarrollos, nos encontramos con una situación un tanto paradójica: apoyo oficial a este tipo de políticas –sobre todo desde la celebración de la 9ª Conferencia

de la International Harm Reduction Association (IHRA) en 1998–; reconocimiento institucional de la figura del "reductor de daños"; existencia de asociaciones relacionadas con el tema –Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), Rede Nacional de Redução de Danos (REDUC)–, pero problemas para la financiación de programas de reducción de daños, lo que ha menguado todo este tipo de iniciativas (Schmitt, 2001).

Colombia se ha acercado al tema y entre sus políticas públicas ha incluido la reducción de daños, pero en el desarrollo de estrategias ha sido tímida. Los programas de intercambio de jeringuillas (NSP) se implementaron en Colombia desde el 2018 en Armenia, Pereira, Bogotá, Cúcuta y Cali (HRI, 2020), pero su operación ha sido discontinua por falta de presupuesto.

En el resto de países de América latina, la relativa ausencia de uso de drogas intravenosas puede hacer que la implementación de los programas de NSP sea una prioridad menor en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú (Zamudio, 2020). En Argentina, Brasil y Uruguay, la inyección de cocaína es ahora mínima, por lo que los programas de NSP han reorientado los esfuerzos hacia la reducción de daños por consumo de drogas no inyectables (Duran & Rossi, 2015).

Ningún país de América Latina ha implementado terapias con agonistas opiáceos (OST) en el marco de la Reducción de Daños. A pesar de que OST está disponible en Argentina, Colombia y México, se administra en gran medida de manera centrada en la abstinencia y no en el marco de reducción de daños (HRI, 2020).

Con respecto al uso de naloxona en sobredosis por opiáceos en el marco de programas de reducción de daños, desde el último informe del Estado Global de Reducción de Daños en 2018, el primer programa oficial en América Latina se abrió en Mexicali, Baja California, México. Si bien el programa operó brevemente con la aprobación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), no ha sido reconocido formalmente por el gobierno local o nacional (HRI, 2020).

En Colombia, la naloxona sigue siendo muy limitada y la principal barrera para la distribución es la legislación restrictiva (HRI, 2020).

En Argentina, el Plan Nacional de Salud Mental explicita que, en materia de consumos problemáticos de sustancias, el foco del proceso de atención estará puesto en el sujeto y su singularidad, y no en el tipo de consumo que presente. Este fue sancionado en 2014 e incluye el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Llovera & Scialla, 2016). Además, añade en el modelo de atención la reducción de daños (Ley 26.934 de 2014).

Brasil es considerado un país con una actuación central en el conjunto de países de Latinoamérica en relación con la implementación de la RD, aunque la política de drogas brasileña en la actualidad esté orientada a la reducción de la oferta de drogas por medio de la represión de su uso y comercio (Fonseca & Bastos, 2005).

La RD fue adoptada como estrategia de salud pública por primera vez en Brasil en el municipio de Santos-SP en 1989, cuando las altas tasas de transmisión del VIH se relacionaron con el uso indebido de drogas inyectables (Mesquita, 1991) y se propuso inicialmente como una estrategia de prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables, desarrollando como estrategia un programa de intercambio de jeringas.

La diversificación de la oferta de salud para los consumidores de drogas sufrió un importante impulso cuando, a partir de 2003, las acciones de RD dejan de ser una estrategia exclusiva de los Programas de ETS/Sida y pasan a ser una estrategia rectora de la Política de Atención del Ministerio de Salud, en donde se incluyeron otras sustancias como el crack y el alcohol en la política de salud mental.

Desde entonces, los programas de reducción de daños fueron institucionalizados en Brasil a través de varias ordenanzas del Ministerio de Salud y, en general, el concepto de RD impregna

las regulaciones que rigen las políticas relacionadas con la atención al consumo de alcohol y otras drogas. Desde 2004, las ordenanzas se ocuparon de estos programas en conjunto con otras actividades en el ámbito de las políticas de alcohol y otras drogas y la Ordenanza 1.028/2005, reguló las acciones de RD de manera concreta (Passos & Souza, 2011).

De manera explícita y hasta el año 2018, desde el Ministerio de Salud y mediante el programa Red de Atención Psicosocial, que consiste en un conjunto de servicios de salud destinados a asistir a personas con sufrimiento o trastornos mentales y con necesidades derivadas del uso abusivo de alcohol y otras drogas, la política pública de Brasil consideraba entre sus objetivos la reducción de los daños ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas y la promoción de la atención y calidad de vida a usuarios y sus familias (Portaria No. 3.088 de 2011). Dentro de las políticas públicas explicitas en reducción de daños, se incluyó al crack con un programa denominado Plan Integrado de Combate al Crack (Decreto No. 7.179 de 2010).

En la actualidad, con la llegada del gobierno de Bolsonaro, en Brasil hoy se excluyen explícitamente los enfoques para reducir el daño y se enfocan exclusivamente en el tratamiento basado en la abstinencia; aunque, a nivel local, varios servicios de reducción de daños para personas que consumen cocaína (principalmente crack) en São Paulo cerca de Salvador y Pernambuco desarrollan algunas actividades.

La Tabla 1 muestra el estado actual de las políticas públicas sobre drogas y la reducción de daños en Latinoamérica, así como las estrategias implementadas (HRI, 2020).

Tabla 1. Políticas públicas y reducción de daños en Latinoamérica

País o territorio	Referencia explícita de apoyo a la reducción de daños en los documentos de política nacional	Almenos un programa de agujas y jeringas operativo	Almenos un programa de sustitución de opioides operativo	Almenos una sala de consumo de drogas	Programa de Naloxona para llevar a casa	OST en al menos una prisión	NSP en almenos una prisión
Latinoamérica							
Argentina	✓	×	✓	×	×	×	×
Bolivia	×	×	×	×	×	×	×
Brasil	×	×	×	×	×	×	×
Chile	×	×	×	×	×	×	×
Colombia	✓	✓	✓	×	✓	×	×
Costa Rica	✓	×	✓	×	×	×	×
Ecuador	✓	×	×	×	×	×	×
El Salvador	×	×	×	×	×	×	×
Gautemala	×	×	×	×	×	×	×
Honduras	×	×	×	×	×	×	×
México	✓	✓	✓	×	✓	×	×
Nicaragua	×	×	×	×	×	×	×
Panamá	×	×	×	×	×	×	×
Paraguay	×	×	×	×	×	×	×
Perú	×	×	×	×	×	×	×
Uruguay	✓	×	×	×	×	×	×
Venezuela	×	×	×	×	×	×	×
Subtotales de América Latina	6	2	4	0	2	0	0

Fuente: *Harm Reduction International. Updates from the State of Global Harm Reduction, 2020.*

Discusión y conclusiones

Los conceptos de reducción de riesgos y daños están estrechamente alineados con los de promoción de la salud y salud pública en general. Sin embargo, en relación con las drogas ilícitas,

los debates sobre el desarrollo de enfoques de salud pública para reducir los daños relacionados con las drogas a menudo se ven empañados por la interpretación del concepto que lo relacionan como un símbolo de liberalización radical o un ataque al control tradicional de drogas. La salud pública tiene en su núcleo la idea de proteger la salud de las personas y de la población mediante la vigilancia, identificación y gestión del riesgo para la salud (Ashton & Seymour, 1988; Petersen & Lupton, 1996).

Para resumir brevemente la historia internacional de las políticas de drogas, es posible hacer un rescate de hitos internacionales con base en las tres convenciones de las Naciones Unidas (ONU) vigentes en 1961, 1971 y 1988. Es importante señalar que estas tres convenciones tienen como objetivo la clasificación sustancias psicotrópicas, enfocándose en la construcción de marcos legales en el campo del control de la producción, tráfico y posesión ilegal de estas sustancias. En la convención de 1971, el artículo 20 trata de la adopción por los Estados miembros de "medidas contra el abuso de sustancias psicotrópicas", en el que se propone la adopción de medidas para la prevención y el tratamiento del uso de drogas (Togni de Lima, Surjus & Carvalho, 2019).

Dentro de este marco, un hito importante ocurrió en 1998, cuando la epidemia de VIH/SIDA ganó gran importancia en la agenda global y el uso de drogas inyectables ya representaba una categoría importante de exposición al VIH y sida a nivel mundial. Este año, con motivo del XX Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones (UNGASS) que se propuso debatir el Problema Mundial de las Drogas, el tema del VIH apareció con fuerza en el debate internacional sobre las drogas y se reflejó en la declaración de principios resultante de esta UNGASS. Esto al definir que las acciones de reducción de la demanda debían enfocarse en la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias adversas del uso, proponiendo discutir el tema con una mirada más orientada al usuario y no solo a las sustancias (Togni de Lima, Surjus, & Carvalho, 2019).

Ya para el 2001, la tendencia en el escenario internacional era entender el consumo de drogas desde la perspectiva del usuario y tal perspectiva se vio acentuada por el logro de la UNGASS sobre el VIH/SIDA. En esta ocasión, los Estados miembros acordaron un conjunto de metas y asumieron una serie de compromisos que integraron el desarrollo de políticas e incluyeron acciones dirigidas a reducir los riesgos asociados al consumo de drogas inyectables, la exclusión social, la discriminación, entre otros, y a garantizar acceso a insumos preventivos como condones y equipos de inyección estériles; enfatizando la importancia de prevenir el intercambio de agujas y jeringas entre usuarios de drogas inyectables como factor de protección, lo que fortaleció la presencia del tema en foros de debate mundial sobre drogas, incluyendo la presencia del tema en las reuniones de la Comisión de Drogas de las Naciones Unidas (Togni de Lima, Surjus, & Carvalho, 2019).

Desde entonces, empezó una fuerte oleada a nivel mundial de orientar, basada en evidencia científicamente probada, políticas públicas con inclusión estrategias para proteger y reducir las vulnerabilidades de las personas que consumen drogas para la infección por VIH. Para el 2009 durante la Reunión de Revisión de Alto Nivel sobre Drogas de la UNGASS de 1998, los países se comprometieron con la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para una Estrategia Integrada y Equilibrada para Abordar el Problema Global de Drogas hasta 2019. (Togni de Lima, Surjus, & Carvalho, 2019).

En este marco, el documento final de la UNGASS de 2016 acordado entre países propone reforzar que se invierta en “minimizar las consecuencias sociales y sanitarias adversas relacionadas con el consumo de drogas” y menciona el “intercambio de agujas” (Togni de Lima, Surjus & Carvalho, 2019, p. 21). De otro lado, a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue uno de los primeros organismos multilaterales en respaldar los principios subyacentes de la reducción de daños en una reunión en Estocolmo (WHO, 1986). Ya en 1974, el Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia había hecho referencia a “la

preocupación por prevenir y reducir los problemas y no solo por el consumo de drogas" (Kodak, 2004, p. 15). Otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, incluido ONUSIDA (el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, establecido en 1996), mostraron mayor reticencia o ambigüedad.

Sin embargo, desde el cambio de siglo, la reducción de daños parece estar firmemente arraigada en el diálogo internacional sobre políticas relacionadas con el consumo de drogas (IHRA, 2009; UE, 2001).

En 2001, una reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) (el principal órgano de formulación de políticas de las Naciones Unidas) adoptó una "Declaración de compromiso", que declaró explícitamente que se deberían implementar "los esfuerzos de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas" por los Estados Miembros (UE, 2001, p. 7). Dos años después, la WHO encargó una revisión de la evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones de reducción de daños dirigidas a personas que se inyectan drogas, revisión publicada en 2007 (WHO, 2007). Ese mismo año, la metadona y la buprenorfina se agregaron a la lista de *medicamentos esenciales* de la OMS (WHO, 2017) y ONUSIDA publicó un documento que enumeraba un paquete básico de intervenciones de reducción de daños (UNAIDS, 2005a), el cual luego se expandió para convertirse en el "paquete integral de reducción de daños" (WHO, 2009).

En contraste con la respuesta de las Naciones Unidas al VIH/SIDA, ha habido un apoyo notablemente menor a la reducción de daños por parte de las diversas agencias de control de drogas de la ONU. Dentro del programa de ONUSIDA, la UNODC es el organismo líder en la "Prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y en las cárceles" (UNAIDS, 2005b), pero esta función sigue siendo eclipsada por su cometido paralelo de controlar la producción y el suministro de drogas ilícitas. Además, el órgano rector de la UNODC, la Comisión de Estupefacientes (CND), ha visto una resistencia constante a la reducción de daños

en algunos países (incluidos Japón, Rusia y Estados Unidos), lo que ha creado incoherencia en una posición política global para la reducción de daños en la ONU (Hunt, 2008). Por su lado la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (el órgano asesor de expertos que supervisa el cumplimiento de las convenciones de las Naciones Unidas sobre drogas) también ha cuestionado periódicamente la legalidad de algunas intervenciones de reducción de daños (Csete & Wolfe, 2007).

En el 2009, la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas – CND- adoptó un proyecto de Declaración política de diez años sobre el control de drogas que resistió solicitudes para incluir el término reducción de daños (CND, 2009; MacGregor & Whiting, 2010), alcanzando para ese año 84 países en todo el mundo que apoyaban la reducción de daños, ya sea en la política o en la práctica, abarcando todos los continentes e incluyendo 31 países europeos (Cook, 2009).

En resumen, la historia de reducción de daños asociados al consumo de drogas en las políticas públicas se remonta al año 1980 del siglo pasado en Inglaterra asociada al control del VIH/SIDA en comunidades usadores de heroína inyectada, siendo el continente europeo el primero en desarrollar este tipo de estrategias que luego se extendió a todo su territorio y luego a Canadá, Australia y al resto de otros países del mundo. Para el año 2020 la reducción de daños se incluye de manera explícita en las políticas públicas sobre drogas en 20 países de Europa Occidental; 26 de Eurasia; 10 de Asia; 7 de Oriente Medio y Norte de África; 11 de África subsahariana; 2 de Oceanía; 2 de Norteamérica; 3 del Caribe y 6 de Latinoamérica, incluida México, para un total de 107 países en el mundo. Los organismos supranacionales que han respaldado y facilitado la inclusión de este tipo de políticas por los distintos países han sido ONU, OMS, ONUSIDA y UNODC.

Entre las estrategias incluidas en las políticas se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas, la sustitución de opiáceos, la prevención de la sobredosis con naloxona y las salas

de consumo de drogas incluidas la dispensación de heroína grado farmacéutica, estas últimas sobre todo en Europa y Canadá.

Financiación: este artículo es producto de la investigación macro "Estudio mixto documental sobre la reducción del daño de consumo de sustancias psicoactivas", financiado por la Escuela Contra la Drogadicción de la Gobernación de Antioquia, Convenio especial de cooperación Código ECD2020011.

Referencias

Abu-Raddad, L., Schiffer, J. T., Ashley, R., Mumtaz, G., Alsallaq, R. A., Akala, F., Semini, I., Riedner, G., & Wilson, D. (2010). HSV-2 serology can be predictive of HIV epidemic potential and hidden sexual-risk behavior in the Middle East and north Africa. *Epidemics, 2*(4), 173–182. https://doi.org/10.1016/j.epidem.2010.08.003

Anti-Drug Abuse Act of 1988. 28 de noviembre de 1998. https://www.congress.gov/bill/100th-congress/house-bill/5210

amfAR. (2005). Confronting HIV/AIDS in Malaysia-An Interview with Marina Mahathir. *amfAR.* https://bit.ly/2R1FPWv

Ashton, J., & Seymour, H. (1988). *The New Public Health.* Open University Press.

Australian Department of Health and Ageing. (2011). *The National Drug Strategy 2010-2015: A framework for action on alcohol, tobacco, and other drugs.* Ministerial Council on Drug Strategy.

Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *National opioid pharmacotherapy statistics (NOPSAD) 2017.* https://bit.ly/3tO7gll

Ball, A. (2007). HIV Injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction, 102*(5), 684–690.

Bellis, D. J. (1981). *Heroin and politicians: the failure of public policy to control addiction in America.* Greenwood Press.

Bergeron, H., & Kopp, P. (2002). Policy paradigms, ideas, and interests: the case of the French public health policy toward drug abuse. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 582*(1), 37–48.

Borges, T., & Dalla, V. (2018). Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. *Ciencia & Saúde Coletiva, 23*(7), 2327–2338.

Government of Canada. (2016). *The New Canadian Drugs and Substances Strategy.* https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2016/12/new-canadian-drugs-substances-strategy.html

Carter, C., & MacPherson, D. (2013). *Getting to tomorrow: a report on Canadian drug policy.* Coalición Canadiense de Políticas de Drogas. https://drugpolicy.ca/about/publication/getting-to-tomorrow-a-report-on-canadian-drug-policy/

Cavalieri, W., & Riley, D. (2012). *Harm Reduction in Canada: The Many Faces of Regression.* Wiley Blackwell.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). *Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas.* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27337/manual_udi2008.pdf

Clark, F. (2016). Gaps remain in Russia´s response to HIV/AIDS. *Lancet, 388,* 857–358.

Coffin, P. (2002). Marketing harm reduction: a historical narrative of the international harm reduction development program. *The International Journal of Drug Policy, 13*(3), 213– 224.

Colin, C. (2006). *Problemas de abuso de sustancias y políticas públicas en Canadá: estrategia federal de drogas de Canadá.* Biblioteca del Parlamento.

Commission on Narcotic Drugs. (2009). *Report on the fifty-second session.* https://bit.ly/3xqveFy

Consejo Nacional de Drogas. (2016). *Plan estratégico Nacional sobre Drogas 2016-2020.* Department of Planning and Development.

Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2012). *Guía sobre políticas de drogas* (2a ed.). Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/guia_politicas_drogas_spa.pdf

Cook, C. (2009). *Harm reduction policies and practices worldwide: an overview of national support for harm reduction in policy and practice.* International Harm Reduction Association.

Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges. The diffusion of harm reduction in Europe and beyond.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Coona, P. (1992). *Report of the committee of inquiry on the spread of organised crime linked to drug trafficking in the member states of the community* [Documento de reunión]. European Parliament.

Csete, J., & Wolfe, D. (2007). *Closed to reason: the international narcotics control board and HIV/AIDS.* Open Society Institute Public Health Program.

Davis, S., Kristjansson, A., Davidov, D., Zullig, K., Baus, A., & Fisher, M. (2019). Barriers to using new needles encountered by rural Appalachian people who inject drugs: implications for needle exchange. *Harm Reduction Journal, 16,* artículo 23.

Decreto No. 7.179 de 2010 [Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos]. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 20 de mayo de 2010. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm

Department of Health. (2017). *The National Drugs Strategy 2017-2026 at a Glance.* Department of Health. https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-drug-strategy-2017-2026_1.pdf

Departamento de Justicia. (2012). *Evaluación de la estrategia nacional antidrogas: informe final. División de Evaluación, Oficina de Planificación Estratégica y Gestión del Desempeño.* Departamento de Justicia.

Des Jarlalis, D. (2017). Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal, 14,* artículo 51. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0178-6

Drug Policy Alliance. (2018). *Preventing overdose deaths with drug checking.* Drug Policy Alliance.

Duran, R., & Rossi, D. (2015). High acceptability of rapid HIV test in Argentina: Experience during a seroprevalence study in vulnerable groups. *PLoS One, 12*(7), artículo e0180361.

Erickson, P. (1999). Introduction: the three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques. *Substance Use and Misuse, 1*(34), 1–7.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2000). Reviewing current practice in substitution treatment. *Office for Official Publications of the European Communities.*

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition. (2003). *Annual report 2003: The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union.* Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009a). *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://bit.ly/32LCfTm

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009b). *Statistical bulletin 2009* [Base de datos]. http://www.emcdda.europa.eu/stats09

European Union. (1999). *European Union Drug Strategy 2000–2004.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

European Union. (2000). *The European Union Action Plan on Drugs 2000–2004.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1338EN.html

European Union. (2003). Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union, 46,* 31–33. https://bit.ly/3gCoyhq

European Union. (2004). *European Union Drugs Strategy 2005–2012.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://bit.ly/3u2czxP

Fonseca, C. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes, 1*(1), 11–36.

Fonseca, E., & Bastos, F. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. En G. Acselrad, *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos* (pp. 289-310). Editora Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9788575415368

Government of Grenada. (2012). *National Anti-Drug Strategy Grenada 2012-2017.* Government of Grenada.

Hankis, C. (1999). Intercambio de jeringas en Canadá: bueno pero suficiente para erradicar el progreso del VIH. *Revista de Toxicomanías, 20,* 20–31.

Harm Reduction International. (2009). *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association.* http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

Harm Reduction International. (2011). *Harm Reduction: A low cost, high-impact set of interventions.* http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf

Harm Reduction International. (2015). *Annual Report 2015*. https://dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/pdfAnualreport.pdf

Harm Reduction International. (2020). *Global State of Harm Reduction* (7ma ed.). https://bit.ly/2QxEMxF

Hedrich, D., Pirona, A., & Wiessing, L. (2008). From margins to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drug: Education, Prevention and Policy, 15*(6), 503–517.

Hunt, P. (2008, 11 de mayo). *Human rights, health and harm reduction: states amnesia and parallel universes* [Conferencia]. IHRA´s 19th International Conference, Barcelona, España. https://bit.ly/2QWHkFH

Inchaurraga, S. (2002). *Drogas y Políticas Públicas: El modelo de la reducción de daños.* Espacio Editorial.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017). *Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica.* https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf

International Harm Reduction Association. (2009). *Building Consensus: A Reference Guide to Human Rights and Drug Policy.* International Harm Reduction Association. https://www.hri.global/files/2010/06/01/BuildingConsensus.pdf

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2005a). *Intensifying HIV prevention UNAIDS Policy Position Paper.* https://bit.ly/3aCRORv

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2005b). *Technical Support Division of Labour: Summary & Rationale*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://data.unaids.org/una-docs/jc1146-division_of_labour.pdf

Kharsany, A., & Karim, Q. (2016). Infección por VIH y SIDA en África subsahariana: situación actual, desafíos y oportunidades. *Open AIDS J, 10,* 34–48.

Kodak, A. (2004). *Letter from Dr Alex Kodak to Dr Zerhouni at the US National Institute of Health NIH.*

Ley 26.934 de 2014. Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos. 30 de abril de 2014. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm

Llovera, M., & Scialla, M. (2016). *La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas?* [Ponencia]. III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe (IELAC), Buenos Aires.

MacDonald, D. (2007). *Drug use in Afghanistan´s history. In drugs in Afghanistan: opium, outlaws and scorpion tales*. Pluto Press. https://doi.org/10.2307/j.ctt18dzt2f

MacGregor, S., & Whiting, M. (2010). The development of European drug policy and the place of harm reduction within this. En T. Rhodes & D. Hedrich, *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges* (pp. 59–78). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://bit.ly/3gzoQWt

MacPherson, D. (2007). *A framework for Action: A four-pillar approach to drug problems in Vancouver.* Vancouver, B.C.

Mesquita, F. (1991). Aids e drogas injetáveis. En A. Lancetti (Org.), *Saúdeloucura 3* (pp. 46-53). Hucitec.

Meyerson, B., Lawrence, C., Cope, S., Levin, S., Thomas, C., Eldridge, L., Coles, H., Vadiei, N., & Kennedy, A. (2018). I could take the judgment if you could just provide the service: nonprescription syringe purchase experience at Arizona pharmacies. *Harm Reduction Journal, 16,* artículo 57.

Michels, I., Stöve, H., & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduction Journal, 4,* artículo 5. https://doi.org/10.1186/1477-7517-4-5

Milman, L. (2019, 19 de septiembre). Mayor´s Plan for Supervised Drug-Use facility Doesn´t Sit Well with State´s U.S. Attorney. *Scout Somerville.* https://scoutsomerville.com/supervised-consumption-site/

Ministry of Health. (2017). *Global AIDS Monitoring Report for Samoa.* Ministry of Health. https://bit.ly/3sLj8Dr

Ministry of Health. (2019). *Global Aids Monitoring Report 2019.* Ministry of Health.

Ministry of National Security. (2014). *National Drug Prevention and Control Master Plan 2015-2019.* Ministry of National Security. https://bit.ly/3aVERCD .

National Anti-Drug Secretariat. (2017). *National Anti-drug Strategy 2017-2021.* Ministry of National Security.

National Council on Substance Abuse. (2016). *The Barbados National Anti-Drug Plan 2015-2020*. Government of Barbados.

National Anti-Drugs Raad. (2019). *National Drugs Master Plan 2019-2023.* Republiek Suriname.

O´Hare, P. (2007a). Harm reduction in the Mersey region. *International Journal of Drug Policy, 18,* artículo 152.

O´Hare, P. (2007b). Merseyside: The first harm reduction conferences and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy, 18,* 141–144.

O´Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., & Drucker, E. (Eds.). (1992). *The Reduction of Drug - Related Harm.* Routledge.

Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2011). *De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante la atención sanitaria en lugar de sanciones.* Naciones Unidas. http://fileserver.idpc.net/library/Coersion_SPANISH.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Resumen técnico. VIH y jóvenes que se inyectan drogas.* https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/

Passos, E., & Souza, T. (2011). Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. *Psicologia & Sociedade, 23*(1), 154–162.

Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and self in the age of risk.* SAGE Publications.

Portaria No. 3.088 de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 23 de diciembre de 2011.

Republic of Mauritius. (2012). *National HIV/AIDS Strategic Framework.* Republic of Mauritius.

Rhodes, T., Closson, E., Paparini, S., Guise, A., & Strathdee, S. (2016). Towards evidence-marking intervention approaches in the social science of implementation science: The making of methadone in East Africa. *International Journal of Drug Policy, 30,* 17–26.

Rhodes, T., Sarang, A., Bobrik, A., Bobkov, E., & Platt, L. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy, 15*(1), 1–16.

Riley, D., & O´Hare, P. (2000). Harm Reduction: History, Definition and Practice. En J. Inciardi & L. D. Harrison, *Harm Reduction, National and International Perspectives* (pp. 1–26). SAGE Publications.

Robertson, J., Bucknall, A., Welsby, P., Roberts, J., Inglis, J., Peutherer, J., & Brettle, R. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers. *British Medical Journal, 292,* 527–530.

Romero-Mendoza, M., Medina-Mora, M., Gonzalez, H., Vásquez, J., Armas, G., & Magis-Rodriguez, C. (2016). *Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

Sarang, A., Stuikyte, R., & Bykov, R. (2007). Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Drug Policy,* 18(2),129–35.

Schiffer, K., & Schatz, E. (2008). *Marginalisation, Social Inclusion and Health; experiences based on the work of Correlation - European Network Social Inclusion & Health.* Foundation Regenboog AMOC. https://www.drugsandalcohol.ie/11927/

Schmitt, A. (2001). Brasil, un ejemplo alentador [Número especial]. En *Sida y abuso de las drogas: bloquear la epidemia,* (Peddro), 50. http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf

Schumacher, J., Fischer, G., & Qian, H. (2007). Policy drives harm reduction for drug abuse and HIV/AIDS prevention in some developing countries. *Drug and Alcohol Dependence, 91*(2–3), 300–305.

Secretaria de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención tratamiento y control de las adicciones.* https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf

Spear, B. (1994). The early years of the "British System" in practice. En J. Strang & M. Gossop, *Heroin addiction and drug policy: the British system* (pp. 3–28). Oxford University Press.

Stimson, G. (1991). Risk reduction by drug users with regard to HIV infection. *International Review of Psychiatry, 3*(3–4), 401–415.

Stimson, G. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine, 41*(5), 699–716.

Stone, K., & Shirley-Beavan, S. (2018). *Global state of harm reduction* (6ta ed.*).* Harm Reduction International. https://bit.ly/3aEGwMJ

Stone, L. (2015, 6 de septiembre). Nurses want supervised injection sites to be an election issue this fall. *Global News.* https://globalnews.ca/news/2206306/nurses-want-supervised-injection-sites-to-be-an-election-issue-this-fall/

Strathdee, S., Magis-Rodriguez, C., Mays, V., Jimenez, R., Patterson, T., & et al. (2012). The emerging HIV epidemic on the Mexico-U.S. Border: An international case study characterizing the role of epidemiology in surveillance and response. *Annals of Epidemiology, 22*(6), 426–438.

Tatmatsu, D., Siqueira, C., & Prette, Z. (2020). Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. *Cadernos de Saúde Pública, 36(1),* 2– 13.

Tkatchenko-Schmidt, E., Renton, A., Gevorgyan, R., Davydenko, L., & Atun, R. (2008). Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: oportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy, 85*(2), 162–171.

Togni de Lima, L., Surjus, S., & Carvalho, P. (Orgs.). (2019). *Redução de* danos: Ampliação da vida e materialização de direitos. UNiFESP.

United Nations. (2001). Agenda Item 8: Resolution adopted by the General Assembly. S-26/2, Declaration of Commitment on VIH/AIDS (Assembly Twenty-Sixth Special Session). https://bit.ly/3312u8t

United Nations. (2005). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Country Report: Malaysia (General Assembly Special Session on HIV/AIDS). Joint United Nation Programme on HIV/AIDS.

United Nations. (2006). Agenda item 45: Resolution Adopted by the *General Assembly* (General Assembly Sixtieth Special Session). https://bit.ly/3nktnxj

United Nations. (2010a). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (Sesión 65 de la Asamblea General). Naciones Unidas. https://bit.ly/3dKKvcq

United Nations. (2010b). *Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (General Assembly Thirteenth Session). https://www.refworld.org/docid/4d8726712.html

United Nations Office on Drugs and Crime. (2005). *Afghanistan Drug Use Survey 005.* United Nations.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2006). *International Cooperations against the world drug problem.* https://bit.ly/3ey6B0T

Willingham, R. (2018, 17 de Abril). Victorian Coalition to scrap safe injecting room trial after initial policy confusion. *News.* https://www.abc.net.au/news/2018-04-17/injecting-room-trial-to-be-scrapped-by-vic-coalition/9666472

World Health Organization. (1974). *Expert committee on drug dependence* (Twentieth report). World Health Organization. https://bit.ly/3eqnnz2

World Health Organization. (1986). Consultation on AIDS among Drug Abusers: Report on a WHO Consultation, Stockholm 7-9 October 1986. World Health Organization. https://bit.ly/3erl2Uu

World Health Organization. (2007). *Interventions to address HIV in* prisons HIV care, treatment and support. World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package.* http://www.who.int/hiv/topics/ idu/harm_reduction/en/index.html.

World Health Organization. (2017). *WHO Model List of Essential Medicines, 20th List.* World Health Organization

Zamudio, R. (2020). *Global State of Harm Reduction 2020 survey response.* https://www.hri.global/files/2020/10/26/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA.pdf

CONSUMO

Perspectivas y posibilidades de la reducción del daño[1]

Ells Natalia Galeano Gasca
Antropóloga, Mg. en Antropología Social y doctora en Antropología
Líder de la línea de Investigación, innovación y gestión del conocimiento de la Escuela contra la Drogadicción de la Gobernación de Antioquia
nataliagaleanog@gmail.com

1 Este capítulo es resultado de la investigación "Estudio mixto documental sobre la reducción del daño de consumo de sustancias psicoactivas" realizada con la Universidad CES, Ascodes y La Escuela Contra la Drogadicción, institución financiadora.

Resumen

La reducción del daño se presenta como una alternativa de tratamiento frente al fenómeno del consumo de las sustancias psicoactivas. Nos proponemos en este capítulo reconocer las distintas concepciones desde las cuales se han orientado intervenciones de reducción del daño asociado con el consumo de sustancias psicoactivas. Planteamos una mirada analítica al respecto a partir de una revisión de literatura científica disponible, escudriñando específicamente los artículos con aportaciones teóricas. Se discute cuáles podrían ser los elementos comunes que pudieran promover una mirada integrativa de las diferentes contribuciones, más allá de las divergencias epistémicas, ontológicas y metodológicas, con la finalidad de tener referentes que permitan aplicar nuevos abordajes y aportar en la búsqueda del bienestar físico, psicológico y social de los usuarios de sustancias psicoactivas y los colectivos a los que estos pertenecen.

Palabras clave: reducción del daño, principios, enfoques, paradigmas, sustancias psicoactivas, tratamiento.

Introducción

La reducción del daño se configura como un enfoque que ha emergido en el sector salud, principalmente asociado al tratamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas. No obstante, debido a que la adicción se ha construido desde una parte de las ciencias biomédicas y psicosociales como una problemática ligada a preconcepciones religiosas, morales e ideológicas, las aportaciones de los teóricos de la reducción del daño han contado con detractores y su desarrollo, por tanto, ha contado con obstáculos que permanecen en la actualidad. Esto implica que para posicionar el enfoque de reducción del daño es necesario un cuestionamiento sobre las formas en las que se construye la ciencia y señalar el vínculo entre política, religión y ciencia. En años recientes, la evidencia científica ha aportado suficiente material para demostrar la eficacia de la aplicación

de este enfoque en asuntos puntuales, como por ejemplo, la disminución en la prevalencia de enfermedades infecciosas en la población de usuarios de drogas inyectables. No obstante, el desarrollo teórico excede la intervención biomédica y se orienta desde un enfoque intersectorial, el cual sigue teniendo escaso desarrollo en términos de políticas, programas y proyectos que se realicen desde este abordaje, lo cual implica un mayor desarrollo investigativo para el soporte de las intervenciones y un mayor refinamiento teórico-metodológico.

Metodología

Se realizó una revision de literatura. En principio, se recabaron los artículos en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, RedalyC, Scielo y EBSCO con las palabras clave: "*harm reduction qualitative research*", "*history of harm reduction*", "*harm reduction principles*", "*harm reduction and children*", "*harm reduction perspectives*", "*ethical debates harm reduction*"; "*drugs and harm reduction*", "*harm reduction*", "*risk minimization and drugs*", "*alcohol and harm reduction*", "*reduction of harm associated with drug use*" y "*harm reduction qualitative research*". En PubMed se realizó la búsqueda utilizando inicialmente la categoría MeSH (Medical Subject Headings), usando las palabras clave: "*harm reduction and methadone*", "*harm reduction and tobacco*", "*harm reduction and marijuana*", "*harm reduction and cocaine*", "*harm reduction and crack*", "*harm reduction and hallucinogens*", "*harm reduction and methamphetamine*", "*harm reduction synthetic cannabinoids*", "*harm reduction and opioids*", "*harm reduction and prescription medicine*", "*harm reduction and MDMA*", "*harm reduction and benzodiacepines*", "*harm reduction and children*", "*risk minimization, children and drugs*", "*harm reduction and ihnalants*", "*psychoactive substances*", "*drugs and harm reduction*", "*drug abuse and harm reduction*", "*HIV/AIDS and harm reduction*"; "*VHC and harm reduction*", "*synthesis and harm reduction drugs*", "*reduction of harm associated with drug use*", "*harm reduction qualitative research*". El total de artículos encontrados fue 2507.

Posteriormente, se realizó un primer cribado de 404 artículos con la lectura del título y los resúmenes. Los que no eran cualitativos se pasaron a la carpeta de No Cualitativos, estos fueron 190, con lo cual se llegó a la selección de 214 artículos. Entre estos artículos, se escogieron aquellos que no eran producto de investigaciones, sino que exploraban aspectos teóricos; de ellos se escogió una muestra con el criterio de saturación teórica, criterio sobre el cual se revisaron 67 documentos. En la Figura 1 se presenta un diagrama que representa este procedimiento.

Figura 1. Diagrama de flujo de revisión de literatura teórica sobre reducción del daño

Fuente: elaboración propia.

De la práctica a la teoría y de la teoría a la práctica

Al aproximarse en un primer vistazo al concepto de reducción del daño en la literatura científica disponible, pareciera existir un consenso sobre la temática. No obstante, al revisar más profundamente, es posible encontrar una amplia gama de posturas. Esto a pesar de que, en términos de la definición, se echa mano de unos elementos más o menos comunes. La cuestión es que la amplitud del concepto es tal que da cabida para que algunos científicos se centren en unos aspectos, mientras que otros se centran en otros distintos. Tal vez sean las contingencias históricas las que han privilegiado un desarrollo y visibilidad determinado en algunas temáticas, mientras otras permanecen desatendidas o desestimadas. En cualquier caso, la mayoría de las concepciones tienden a confluir en unos aspectos generales de un concepto ampliamente citado y acuñado por la Asociación Internacional para la Reducción del Daño (IHRA, por sus siglas en inglés) , el cual plantea que: "Hoy en día, la reducción del daño se refiere a políticas, programas y prácticas que se orientan a reducir las consecuencias adversas en términos sociales, económicos y sanitarios del uso legal o ilegal de sustancias psicoactivas, sin necesariamente reducir su consumo. La reducción del daño beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y comunidad" (IHRA, 2010, párr. 1).

Si bien este concepto ha sido el que más encontramos citado en los documentos de referencia, tenemos que esta organización, que agrupa a instituciones e interesados en la temática, ha propuesto una nueva definición, en la que, incluso, se incorporan nuevos elementos:

> La reducción del daño se refiere a políticas, programas y prácticas que contribuyen a minimizar las consecuencias negativas a nivel legal, social y de salud, asociadas al uso de drogas a las leyes y políticas de drogas. La reducción del daño está fundamentada en la justicia y los derechos humanos, enfocándose en un cambio positivo y trabajando

> con las personas sin coerción, juzgamiento, discriminación, o requiriendo la abstinencia de drogas como condición para la atención. La reducción del daño comprende una amplia gama de servicios y prácticas sociales y de salud en relación con el uso de drogas lícitas o ilícitas. Estas incluyen, pero no se limitan a las salas de consumo supervisado, programas de intercambio de jeringas, iniciativas de alojamiento y empleo que no requieren abstinencia, análisis de drogas, prevención y atención de sobredosis, apoyo psicológico y proporcionar información sobre la manera más segura de uso de drogas. (IHRA, 2020, p. 1)

En esta última definición podemos notar que se hace énfasis en los elementos legales y políticos, y que incluye el elemento de prevención y formación de manera explícita. Otras concepciones revisadas hacen referencia explícita a la orientación desde el enfoque de derechos humanos y de salud pública, aunado al pragmatismo como principio básico para afrontar los padecimientos de la salud derivados del consumo de sustancias psicoactivas (Duff, 2014). Algunas incluyen conceptos claves como el de vulnerabilidad, que se concibe más amplio que el tradicional concepto de riesgo usado en la salud pública (Ezard, 2001; Romaní, 2013). Es notable la existencia de acepciones que asumen los daños producto del consumo de sustancias psicoactivas, no solo centrados en el usuario de drogas como tal, sino también desde los daños que tanto la oferta como la demanda de estas sustancias producen a otros (Grijalvo López & Insúa Cerretani, 2000). Esto último pone en discusión un aspecto que no es menor y que, de alguna manera, explica la diversidad de los enfoques. Es decir, que no se trata de un enfoque que se limita a lo meramente asistencial de la dimensión individual del usuario de drogas, sino que se remite al entramado de relaciones sociales que suponen un determinado consumo (Menéndez, 2012).

Otro asunto importante para llamar la atención es el tema de la ambigüedad en torno a discusiones fundamentales que deben incluirse a la hora de propiciar una definición de reducción del

daño como, por ejemplo, ¿qué es un daño derivado del consumo de drogas?, ¿cómo pueden ser medidos los daños?, o ¿cómo es posible balancear los daños asociados al consumo de drogas con los beneficios? (Fry & Irwin, 2009). O más aún, ¿cuáles son los beneficios de todo orden respecto del consumo de sustancias psicoactivas y para quién son esos beneficios? Todas estas preguntas, entonces, pueden responderse en dos tenores; por un lado, desde la dimensión individual y, por otro lado, desde la dimensión colectiva. Pero lo importante de mencionar, por ahora, es que en la literatura científica revisada parece aún no existir un consenso sobre el fenómeno del daño y cómo comprenderlo. Proponemos, entonces, recuperar dos tipologías para comprender la diversidad teórica de la literatura científica revisada. Por un lado, tenemos una concepción ampliada del concepto de reducción de daños, mientras que por el otro tenemos una visión técnica o restringida (Conte et al., 2004; Jiao, 2019; Menéndez, 2012). Las dos no son excluyentes *per se*, pero son aspectos ideológicos y no prácticos los que las organizan como dos entidades discretas y, a veces, opuestas.

La visión técnica

La visión técnica, también llamada visión restringida, se refiere a intervenciones que tienen como primer propósito facilitar cambios comportamentales para reducir los daños, sobre todo en términos físicos e individuales, de los usuarios de sustancias psicoactivas. La intervención está dirigida, principalmente, hacia usuarios que usan drogas inyectables que son más susceptibles de ser contagiados por enfermedades infecciosas como el VIH y la Hepatitis B y C. Se provee a los usuarios del equipamiento (jeringas y agujas) para un uso más seguro de la droga, al mismo tiempo se les provee de educación y, en ocasiones, de terapia farmacológica. Entre los objetivos de esta visión se encuentran: disminuir la morbimortalidad; incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo (sobredosis, comorbilidad psiquiátrica, etc.); disminuir las conductas sexuales

de riesgo entre los consumidores de drogas; aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas; favorecer la accesibilidad de los usuarios a la red asistencial y a la comunidad de servicios e incrementar la retención en los tratamientos (Grijalvo López & Insúa Cerretani, 2000). El principal impacto de estas medidas en términos colectivos es la disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas y la disminución del gasto en salud, ya que estas medidas se han considerado costo-efectivas (Santos et al., 2010)de 1994 a 2006, tendo como referência principal a base de dados LILACS. Partindo das categorias centrais objeto (aquilo que se pretende transformar.

Pueden señalarse algunos hechos históricos de relevancia que contribuyen al lugar destacado que tiene este enfoque entre los programas y prácticas de reducción del daño. En primer lugar, los programas de mantenimiento con metadona comenzaron a ser considerados en la década de 1920 en Estados Unidos. Sin embargo, la Asociación Médica Americana no vio con buenos ojos este tipo de programas, debido a asuntos morales y políticos, por lo que fueron suspendidos en la misma década (Drucker et al., 2016).

Más tarde, en 1926, un grupo de médicos ingleses desarrollaron una serie de recomendaciones, consignadas en lo que se conoció como El Informe Rolleston. Este informe iba dirigido al Gobierno Inglés y allí se planteaba la prescripción de opioides de mayor calidad para los adictos a la heroína con la finalidad de reducir los daños derivados de su consumo, esto como una forma de ayudarlos a llevar una vida más estable y socialmente útil (Friedman et al., 2007). Se recomendó este tratamiento para dos tipos de pacientes: personas que estuvieran tratando de reducir el uso y ser abstinentes y personas que no pudieran dejar el uso debido a los síntomas físicos. A partir de este informe, los médicos ingleses podían prescribir sustancias adictivas como parte del tratamiento en relación con la dependencia, comprendiendo la abstinencia como meta última. Este abordaje tuvo continuidad en Reino Unido hasta finales de los años cincuenta, cuando entró en escena el uso de la metadona. No obstante, a inicios de los años

setenta, el tratamiento de prescripción de opioides de mayor calidad para los adictos fue revalorizado (Foy, 2017)

En 1949, Vincent Dole y Marie Nyswander, un par de médicos estadounidenses, emprendieron retomar la investigación sobre la utilidad de la metadona para desintoxicar el cuerpo de heroína, pero solo hasta 1964 pudieron realizar un ensayo clínico para la fundamentación como tratamiento probado (Drucker et al., 2016). De acuerdo con Des Jarlais (2017) el retraso de más de una década en desarrollos investigativos serios al respecto de la reducción del daño en Estados Unidos se debió, por un lado, a un asunto cultural, subsidiario de una larga tradición de condena moral hacia las intoxicaciones con sustancias psicoactivas, inscrita en los códigos religiosos de la mayoría de la población blanca y protestante que luego se convirtieron códigos de la ley civil. Este código moral y civil contribuyó a la demonización de las sustancias psicoactivas asociadas con grupos étnicos minoritarios estigmatizados, perseguidos y diezmados. Como un segundo fenómeno asociado al primero, se encuentra la oposición política hacia la reducción de daños que revirtió en una disminución ostensible en los recursos federales para la investigación sobre la eficacia de programas de intercambio de jeringuillas, lo cual también contribuyó a un retraso en la implementación más extendida de este tipo programas de reducción de daño en ese país.

En los años sesenta, en Inglaterra se utilizaron salas de inyección para usuarios de sustancias psicoactivas. En los setentas se implantó en Italia una iniciativa para enfrentar la epidemia de hepatitis B, la cual permitió eliminar los controles de la venta de agujas y jeringuillas. A su vez, el reconocimiento de que la incidencia de VIH era mayor entre los usuarios de drogas inyectables, creó una alarma en los años ochenta relacionada con la expansión de esta enfermedad, lo cual contribuyó al reconocimiento de la pertinencia de las alternativas de asistencia sanitaria que dieron sustento a la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños en Europa, dirigidos especialmente a la población de usuarios de drogas inyectables (Romaní, 2008).

Recientemente, se ha evidenciado que estas medidas resultan ser no solo costo-efectivas, sino que tienen impactos positivos en la disminución de las prevalencias de infecciones que resultan más graves que la misma adicción, como por ejemplo el VIH/Sida. Aun así, las prevalencias de VIH entre la población usuaria de drogas inyectables sigue siendo 28 veces superior que entre la población general. Esta situación se atribuye a las políticas punitivas y a la criminalización, estigmatización, falta de inversión y ausencia o inadecuadas medidas de prevención y reducción de daños en algunos países (UNAIDS, 2014).

Visión ampliada

Existe una manera de aplicar el concepto de la reducción del daño de manera estricta y que no solo responde a los programas y acciones que más visibilidad tienen en relación con la disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas entre personas que usan drogas, sino que se considera desde el principio según el cual se busca la minimización de todos los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Aplicar este principio de manera rigurosa implica revisar los daños de todo orden, tanto en el nivel individual y físico, como en los ámbitos familiares, comunitarios y sociales, más allá del efecto de disminuir la incidencia del VIH, VHC y Tuberculosis. Incluso, no se remite solamente al hecho del consumo de sustancias psicoactivas, sino que también comprende los procesos de producción y distribución de las drogas, de modo que se toma en consideración una serie de problemáticas asociadas que van desde accidentes automovilísticos, riñas callejeras, prostitución, violencia doméstica, pérdida de bienes materiales y relaciones, afectación de la productividad laboral; como también los problemas de violencia asociados al narcotráfico a escala macro y micro. Esto implica tomar en consideración los homicidios, reclutamientos forzados, encarcelamientos, corrupción de las instituciones estatales por las mafias locales y desplazamientos, que podríamos llamar destierros, que ocurren con mayor densidad y dramatismo

en América Latina, especialmente en Colombia. Este enfoque también comprende los costes económicos de seguridad y salud y los daños ambientales asociados a la producción de drogas.

Es así que en la visión ampliada se toma en consideración aquella dimensión social del proceso de producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas. En esta aproximación se complejiza la mirada de salud pública, cuando se retoma la discusión, clásica en el tema de la prevención, que trata sobre cómo disminuir la virulencia del agente patógeno. Para el caso específico de las drogas, este punto es equiparable al tipo de control que se tiene sobre la sustancia. De este modo, la salud pública incursiona en una discusión con las ciencias jurídicas, principalmente orientadas desde el prohibicionismo y la criminalización para generar dicho control. Los argumentos de la salud pública, entonces, se mueven al terreno político y de la legislación para promover enfoques alternativos al prohibicionismo en tanto las afectaciones de salud, bienestar revierten años de vida potencialmente perdidos cuando revisamos los homicidios, las lesiones, la violencia, la corrupción, los daños ambientales, los costes económicos, entre otros (Csete et al., 2016; Harris & Rhodes, 2018; Jones et al., 2017; Machín & Mendoza, 2015; Martínez Oró et al., 2020; Menéndez, 2012; Moore & Rhodes, 2004; Stafford, 2007; Stevens, 2013)"

En torno a la discusión sobre la legalización, se plantea como salida en tanto que disminuirían este otro tipo de "externalidades" del proceso de producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas. Se realiza una asociación entre el enfoque prohibicionista con la declaración de la guerra contra las drogas de Richard Nixon en 1971 y se plantea que este enfoque corresponde más con orientaciones ideológicas que a decisiones sustentadas en aportaciones científicas u orientadas en relación con los derechos humanos (Hathaway & Erickson, 2003; A Stevens, 2013; Alex Stevens, 2011; Tammi & Hurme, 2007). La prohibición es entendida como arbitraria, mientras se atribuye que la actual distinción entre sustancias legales e ilegales no se basa inequívocamente en un análisis farmacológico, sino, en gran medida, en precedentes

históricos y culturales. De igual modo, se considera la prohibición como distorsionada por unas visiones con gran carga moral sobre una supuesta dicotomía entre 'drogas buenas y drogas malas', es decir, entre drogas legales e ilegales (Global Comission on Drug Policy, 2019). Las propuestas, entonces, apuntan hacia la legalización, la cual se puede dividir en tres tipos: 1) legalización liberal, que se promueve con controles estatales (prohibición de venta a menores); 2) regulación estatista, en la cual el Estado se responsabiliza de la producción y comercialización de sustancias psicoactivas; 3) legalización controlada, en la cual se propone la regulación de la producción, la comercialización y el uso para evitar los daños a la sociedad.

Desde estas opciones, se plantea que la mirada de la reducción de daño debe considerar los enfoques de salud pública como medida para abordar las poblaciones que son más vulnerables frente al fenómeno de las sustancias psicoactivas, esto es, los niños, jóvenes y pobres (Santos de Lima & Fleury Seidl, 2017; Passos et al., 2005) Un objeto de análisis recurrente es Portugal como país pionero, donde se ha implementado una descriminalización de todas las drogas desde el 2001. Frente a estas medidas se ha concluido lo siguiente: a) los niveles de uso de drogas son más bajos que el promedio europeo; b) el uso de drogas ha disminuido en el grupo de edad de 15 a 24 años; c) a pesar de que la prevalencia de vida de uso de drogas aumentó, las tasas de consumo de drogas durante el último año y el mes pasado entre la población en general, disminuyeron; d) en términos del consumo de drogas entre los adolescentes, disminuyó durante varios años después de la despenalización; e) Las tasas de consumo continuado de drogas en la población general han bajado; f) las transmisiones de VIH entre los usuarios de drogas inyectables ha bajado notablemente, pasando de 1016 a 56 entre 2001 y 2012; g) en cuanto a las muertes por uso de drogas, descendieron de 80 en 2001 a 16 en 2012; h) Los homicidios aumentaron en un 40 % entre el 2001 y el 2006, no obstante, no existe una asociación causal entre este aumento con las políticas de drogas; i) se redujeron los

arrestos relacionados con delitos de drogas, pasando de 14000 en el año 2000 a 6000 por año una vez entró en rigor la política. La cantidad de personas que cometieron crímenes bajo el efecto de las drogas también se redujo.

A pesar de este balance positivo desde los indicadores, también se ha criticado que el presupuesto de salud para la atención de la reducción de daños asociados al consumo de SPA se haya mermado en los últimos años, lo cual se presenta como una amenaza para la sostenibilidad de los resultados (Transform Drug Policy Foundation, 2018). Estas consideraciones son tenidas como argumentos de peso desde los promotores de la reducción de daños a nivel de la política pública y sobre todo desde los que promueven la legalización, siendo que con frecuencia denuncian lo cargado ideológica y moralmente del debate en torno a las drogas (Csete et al., 2016; Hall, 2007; Nutt, 2009).

Otro elemento de la aplicación del enfoque de salud pública de la reducción de daños se evidencia al considerar los factores estructurales que se enmarcan como las raíces causales de las problemáticas del uso de sustancias, de modo que se propone el abordaje desde la implementación de políticas que promuevan el empleo, el alojamiento y la salud, posibilitando acceso a servicios sociales que propicien la equidad, el bienestar y justicia social en el contexto del uso problemático de sustancias (Pauly, 2008). En este sentido, se propone superar el enfoque de acceso y acercamiento a los servicios de salud para los usuarios problemáticos de las sustancias psicoactivas para dar paso a un abordaje intersectorial en el que tanto los servicios sanitarios como los sociales se acerquen y adecúen a las necesidades y condicionamientos de los usuarios problemáticos de las sustancias psicoactivas. Una mirada complementaria en este sentido supone retomar el concepto de vulnerabilidad que ha sido definido como el conjunto de factores que limita o restringe la capacidad de controlar o responder frente a eventos adversos tales como la edad, el género, la etnia y la pobreza como una estrategia para revisar más allá de lo que tradicionalmente se

toma en consideración cuando se estiman los factores de riesgo (Ezard, 2001).

Aportando a esta discusión aparece el concepto de *ambiente de riesgo* el cual se entiende como el espacio ya sea social o físico en el que una variedad de factores estructurales y circunstanciales interactúan para aumentar las posibilidades de daño relacionado con las drogas (Duff, 2009, 2014; Harris et al., 2020; Holloway et al., 2018; Rhodes & Hedrich, 2010.; West et al., 2014; Wirtz et al., 2015) No obstante, y a pesar de este entramado teórico que ilumina la relación de influencia recíproca entre la vulnerabilidad y la salud en general, así como los daños relacionados con las drogas en particular, los programas específicos que generan acciones en este sentido son escasas. Para lograr un programa integral, inevitablemente, deben tenerse en cuenta asuntos relativos a la política de vivienda, por ejemplo, lo cual puede revertir en una visión de reducción de daños; al igual que una variedad de factores microeconómicos, empleo y otras iniciativas de desarrollo comunitario. Esta visión no solo implica tener disponibilidad de cobertura e impacto de la distribución de jeringas a nivel comunitario, sino reconocer la importancia de la acción y organización colectiva, la gestión política e iniciativas de lucha contra la pobreza de poblaciones vulnerables que usan drogas (Holloway et al., 2018; Moore & Rhodes, 2004; Pauly et al., 2016; Rhodes, 2009; Rhodes & Treloar, 2008; Voon et al., 2018; West et al., 2014

En este sentido, el conocimiento de las comunidades de usuarios en relación con la reducción de daños toma importancia y aquí aparece un elemento adicional; se debe incluir no solo la óptica de cómo se comprenden los daños causados, sino también de los beneficios percibidos por parte de los usuarios y no usuarios. Es decir, se debe tomar en consideración el balance entre daños y beneficios por parte de los usuarios que contribuye a la comprensión de las motivaciones subjetivas que modelan un determinado *cómo* del uso de las drogas (Nichter, 2006). Lo que puede mejorar la comprensión del fenómeno implicaría la inclusión de los valores estéticos, políticos y espirituales que pueden

orientar o no una práctica de uso de drogas. Desde la lógica de la reducción de daños, el cómo se consume cobra relevancia, en tanto que modificando la manera de hacerlo se pueden prevenir daños y muertes prematuras. Así, la combinación de sustancias, la calidad de la droga, las dosis, las frecuencias, las técnicas de administración, las circunstancias concretas en las que se hace, tanto como las mismas expectativas y rituales, hacen parte del entramado que es necesario analizar (Moraes et al., 2015; Romaní, 2008).

Otro asunto de importancia fundamental en la mirada ampliada es la promoción de la autonomía de los usuarios en su atención de enfermedades, pero también en términos del saber biomédico para lidiar con sus padecimientos. De este modo, la intervención privilegiada supone formación de grupos de ayuda mutua, los cuales funcionan a través de la agrupación de pares usuarios que lidian con sus padecimientos colectivamente e intercambian experiencias que les permiten manejar su adicción a manera de comunidades emocionales, donde se intercambian todo tipo de saberes.

Todos estos fenómenos responden a una mirada relacional en la que se considera cómo los actos individuales se enmarcan en un entramado de acción colectiva que repercute de igual manera en aspectos del individuo y la sociedad. Desde esta mirada, se tiende a generar una fuerte crítica hacia el prohibicionismo, el cual es predominante en todos los países y que, sin embargo, desde algunas experiencias puntuales de legalización contribuye a la transformación del paradigma con diferentes intentos y propuestas de regularización.

Divergencias y confluencias de la visión ampliada y técnica de la reducción del daño

Hasta ahora nos hemos encargado de señalar las divergencias de las visiones técnica y ampliada de la reducción del daño que nos ponen en evidencia la diversidad de posibilidades de abordajes

a la hora de pensarnos en un programa o acción concreta en este sentido. Sin embargo, también es importante comprender cuáles son los elementos comunes, así como entender por qué se decantan estas visiones como entidades discretas. A continuación, se presentan una serie de elementos comunes.

No es necesaria la abstinencia: la principal característica que comparten las dos visiones de reducción del daño es que ambas son contrarias al paradigma de la abstinencia. Es decir, que no se espera que los usuarios de drogas dejen de consumir la droga para el acceso a algún tipo de intervención, tal y cómo ha sido en el modelo dominante de tratamiento. Se plantea, en cambio, que el tratamiento debe ser orientado y accesible para las personas que no quieren o no pueden suspender el uso de drogas, porque carecen de recursos emocionales o físicos para hacerlo. Por otro lado, también es cierto que se puede ser beneficiario de estrategias de reducción del daño sin ser consumidor de alguna sustancia, como se da, por ejemplo en el caso de las medidas sancionatorias para los conductores de vehículos bajo estado de embriaguez; en este caso, los beneficiarios son todos los potencialmente afectados con un accidente causado por una persona bajo los efectos del alcohol, incluidos peatones, a los que no se les toma en cuenta su relación con la droga para resultar beneficiados.

Acercar servicios de salud: en este punto, se plantean las estrategias *outreach* que buscan acercar los servicios sanitarios hasta los lugares donde los usuarios de drogas consumen y hacen su vida social. Se parte del supuesto de que las personas no van en búsqueda de atención por los distintos problemas de acceso, estigmatización y porque pocas veces se plantea un acercamiento empático hacia los usuarios donde se acepte su consumo sin una condena moral. En este sentido, se plantean líneas de acción en los bares, calles, parques y lugares de encuentro de las personas usuarias de SPA para llevar información de prevención y atención sanitaria. El acercamiento no solo implica llevar servicios, sino también mejorar el lenguaje para propiciar una comunicación asertiva con la población de usuarios y potenciales usuarios de drogas.

Se lucha contra el estigma: este punto plantea desnaturalizar una mirada construida social y culturalmente a partir de un etiquetamiento social. Este abordaje de señalar el fenómeno del estigma como desencadenante de trayectorias que profundizan la marginación y el aislamiento en torno a una identidad desviada, proviene de la teoría sociológica de los sesentas de la Escuela de Chicago con aportaciones muy relevantes de Becker (2009) y Goffman (2006) que han tenido un eco en las ciencias de la salud, quienes se apropian del concepto para realizar una autocrítica en torno a la relación que se establece desde el personal de salud con los usuarios de sustancias psicoactivas.

Enfoque de derechos humanos: este enfoque se menciona como una orientación relacionada con la reflexión anterior, en tanto que, desde ciertas orientaciones sociales y culturales, la identidad del sujeto usuario de drogas se ha señalado al punto que se le ha desprovisto de su dimensión de sujeto de derechos. El paradigma abstencionista, incluso, se erige sobre la premisa de que el usuario no recibe el tratamiento, sino hasta que el usuario practique la sobriedad. Desde esta mirada, aplica el procedimiento contrario tanto por el acceso a sus derechos, respeto de las libertades individuales, como por la congruencia entre fines y medios, de modo que se condena la violencia de cualquier tipo en los métodos de tratamiento.

Metas intermedias: si bien algunas de las aproximaciones de la reducción del daño no se plantean en absoluto el tema de la abstinencia como meta última, la mayoría por lo menos no descarta que esto se pueda dar como posibilidad y otras sí buscan este propósito explícitamente, sin condicionar los tratamientos a su logro. Es decir que la reducción del daño se plantea también como estrategia de metas intermedias, donde la meta última es llegar hasta la abstinencia. De no alcanzarse la meta última se insiste en las metas intermedias. De manera que esto plantea una forma de persuasión hacia el usuario de sustancias psicoactivas, desde la cual se entiende su libertad como motor principal de transformación, sin agredir sus opciones y permitiéndole, a través

del acceso a los servicios de salud y sociales, entrar en una red de derechos y de deberes en la que experimente bienestar y a partir de la que se posibilitan maneras de rehacer su identidad que se verá reflejada en una serie de prácticas que le reporten menos daño.

Paciente bien informado: en este punto, se toma en consideración que la información sobre la calidad del producto; la dosificación adecuada; las técnicas a través de las cuales se realiza la administración; las expectativas creadas a través de la información previa que se obtiene en los grupos de pares; las consecuencias tanto positivas como negativas en términos de los aspectos físicos, psicológicos y sociales; las condiciones en las que se realiza el consumo, pero también los conocimientos relativos al manejo de las consecuencias adversas como, por ejemplo, el manejo de sobredosis, todo esto puede contribuir en función del empoderamiento y autonomía del usuario, en tanto herramientas que le pueden dar más control sobre su relación con la sustancia y esto puede tener incluso mayor eficacia si la información llega previamente a sus primeras experiencias de consumo. De este punto también se puede derivar otra reflexión y es que, desde la óptica de la reducción del daño, no todo consumo de sustancias psicoactivas es necesariamente problemático, de modo tal que una regulación de ciertos asuntos podría incluso generar un disfrute sin mayores consecuencias.

Los no usuarios de sustancias psicoactivas: si bien pareciera que la reducción de daños se aplica principalmente en las personas usuarias de sustancias psicoactivas, que además tienen un consumo problemático, esta no es una condición *sine qua non* del enfoque, ya que si tenemos en cuenta todos los daños de todo orden, los daños del consumo de sustancias psicoactivas exceden a los daños que tienen los usuarios mismos, de modo que algunas intervenciones en los usuarios de sustancias psicoactivas o en los otros afectados por los usuarios, también podrían considerarse estrategias de reducción de daños. En este sentido, la mirada ampliada tiene más en consideración los aspectos

colectivos. No obstante, este punto no es completamente ajeno para la mirada técnica. Esta última supone la dimensión colectiva desde el impacto que genera al disminuir la prevalencia de las enfermedades infecciosas, pero indirectamente a través de la generación de bienestar para los usuarios que revierte en los microgrupos a los que éstos pertenecen. De este modo, los programas y orientaciones tendrán que ver más o menos con los no usuarios de sustancias psicoactivas dependiendo del tipo de daño al que nos refiramos y la droga en cuestión.

Pragmatismo: Esta puede ser la máxima que caracteriza de un modo más concreto el sentido del enfoque de reducción de daños. Desde una postura pragmática, se convoca a la intervención para la minimización del daño, independientemente si el daño en cuestión pudiera ser solucionado con la abstinencia (Mercer, 2013). Como un segundo elemento del pragmatismo, tenemos la consideración según la cual ninguna persona puede tener comportamientos perfectos en términos de salud, en tanto que son influenciados por normas sociales y comunitarias. En este sentido, siempre lo que mejor se puede hacer al respecto es buscar un nivel, diferente en cada persona o grupo, de comportamiento saludable (Hawk et al., 2017). Finalmente, tenemos que el elemento del pragmatismo es el que tal vez nos lleva a diferentes interpretaciones sobre la reducción del daño, en tanto que los primeros programas de reducción del daño trabajaron sin bases teóricas, (Victor, Lushin, y Anastas, 2011), y por tanto solo hasta ahora se encuentran en desarrollo.

Este punto es el que nos devela el principal problema entre la aproximación técnica y ampliada, debido a que, por un lado, la visión ampliada acusa a los que suscriben la visión técnica de olvidar los factores colectivos del riesgo en relación con el uso de sustancias psicoactivas; incluso plantea que la reducción del daño desde un punto de vista farmacológico puede estar orientada hacia el control de los pacientes en función de la demonización del placer y la adecuación de las subjetividades acorde con un determinado sistema productivo (Bourgois, 2000,

2002; Miller, 2015) y por tanto consideran a la visión técnica como sesgada, mientras que la visión técnica acusa a la visión ampliada de no propender por el pragmatismo en tanto las soluciones que proponen como ofrecer vivienda, alternativas de empleo, promover transformaciones estructurales asociados con asuntos sociales y políticos no se podrían comprender justamente como asuntos prácticos.

Para Jiao (2019), la tensión entre la visión técnica y ampliada no puede ser entendida sin remitirnos justamente a los fundamentos paradigmáticos; teóricos y epistemológicos de ambas visiones. Mientras que el conocimiento biomédico puede ser enmarcado en un paradigma post positivista, que suscribe un realismo crítico en la que la realidad solo es probabilísticamente alcanzable y la comunidad de expertos son los que dan validez al proceso de producción del conocimiento; la visión ampliada, por su parte, es producto de paradigmas constructivistas o críticos que consideran la realidad construida como producto de variables históricas modeladas por aspectos políticos, económicos, culturales, étnicos y de género. En este paradigma, la realidad solo es imperfectamente alcanzable a través de una mayor profundización y sofisticación del conocimiento. El criterio de validez es el consenso de expertos. Finalmente, esta autora plantea que la visión técnica está asociada a una ideología neoliberal, mientras que lo que aquí se ha llamado una visión ampliada, está asociada a una ideología social demócrata. La autora vincula la visión técnica con una ideología neoliberal en tanto que los usuarios de drogas inyectables son comprendidos como ciudadanos responsables individualmente de su propio bienestar. Mientras que una aproximación desde una ideología socialdemócrata se trata de una economía capitalista regulada por el interés público, por tanto, direcciona mecanismos de redistribución de la riqueza y de justicia social. En este sentido, el tipo de intervenciones que se proponen desde esta visión de la reducción del daño tienden a promover más las responsabilidades colectivas que individuales y, por tanto, es relevante el rol del Estado en la garantía y acceso a derechos de todo tipo.

Finalmente, esta autora argumenta que la verdadera oposición entre ambas posturas es ideológica y no práctica, por lo que, más bien, en función del pragmatismo, debería de propenderse por una complementariedad, en vez de propiciar rivalidades entre las distintas orientaciones de la reducción del daño, lo cual nos permitiría un gran avance en esta materia. Para orientar esta fusión, debería de reconsiderarse la jerarquía existente entre el conocimiento biomédico y el conocimiento producido desde las ciencias sociales sobre los procesos de salud, enfermedad y atención, pero también intentar balancear las aportaciones de las distintas aproximaciones que nos brinden soluciones. Esta postura conciliadora inevitablemente tendrá que fortalecerse sobre la base de la evaluación de la eficacia de las distintas aportaciones que se realicen en torno a la reducción del daño, en función de fortalecer las bases teóricas de este enfoque y de este modo fundamentar el pragmatismo.

Aplicabilidad de reducción de daños entre menores de edad

De acuerdo con lo discutido hasta el momento, la reducción de daños pareciera ser un enfoque, más que un conjunto de intervenciones determinadas, el cual comprende unas ciertas características y principios filosóficos que, como vimos, giran en torno a propiciar el menor daño posible en relación con el uso de sustancias psicoactivas. La diversidad de concepciones sobre reducción del daño nos plantea un reto, ya que para aplicar la reducción del daño debemos aclarar a qué nos referimos en función de orientar adecuadamente las prácticas (Dos Santos et al, 2010). No obstante, si asumimos la postura según la cual la visión técnica se podría subsumir a la visión ampliada, tendríamos como referente el corpus de principios comunes que estimamos como fundamento de la reducción del daño para la orientación de dicho enfoque.

En este sentido, tendríamos una gama amplia de posibilidades de aplicación del enfoque de reducción del daño. Incluso, podríamos cuestionar las distinciones entre prevención y reducción del daño

(Foy, 2017) y avanzar hacia propuestas como la de Andrade (2002), quien estima que sería mejor hablar de prevención del daño. Esto nos permitiría considerar que, por ejemplo, el retraso de la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas puede ser visto como un objetivo de prevención universal, pero, al mismo tiempo, de reducción del daño, pues allí no se cuestiona ni se espera que los sujetos sean abstemios, sino que disminuyan los daños asociados al consumo temprano de las sustancias psicoactivas (Miller, 2005). Otro tipo de abordajes son aquellos que se dan en torno a la educación sobre beneficios y daños de las sustancias psicoactivas desde un lenguaje empático con los jóvenes, lo cual apunta a un objetivo realista de la reducción de daños, más que esperar la abstinencia total (Bosque-Prous, Marina; Brugal Teresa, 2016; Brown et al., 2019; Morgan et al., 2013; Philbin & FuJie, 2014)". También se encuentran las apuestas de apoyo psicosocial como medidas para reducción del daño entre menores (Da Silva Araújo et al., 2013), o los programas dirigidos a madres consumidoras gestantes y lactantes (Mimi Nichter et al., 2008; Torchalla et al., 2015). Lo cierto es que, para poder iniciar una discusión sobre la posibilidad de aplicar la reducción de daños en todos los grupos de edad, deberíamos de precisar a qué daños y a qué drogas nos referimos. Esto implica un conocimiento del contexto al que nos enfrentamos y reconocer cuáles son las problemáticas más importantes de los niños y adolescentes en materia de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, ya sea de ellos como usuarios o como afectados directa o indirectamente por el consumo de sus padres o de un círculo cercano. Países como Brasil con problemáticas similares a las nuestras, pero con un desarrollo teórico y metodológico mayor en relación con la reducción del daño, han avanzado en propuestas concretas como los *Consultórios de Rua,* que están orientados hacia la población en situación de calle que incluye a los menores de edad (Engstrom et al., 2019; Passos & Lima, 2013).

Una opción viable para darle cabida a una discusión estructurada a este respecto sería comenzar con una ponderación de los daños

de todo orden, definir de qué daños hablamos, comprender cuáles son sus causas, definir criterios de ponderación y aplicar algún instrumento que nos permita acercarnos a una medición. Lo más cercano que tenemos a esto es la propuesta de un análisis multicriterio (Caulkins et al., 2011; Cepeda et al., 2018; Morgan et al., 2013; Nutt, 2009; Nutt et al., 2010)". Esta consiste en ponderar los daños del consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales a nivel individual, psicológico y social a través de un consenso de expertos que puntúan una serie de criterios, produciendo un instrumento de jerarquización sobre las sustancias que producen más o menos daños. No obstante, como limitación de esta metodología, se encuentran los elementos que contribuyen a ponderar el daño hacia los otros, los cuales, si bien se consideran, sigue teniendo formas de medición muy restringidas, ya que no se consideran los aspectos relativos al proceso de producción y comercialización de las sustancias psicoactivas que, en un contexto como el nuestro, tendrían seguramente un impacto importante. De esta metodología queda por definir cuál sería el papel de los usuarios de sustancias psicoactivas, sus familias, comunidad y los actores institucionales que los atienden en la construcción de los programas de intervención de la reducción del daño. Esto en consonancia con algunos de los principios de la reducción del daño que propenden por promover la participación, la autonomía y los derechos humanos (Kimmel et al., 2021).

Conclusiones

La primera vía para avanzar hacia una reducción del daño implica partir de una concepción unificada de reducción del daño. En este sentido, se propone en este análisis subsumir la visión técnica en la ampliada, toda vez que las problemáticas en relación con el uso de sustancias psicoactivas en el contexto colombiano pueden variar mucho frente a aquellas en las que se han desarrollado las iniciativas más visibles de la reducción del daño, particularmente, en relación con los usuarios de drogas inyectables. Por otro lado, tenemos que la mayoría de los daños no han sido ni analizados

ni intervenidos desde la óptica sanitaria e intersectorial, en función de disminuir la problemática concreta. En este sentido, existen enormes posibilidades de aplicar miradas novedosas y desarrollar intervenciones de acuerdo con los elementos del contexto. Para ello se requiere un análisis minucioso de los daños, ya que la mayoría de las ponderaciones respecto de los daños han respondido más a asuntos políticos e ideológicos que científicos; un análisis asociado a un diagnóstico en relación con los daños relativos al consumo de sustancias psicoactivas en los territorios, discriminando los distintos grupos de edad. Un elemento adicional, que podría contribuir a profundizar el análisis, sería superar la mirada morbicéntrica y no solo revisar cuáles son las consecuencias negativas del consumo, sino también las positivas, de modo tal que podamos comprender cuál es la función que cumple en las sociedades y por qué se reproducen las prácticas asociadas a la producción, comercialización y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, nos queda como reto implementar una metodología participativa en la que tanto los usuarios de sustancias psicoactivas, como sus familiares, la comunidad y los diferentes actores que tienen que ver con el fenómeno, puedan construir conjuntamente una propuesta de intervención desde el enfoque de la reducción del daño.

Referencias

Andrade, T. M. (2002). Redução de danos: um novo paradigma? En CETAD/UFBA; CPTT/Prefeitura de Vitória-ES & ACODESS (Org.). *Entre riscos e Danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas* (pp. 83–86). Editions Scientifiques ACODESS.

Becker, H. (2009). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación.* Siglo XXI.

Bosque-Prous, M.; & Brugal, T.. (2016). *Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. Gaceta sanitaria, 30*(supl. 1), 99–105.

Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry, 24*(2), 165–195. https://doi.org/10.1023/A:1005574918294

Bourgois, P. (2002). Anthropology and *epidemiology on drugs: the challenges of cross- methodological and theoretical dialogue. International Journal of Drug Policy, 13*(4), 259–269.

Brown, G., Crawford, S., Perry, G. E., Byrne, J., Dunne, J., Reeders, D., Corry, A., Dicka, J., Morgan, H., & Jones, S. (2019). Achieving meaningful participation of people who use drugs and their peer organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal, 16,* artículo 37. https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6

Caulkins, J. P., Reuter, P., & Coulson, C. (2011). Basing *drug scheduling decisions on scientific ranking of harmfulness: false promise from false premises. Addiction, 106*(11), 1886–1890. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03461.x

Cepeda, J. A., Eritsyan, K., Vickerman, P., Lyubimova, A., Shegay, M., Odinokova, V., Beletsky, L., Borquez, A., Hickman, M., Beyrer, C., & Martin, N. K. (2018). Potential impact of implementing and scaling up harm reduction and antiretroviral therapy on HIV prevalence

and mortality and overdose deaths among people who inject drugs in two Russian cities: a modelling study. *The Lancet HIV, 5*(10), 578–587. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30168-1

Conte, M., Teresinha, R., & Sbruzzi, C. (2004). Redução de danos e saúde mental na harm reduction and mental health in the primary. *Boletim Da Saude, 18*(1), 59–77.

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., ... Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet, 387*(10026), 1427–1480. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X

Da Silva Araújo, A. T., Da Silva, J. C., Motta de Oliveira, F. (2013). Infância e adolescência e redução de danos / intervenção precoce: Diretrizes para intervenção. *Psicologia Argumento, 31*(72), 145–154.

Santos de Lima, H., & Fleury Seidl, E. M. (2017). Consultório na Rua: percepção de profissionais e de usuários sobre redução de danos. *Revista Psicologia Em Pesquisa, 11*(2), 33–41. https://doi.org/10.24879/2017001100200164

Des Jarlais, D. C. (2017). Harm reduction in the USA: The research perspective and an archive to David Purchase*. Harm Reduction Journal, 14*, artículo 51. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0178-6

Drucker, E., Anderson, K., Haemmig, R., Heimer, R., Small, D., Walley, A., Wood, E., &Van Beek, I. (2016). Treating addictions: Harm reduction in clinical care and prevention. *Journal of Bioethical Inquiry, 13*(2), 239–249.

Duff, C. (2009). The drifting city: The role of affect and repair in the development of "Enabling Environments". *International Journal of Drug Policy, 20*(3), 202–208. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.08.002

Duff, C. (2014). The place and time of drugs. *International Journal of Drug Policy, 25*(3), 633–639. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.014

Ezard, N. (2001). Public health, human rights and the harm reduction paradigm: From risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy, 12*(3), 207–219. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(01)00093-7

Foy, S. (2017). *Solution Focused Harm Reduction.* Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72335-8_3

Friedman, S. R., de Jong, W., Rossi, D., Touzé, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D. C., & Elovich, R. (2007). Harm reduction theory: Users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *International Journal of Drug Policy, 18*(2), 107–117. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.006

Fry, C. L., & Irwin, K. (2009). Engaging the values-based ethical dilemmas in harm minimization: A response to weatherburn. *Addiction, 104*(5), 862–863. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02543.x

Global Commission on Drug Policy. (2019, 12 de julio). La clasificación de sustancias psicoactivas Cuando se dejó atrás a la ciencia. *International Drug Policy Consortium.* https://bit.ly/3sVH4E5

Goffman, I. (2006). *Estigma*. Siglo XXI.

Grijalvo López, J., & Insúa Cerretani, P. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles Del Psicólogo,* (77), 33–45.

Harris, M., & Rhodes, T. (2018). "It's not much of a life": the benefits and ethics of using life history methods with people who inject drugs in qualitative harm reduction research. *Qualitative Health Research, 28*(7), 1123–1134. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732318764393

Harris, M., Scott, J., Hope, V., Wright, T., McGowan, C., & Ciccarone, D. (2020). Navigating environmental constraints to injection preparation: The use of saliva and other alternatives to sterile water among unstably housed PWID in London. *Harm Reduction Journal, 17,* artículo 24. https://doi.org/10.1186/s12954-020-00369-0

Hathaway, A. D., & Erickson, P. G. (2003). Drug reform principles and policy debates: Harm reduction prospects for cannabis in Canada. *Journal of Drug Issues, 33*(2), 465–495. https://doi.org/10.1177/002204260303300209

Hawk, M., Coulter, R., Egan, J., Fisk, S., Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal, 14*, artículo 70. https://link.springer.com/article/10.1186/s12954-017-0196-4

Holloway, K., Hills, R., & May, T. (2018). Fatal and non-fatal overdose among opiate users in South Wales: A qualitative study of peer responses*. International Journal of Drug Policy, 56,* 56–63. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.007

International Harm Reduction Association. (2010). *What is harm reduction?* https://www.hri.global/what-is-harm-reduction

Jiao, S. (2019). Harm reduction: Philosophical drivers of conceptual tensions and ways forward. *Nursing Inquiry, 26*(2), artículo e12286. https://doi.org/10.1111/nin.12286

Jones, K. H., Laurie, G., Stevens, L., Dobbs, C., Ford, D. V., & Lea, N. (2017). The other side of the coin: Harm due to the non-use of health-related data. *International Journal of Medical Informatics, 97,* 43–51. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.010

Kimmel, S. D., Gaeta, J. M., Hadland, S. E., & Hallett, E. (2021). Principles of harm reduction for young people who use drugs. *Pediatrics, 147*(supl. 2), 240–248.

Machín, J. Mendoza, A. (2015). *Meta-modelo ECO2: Apuntes sobre prevención y reducción de riesgos y daños asociados al consumo*

de sustancias psicoactivas. Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas.

Martínez Oró, D., Apud, I., Scuro, J., & Romaní, O. (2020). La funcionalidad política de la "ciencia" prohibicionista: El caso del cannabis y los psicodélicos. *Salud colectiva, 16,* artículo e2493. https://doi.org/10.18294/sc.2020.2493

Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva, 8*(1), 9–24.

Mercer, T. (2013). Aristotle on drugs. *New Bioethics, 19*(2), 84–96. https://doi.org/10.1179/2050287713Z.00000000030

Miller, P. G. (2005). Harm reduction ethics: A promising basis for drug policy. *Drug and Alcohol Review, 24*(6), 553–554. https://doi.org/10.1080/09595230500404160

Miller, P. G. (2015). A critical review of the harm minimization ideology in Australia. November. *Critical Public Health, 11*(2), 167–178. https://doi.org/10.1080/09581590110039865

Moore, D., & Rhodes, T. (2004). Social theory in drug research, drug policy and harm reduction. *International Journal of Drug Policy, 15*(5-6), 323–325. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.003

Moraes, M., Montenegro, M., Medrado, B., & Romaní, O. (2015). Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicologia Em Pesquisa, 9*(2), 148–158. http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020005

Morgan, C. J. A., Noronha, L. A., Muetzelfeldt, M., Fielding, A., & Curran, H. V. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: Findings of an international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology, 27*(6), 497–506. https://doi.org/10.1177/0269881113477744

Nichter, Mark. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos,* (20), 109–132.

Nichter, Mimi, Nichter, M., Adrian, S., Goldade, K., Tesler, L., & Muramoto, M. (2008). Smoking and harm-reduction efforts among postpartum women. *Qualitative Health Research, 18*(9), 1184–1194. https://doi.org/10.1177/1049732308321738

Nutt, D. J. (2009). Equasy - An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms. *Journal of Psychopharmacology, 23*(1), 3–5. https://doi.org/10.1177/0269881108099672

Nutt, D. J, King, L., Researcher, I., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet, 376*(9752), 1558–1565. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6

Passos, I. F., Cristina, I., & Faria, B. (2005). Drug policy: What impact does it have on children and youth? *Psicología & Sociedade, 25,* 111–121.

Pauly, B.. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy, 19*(3), 195–204. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.02.009

Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Krysowaty, B., & Stockwell, T. (2016). Finding safety: A pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal, 13,* artículo 15. https://doi.org/10.1186/s12954-016-0102-5

Philbin, M. M., & Fu Jie, Z. (2014). Exploring stakeholder perceptions of facilitators and barriers to using needle exchange programs in Yunnan Province, China. *PLoS ONE, 9*(2), artículo 86873. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086873

Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy, 20*(3), 193–201. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003

Rhodes, T., & Treloar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: A qualitative synthesis. *Addiction, 103*(10), 1593–1603. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02306.x

Romaní, O. (2008). Drug policies: Prevention, participation and harm reduction. *Salud Colectiva, 4*(3), 301–318. https://doi.org/10.1590/s1851-82652008000300004

Santos, V. E., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 20*(3), 995–1015. https://doi.org/10.1590/s0103-73312010000300016

Stafford, N. (2007). Using words: The harm reduction conception of drug use and drug users. *International Journal of Drug Policy, 18*(2), 88–91. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.01.001

Stevens, A. (2013). *Modernising drug law enforcement: Applying harm reduction principles to the policing of retail drug markets* [Informe de proyecto]. University of Kent. https://kar.kent.ac.uk/38894

Stevens, A. (2011). Drug policy, harm and human rights: A rationalist approach. *International Journal of Drug Policy, 22*(3), 233–238. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.003

Tammi, T., & Hurme, T. (2007). How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy, 18*(2), 84–87. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.003

Transform Drug Policy Foundation. (2018). *Drug decriminalisation in Portugal setting the record straight.* Transform Drug Policy Foundation. https://transformdrugs.org/drug-decriminalisation-in-portugal-setting-the-record-straight/

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *Services for people who inject drugs.* https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/2014guidance_servicesforpeoplewhoinjectdrugs

Victor, Lushin, J. W. A. (2014). Harm reduction in substance abuse treatment: Pragmatism as an epistemology for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 11*(1), 37–41. https://doi.org/10.1080/1533256X.2011.546205

Voon, P., Greer, A. M., Amlani, A., Newman, C., Burmeister, C., & Buxton, J. A. (2018). Pain as a risk factor for substance use: A qualitative study of people who use drugs in British Columbia, Canada. *Harm Reduction Journal, 15,* artículo 35. https://doi.org/10.1186/s12954-018-0241-y

West, B. S., Choo, M., El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., & Kamarulzaman, A. (2014). Safe havens and rough waters: Networks, place, and the navigation of risk among injection drug-using Malaysian fishermen. *International Journal of Drug Policy, 25*(3), 575–582. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.11.007

Wirtz, A. L., Peryshkina, A., Mogilniy, V., Beyrer, C., & Decker, M. R. (2015). Current and recent drug use intensifies sexual and structural HIV risk outcomes among female sex workers in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy, 26*(8), 755–763. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.017

CONSUMO

Reducción del daño en consumo de sustancias psicoactivas. Una revisión sistemática en estudios observacionales y ensayos aleatorizados[1]

1 Este manuscrito es el resultado de una investigación desarrollada conjuntamente entre la Escuela Contra la Drogadicción de la Gobernación de Antioquia, la Universidad CES y ASCODES SAS.

Juan de Jesús Sandoval
Doctor en Demografía,
Msc en Epidemiología,
estadístico y matemático
Investigador de ASCODES SAS,
Medellín, Colombia
juan.sandoval2@gmail.com

Resumen

Antecedentes. Las políticas de reducción del daño (RD) en consumo de sustancias psicoactivas están estrechamente relacionadas con garantizar los derechos individuales y con un fuerte compromiso con la salud pública, con los derechos humanos y el reconocimiento de este como un problema de la sociedad. Se realizó una revisión sistemática en estudios epidemiológicos observacionales y experimentales, con el fin de estimar prevalencias, realizar comparaciones y estimar el riesgo o beneficio en intervenciones exitosas en RD para personas que usaban drogas o sustancias psicoactivas alrededor del mundo. **Métodos:** búsqueda en fuentes de datos electrónicas (PuBMed, DOAJ, Scielo, RedAlyC, Google Académico) usando la categoría MeSH, escogiendo publicaciones revisadas por pares y estudios primarios mediante el uso de un algoritmo de búsqueda sistemática, basados en la estrategia PRISMA. **Hallazgos:** se encontraron 4537 artículos, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y al final se obtuvieron 678 artículos con todas las palabras claves usadas. Finalmente, en una evaluación detallada y completa, hubo una selección de 27 artículos experimentales y 36 artículos observacionales, para un total de 63 artículos analizados como parte de esta investigación. **Interpretación:** se destacó la RD en el consumo de alcohol / tratamiento con nalmefeno, RD en consumo de tabaco por jóvenes y opio en adultos. Se evidenciaron intervenciones en RD en consumo de marihuana (cannabis), cocaína o crack (basuco), éxtasis y otras drogas. La intervención más analizada correspondió a farmacoterapia para tratamiento de dependencia en opioides con metadona o kits de naloxona, así como intercambio de agujas y jeringas. Al evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico, algunos estudios compararon la administración hospitalaria o la dispensación en farmacias locales y el análisis de la efectividad de la telemedicina, el acompañamiento familiar y profesional y la disponibilidad de lugares supervisados para una inyección segura y reducir el contagio de virus. **Conclusiones:** en la gran

mayoría de los estudios analizados se evidenciaron beneficios en los tratamientos, las intervenciones, la identificación de los consumidores y su entorno familiar y social. Es relevante destacar los programas educacionales en niños y jóvenes en cuanto a RD en consumo de alcohol, tabaquismo y cannabis en entornos escolares y universitarios. También, los programas de agujas y jeringas tanto en farmacias como en sitios de consumo. En cuanto al consumo de alcohol, la relación de éste con la violencia, el daño social y el beneficio en la RD en la sociedad, siendo una de las sustancias que más impactó el entorno social del individuo. No obstante, los resultados deberán ser aplicados con precaución al adaptarlos al contexto colombiano, ya que una parte de las intervenciones realizadas tuvieron posibles sesgos en la selección de los individuos, en la información ofrecida a los participantes y en los procesos de aleatorización, realizadas usualmente en los individuos y no en los tratamientos y esto podría disminuir la calidad de algunas de las investigaciones.

Palabras clave: reducción al daño, estudios experimentales y observacionales, revisión sistemática, intervención, consumo de drogas, epidemiología.

Glosario de Siglas: HR: Harm Reduction; RD: Reducción del Daño; HRP: Programa de Reducción del Daño; PWID: Personas que se Inyectan Drogas; DU: Usuarios de Drogas; OUD: Desorden en el Uso de Opiáceos; VHC: Virus de la Hepatitis C; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana; NSEP/NSP: Programa de Intercambio de Agujas y Jeringas; NESI: Iniciativa para la Vigilancia de Intercambio de Agujas; ART: Tratamiento Antirretroviral; IEP: Provisión de Equipo Inyectable; SIF: Sitios Supervisados para Inyectarse; MMT: Tratamiento de Mantenimiento con Metadona; OMT: Tratamiento de Mantenimiento de Agonista de Opiáceos; OAT/OST: Tratamiento con Agonista o Substituto de Opiáceos; XR-NTX: Naltrexona de Liberación Controlada; BP-NLX/BUP/NAL: Buprenorfina-Naloxona; ASI: Índice de Severidad de Adicciones; PRSS: Servicio de Apoyo a la Recuperación entre Pares; IB: Intervenciones Breves; EM: Entrevista Motivacional; IP:

Intervención Personal; AF: Retroalimentación de Evaluación; TSF: Trabajo Sexual Femenino; GHB: Gamma-Hidroxibutirato; mTHS: Sistema de Calentamiento de Mentol en Tabaco; mCC: Cigarrillos Mentolados; HPHC: Componentes Dañinos y Potencialmente Dañinos; ETS: Exposición a Tabaco Ambiental; PEV: Personas con Experiencia Vívida; SCS: Sitios de Consumo Supervisados.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública global (De Mello Amaral et al., 2016; Tobón Marulanda et al., 2013; Vinet & Faúndez, 2012). Según Degenhardt et al, (2017) citando a Larney et al. (2017), se calcula que aproximadamente 15,6 millones de personas, con un mínimo de 10,2 y un máximo de 23,7 millones, usaban drogas en 2017. Los efectos negativos sobre la salud, sobre el bienestar, son lo que más ha impactado para el no cumplimiento de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* a nivel individual y comunitario a escala mundial (UNODC, 2020). Del mismo modo, este fenómeno mundial permea diversas situaciones problemáticas en los países, como el de producción y tráfico de estupefacientes, la violencia doméstica (De Mello Amaral et al., 2016) , el microtráfico, el auge del paramilitarismo o algunos factores de riesgo asociados a otras enfermedades que se derivan o tuvieron su inicio en el consumo de drogas ya sea de manera directa o indirecta (Bórquez et al., 2019; Meyers et al., 2020). Un gran número de políticas de control de drogas en América Latina aún se basan en los principios generales de eliminar la producción, el comercio o el uso de cualquier sustancia psicoactiva ilegal. De este modo, la “guerra contra las drogas” en América Latina, probablemente haya sido una estrategia funcional para la reducción del narcotráfico, pero también ha generado más violencia, junto con violaciones de derechos humanos (HRI, 2020). No obstante, para esta problemática se han intentado diversas soluciones, algunas menos frecuentes, pero más ligadas al respeto de los derechos individuales y al reconocimiento de un problema de la sociedad como son las

políticas de *RD* del consumo de sustancias psicoactivas. Estas políticas se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. La RD se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales (Bosque-Prous & Brugal, 2016). El objetivo de la investigación consistió en realizar una revisión sistemática efectiva desde el punto de vista de los estudios epidemiólogos, partiendo desde los estudios observacionales hasta los estudios experimentales o ensayos aleatorizados, donde se hayan presentado hallazgos específicamente en prevalencia, comparación o estimación del riesgo (estudios observacionales) o en intervenciones exitosas en RD para diversas personas que usan drogas alrededor del mundo.

Metodología

Con base en la pregunta: ¿qué tipo de evidencia científica en cuanto a prevalencia, estimación del riesgo, comparaciones, intervenciones o tratamientos epidemiológicos mostró eficacia para minimizar los riesgos para la salud de los consumidores de drogas?, se usaron las principales fuentes de datos electrónicas (PuBMed, DOAJ, Scielo, RedAlyC, Google Académico), utilizando la categoría MeSH (Medical Subject Headings) para realizar la búsqueda. En algunos casos, para hallar publicaciones revisadas por pares y estudios primarios mediante el uso de un algoritmo de búsqueda sistemática, basados en la estratega PRISMA (Urrutia & Bonfill, 2010), entre el 1 de enero de 2000 y septiembre de 2020. Para ello, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios que realizaron aportes significativos al desarrollo de la pregunta de investigación; que se incluyera intervención de individuos en cuanto a la RD; artículos originales, con alto grado de validez externa e interna según fuera el caso, entre otros. Se excluyeron publicaciones, documentos o artículos que no cumplieron los criterios de inclusión, como fueron: artículos desactualizados; características demográficas no concordantes con las establecidas; artículos que no seguían

criterios metodológicos de una investigación original, que no especificaron criterios de validez interna o externa según fuera el caso y artículos con falta de claridad del protocolo metodológico de selección de sus datos. Los documentos identificados como potencialmente relevantes fueron catalogados usando Mendeley (Version 1.19.4). Una primera búsqueda por palabras claves arrojó 4537 títulos. Mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total de 678 artículos. Después de una segunda depuración, se obtuvieron 309 artículos de RD en estudios epidemiológicos cuantitativos. Seguidamente, se eliminaron los duplicados y quedaron finalmente 301. Posteriormente, se excluyeron 102 documentos ya que algunos de ellos no pertenecían a estudios epidemiológicos. Finalmente, quedaron 199 artículos, 61 estudios observacionales y 138 experimentales. Por último, tras una evaluación detallada y completa de estos artículos restantes, se consiguió una selección de 26 artículos experimentales y 36 artículos observacionales, para un total de 62 artículos que aportaron de manera significativa a la revisión sistemática de la pregunta planteada inicialmente. Lo anterior se resume en la Figura 1. Las fuentes identificadas que contuvieron información que aportaba a la pregunta de investigación fueron categorizadas por tipo de estudio, región y país.

Descripción y reporte de los estudios

En lo que correspondió a estudios experimentales, de las 26 publicaciones revisadas, 18 (67%) de ellas correspondieron a ensayos aleatorizados o clínicos controlados en sus diseños de investigación; 7 (26%) a estudios de intervención de análisis primario o secundario y los 2 (7%) restantes a estudios cuasi-experimentales que violaron algunos de los supuestos de los ensayos clínicos controlados. La mayor parte de la literatura fue de origen estadounidense (n = 11); en segundo lugar, de Australia (n = 5) y, el resto, de Europa, siendo la mayoría del Reino Unido, Holanda y Suiza (n = 6). Por último, siguieron las publicaciones de Canadá y México (n = 2). En cuanto a estudios observacionales, la

mayoría de las publicaciones consistieron 15 (44%) de ellos fueron estudios de cohorte retrospectivo, le siguieron los prospectivos con 12 (32%) y finalmente los transversales con 9 (23,5%). La mayoría de publicaciones provinieron de los países europeos (n = 13), le siguieron Canadá (n = 8), Estados Unidos (n=5), África (n=2) y por último estudios en Australia, China, Turquía, México y Afganistán. Más detalles pueden encontrarse en la Tabla 1.

Figura 1. Diagrama de flujo prisma de artículos seleccionados para la revisión sistemática

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Descripción de los tipos de los estudios observacionales y experimentales de la literatura incluida en esta revisión

Tipo	Diseño del estudio	Núm	Estudios	País / Región
Experimentales	Ensayos clínicos controlados o aleatorizados	18	Vogl L et al, 2009; Aubin H, et al, 2015; Haziza, C et al, 2020b (1); Tsemberis S et al, 2004; Hides L et al, 2014; Ma, J, et al, 2006; Lewis C et al, 2015; Zakarian J et al, 2004; Allen, A eta al 2016; Avants S et al 2004; Haziza, C et al, 2020a (2); Vogl,L et al, 2009; Hamilton, G et al 2007; Paschall, M et al 2011; Collins, S et al, 2014; Wright, T, et al 2012 Latif, Z.-E.-H., & Permenkes. (2018) Parcesepe, A et al, 2016	Australia/ New South Europa/ Multicéntrico Suiza/Europa USA/New York Australia/ Queensland USA/Texas USA/New York USA/San Diego USA/Oregon USA/Yale Suiza/Europa Australia/ New South Australia/West USA/California USA Noruega África
	Intervención	7	Roux P et al, 2020; Beaker a ta al 2010; Bertrand K et al 2015 Winhusena T et al 2020; Whittingham, J et al 2009; Palfai, T.P. ET AL 2016; Carrico, A. W., 2014.	Francia/Europa Australia/ Sydney Canadá / Quebec USA/Cincinnati Holanda/ Netherland USA/Boston USA/California
	Cuasi-experimental	2	Arredondo-Sánchez Lira, Jaime et al 2019; Wechsberg, W et al 2004;	México /Tijuana Reino Unido

Tipo	Diseño del estudio	Núm	Estudios	País / Región
Observacionales	Cohorte Retrospectivo	15	Pearce et al., 2020. Russolillo et al, 2019. Gauthier et al, 2018. Eibl et al, 2017, Marshall et al., 2011 Marotta et al., 2016. Marotta et al., 2018 Akiyama et al., 2019 Bagley et al., 2018. Handland et al, 2017. Ubuguyu et al., 2016. Bizzarri et al., 2016. Sullivan et al., 2014. Iversen et al., 2013. Mutlu et al., 2016	Canadá Europa Kenya USA Tanzania Italia China Australia Turquía
	Cohorte Prospectivo	12	Goldenberg et al., 2020 Kennedy et al., 2019 Todd et al., 2020 Langenda et al., 2001. Van der Berg et al., 2007 Johnson et al., 2019 Marzel et al., 2018 Sypsa et al., 2017 Wright et al., 2012 Ayman et al., 2003 Tracy et al., 2014 Brugal et al., 2005	Canadá Afganistán Holanda Suecia Suiza Grecia USA España
	Transversal	9	Scheibe et al., 2019. Sutter et al., 2019. Moustaquim-Barrete et al., 2019 Handanagic et al., 2017 Kaberg et al., 2017. Allen et al., 2012 Robertson et al., 2012 De la Fuente et al., 2006 Teixeira-Caiaffa,W et al, 2006	Sur Africa USA Canadá Croacia Suecia Reino Unido México España Brasil

Fuente: elaboración propia.

En la literatura correspondiente a estudios experimentales, dentro de las intervenciones realizadas en los 27 estudios experimentales, se destacaron las realizadas por RD en consumo de alcohol / tratamiento con nalmefeno, entre otras. De los 36 estudios observacionales, la mayoría evaluaron un solo tipo de intervención (más del 60%) y el restante evaluó alguna combinación entre estas (ver Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los tipos de intervenciones o características de los individuos en los estudios incluidos en esta revisión

Tipo	Intervenciones realizadas	Cantidad
Experimentales	RD en consumo de opio y PWID	6
	Minimización de daños por abuso de alcohol	1
	RD consumo de alcohol / tratamiento con nalmefeno o naltrexona	6
	Rehabilitación psiquiátrica en consumidores de drogas	2
	RD en tabaquismo jóvenes y adultos	6
	RD en consumo de marihuana (Cannabis)	2
	RD en éxtasis y otras drogas	2
	RD en consumo de cocaína	1
	Estrategias educación en RD uso de crack	1
	Subtotal	**27**
Observacionales	Uso de Metadona	8
	Programa de agujas y jeringas	7
	Naloxona/ Buprenorfina	4
	OAT*/ OST	4
	Metadona + Programa de agujas y jeringas	2
	Naloxona + Prog. De agujas y jeringas	1
	Terapia combinada ART + OAT + NSP	1
	Salas supervisadas para inyección	2
	OAT + Metadona	1
	OAT + Programa de agujas y jeringas	2
	Enfoque educativo/comprensivo y similares	3
	Naltrexona (antagonista de opiáceos)	1
	Subtotal	**36**
TOTAL		**63**

Fuente: elaboración propia.

Nota: OAT puede incluir: methadone, buprenorphine/naloxone, morphine oral de liberación controlada, o OAT inyectable (hidromorfona o diacetilmorfina). OST, ART, NST. PWID: personas que se inyectan drogas.

Resultados

Estudios observacionales

Infecciones Virales

En un estudio realizado en Kenia durante 2 años por Akiyama et al. (2019) con 2188 PWID, se evaluó la prevalencia de mono infección por HCV y coinfección VIH-HCV en mayores de 18 años. Se concluyó que los principales factores de riesgo asociados a la co-infección incluyeron PWID mujeres, habitantes de la región costera, con historia de encarcelación, que usaban la misma jeringa por más de 1 vez y que compartieron agujas e implementos. Seguidamente, un estudio de cohorte prospectivo de Marzel et al. (2018), basado en la experiencia suiza, demostró el rol principal de la RD para la exitosa reducción en la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables (IDUs) y en la prevención de graves repercusiones para la población en general. Hay varios estudios de Kåberg et al. (2017), sobre prevalencia e incidencia de hepatitis C en PWID en el programa de intercambio de jeringas (NEP) en Estocolmo. En uno de ellos, como resultado de las 1386 personas incluidas en los análisis finales, se encontró una prevalencia alta del 60%, de infección por HCV; también se encontró que los participantes habían sido infectados en una etapa temprana. Así, 50% se volvieron anti-HCV positivos en un lapso de 2-5 años después de comenzar el uso de drogas inyectadas (IDU). En otro de sus estudios, de tipo cohorte prospectivo, estos mismos autores determinaron que se requería de una mayor cobertura del NEP, el escalamiento del tratamiento para HCV y la participación en tratamiento efectivo para desórdenes del uso de sustancias, tales como el tratamiento de sustitución de opioides (OST) para reducir la transmisión del HCV. En la investigación de Handanagic et al. (2017), un importante hallazgo fue que solo un pequeño número de aquellos que fueron HCV positivos, reportaron recibir

tratamiento para HCV. En Sypsa et al. (2017), concluyeron que la experiencia del programa ARISTÓTELES puede ser utilizada por países que necesitan proveer intervenciones masivas y rápidas, particularmente a la luz de recientes brotes de VIH entre PWID en muchos países.

Los hallazgos de Marotta & McCullagh (2016) coincidieron con la extensa literatura que sugirió que la implementación temprana de los programas de MMT y NSP en la epidemia de VIH y los países que reclutaron mayor número de PWID, podrían implicar tasas significativamente menores de VIH; realidad que contraste con la de los países que tardaron en responder al uso de drogas inyectables. Esta fue una lección importante para los países donde la población de consumidores de drogas o PWID está creciendo rápidamente. Dentro de los hallazgos clave de Todd et al. (2015) en Kabul (Afganistán), , estuvieron la alta incidencia de HCV, cuyo riesgo fue reducido a la mitad al dejar de inyectarse; la baja incidencia de VIH; altas tasas de mortalidad y relativamente altas tasas de uso del programa de agujas y jeringas durante el periodo de cohorte. La incidencia de HCV fue alta, similar a las tasas reportadas entre otras poblaciones de IDU en lugares sin conflicto. En Tracy et al, (2014), dentro de los predictores analizados que ocasionaron un mayor riesgo de contraer HCV, se encontró que inyectarse heroína, cocaína y la reutilización de jeringas, jeringas hervidas y la velocidad de inyección, ocasionaron mayor riesgo. Adicionalmente, se llegó a determinar que las prácticas de inyección más riesgosas de las mujeres jóvenes condujeron a tasas más altas de infección por VHC.

En Iversen et al. (2013), los resultados demostraron la capacidad de repetición de la vigilancia serológica transversal para monitorear las tendencias en la incidencia del HCV y proporcionar una plataforma desde la cual evaluar el impacto de las intervenciones de prevención y tratamiento. En el estudio de Allen et al. (2012), se encontraron variables significativamente asociadas con mayores probabilidades de infección reciente de HCV: personas sin hogar los últimos 6 meses; haber estado

en prisión los últimos 6 meses y excesivo consumo de alcohol. Este estudio utilizó un método de generar incidencia usando un diseño transversal y demostró que una alta cobertura de agujas y jeringas estaba asociada con una reducción en infección por HCV reciente entre personas que se inyectaban drogas en Escocia. Van Den Berg et al. (2007), reportaron, entre otros resultados, que la toma de la dosis de metadona o solo el uso de NEP no se asoció significativamente con VIH o HCV seroconversion. En conclusión, estos autores encontraron que una total participación en HRP estaba asociada con una menor incidencia de infección por HCV y VIH en usuarios de drogas inyectables, indicando que las medidas de prevención combinadas —pero no el uso de NEP o metadona individualmente— pueden contribuir a la reducción de la propagación de estas infecciones. El trabajo de De La Fuente et al. (2006) concluyó que la reducción observada en la mortalidad podría relacionarse con la efectividad del tratamiento con metadona de bajo umbral. La expectativa de vida de usuarios de heroína aumentó en 21 años durante el periodo de estudio, aunque sigue siendo menor que la de los demás.

Grupos más vulnerables o de alto riesgo

De acuerdo con Goldenberg et al. (2020), existen barreras policiales contra los programas de RD relacionadas con sobredosis no fatales entre trabajadoras sexuales que usaban drogas en Vancouver, Canadá. Para el final de su estudio, 58% habían usado servicios de prevención por 6 meses, casi la mitad accedió a servicios de prevención de sobredosis y 80% reportaron posesión de naloxona para llevar a casa. En el trabajo de Wright et al. (2012), como conclusión se encontró que el uso de metanfetamina durante el embarazo no existía aisladamente entre las embarazadas, sino que frecuentemente es combinada con una multitud de otras circunstancias adversas incluyendo pobreza, violencia interpersonal, comorbilidad psiquiátrica, uso de polisustancias, deficiencias nutricionales, inadecuado cuidado de la salud y experiencias de vida estresantes. Un modelo integral

de RD de atención perinatal que buscó disminuir algunas de estas dificultades para las mujeres y que usaron drogas sin una abstinencia obligatoria, proveyeron resultados excepcionales en la natalidad y pudieron ser implementados con recursos limitados. En el estudio de El-Mohandes et al. (2003), se concluyó que era necesario enfatizar en el porcentaje significativo de madres usando drogas ilícitas, quienes presentaron cuidado prenatal temprano. Este debería ser un incentivo para los proveedores de cuidados de salud para diagnosticar este problema y ofrecer un tratamiento cuando sea posible. Ofrecer servicios de cuidado prenatal a mujeres embarazadas expuestas a IDU independiente de otros riesgos asociados y aun en ausencia de servicios de adicción, pareció influenciar los resultados significativamente en poblaciones de alto riesgo y esto debería resaltarse.

Tratamiento con agonistas o sustitutos de opiáceos

Un estudio comparativo entre uso de OAT y riesgo de mortalidad entre personas con desorden de uso de opioides por Pearce et al. (2020), mostró que el riesgo de muerte cambiaba de acuerdo al tiempo de inicio y suspensión del tratamiento y era distinto para el tipo de medicamento. Todas las causas de mortalidad se redujeron en un factor de 3,2 con metadona y 2,2 con buprenorfina/naloxona. El riesgo de mortalidad fue menor después de parar el tratamiento con buprenorfina/naloxona, comparado con metadona. Por otra parte, los estudios de Russolillo (2019) concluyeron que la adherencia al tratamiento con metadona estaba asociada con menores tasas de daños relacionados con opiáceos entre pacientes con dependencia e involucrados con la justicia. Además, sus resultados indicaron la necesidad de aumentar el acceso a metadona y las tasas de adherencia para lograr mayor eficacia en la implementación de programas de RD en grupos delincuenciales y de marginados.

En el trabajo de Johnson & Richert (2019), el uso de la buprenorfina/naloxona tuvo un menor potencial de abuso que la buprenorfina y debería ser priorizado como la droga

prescrita. La dosis supervisada y sus medidas de control fueron provisiones importantes en la prevención del desvío de drogas y uso no prescrito entre personas que no están en OST, esto fue observado en un análisis transversal de la asociación entre años de implementación de tratamientos de sustitución de opiáceos y muertes relacionadas con drogas en Europa durante los años 1995 a 2013. En Marotta & McCullagh (2016), los hallazgos identificaron una relación inversa estadísticamente significativa entre años de implementación de *Methadone Maintenance Treatment* (MMT) y OST en prisión y HDBT y muertes relacionadas con drogas, después de ajustar los efectos fijos por nivel de país y año, incautaciones de heroína, gastos en salud y desempleo. Gauthier et al. (2018) examinaron el impacto de la metadona dispensada en farmacias clínicas en comparación con la dispensada en farmacias comunitarias sobre la retención o adherencia al tratamiento en pacientes recién ingresados al programa. Se determinó la retención por un año, dando como resultado que los pacientes que recibían las dosis en la farmacia clínica tenían un 57% de retención comparado con un 12% en la farmacia comunitaria. En el estudio de Mutlu et al. (2016), se evaluó la retención por 1 año en el programa, el tratamiento con buprenorfina/naloxona (BUP/NAL) y la abstinencia en adolescentes dependientes de heroína. Se concluyó que la duración del tratamiento, la terminación del mismo internado, la dosis BUP/NAL y tener una enfermedad psiquiátrica parecían ser factores importantes para adolescentes dependientes de heroína en el periodo de retención y abstinencia de 1 año.

El estudio de Sullivan et al. (2014) sobre el uso continuo de drogas durante el tratamiento con metadona en China arrojó como hallazgo importante que un bajo nivel de asistencia estuvo relacionado con un aumento de 6 veces en la probabilidad del uso de drogas durante el tratamiento. Este estudio concluyó que el programa chino de MMT parece tener una influencia positiva en los participantes que permanecen en tratamiento por al menos 6 meses, pero que requiere explorar estrategias para incrementar

la accesibilidad. Un estudio retrospectivo realizado por Bagley et al. (2018) mostró que tanto a familiares que usaban drogas como los que no lo hacían se les podía administrar exitosamente naloxona y rescatar un gran número de víctimas de sobredosis. Por tanto, estos autores señalan que deberían incluirse estrategias de intervención de prevención específicas y personalizadas para miembros de la familia, con la finalidad de expandir la educación en sobredosis y naloxona. En la investigación de Bizzarri et al. (2016) se concluyó que el enfoque OAT se relacionaba con tasas más altas de recuperación y abstinencia de poliabuso en comparación con el enfoque de HRT, a pesar de que haya una mayor gravedad del uso de sustancias, comorbilidades psiquiátricas y físicas.

Langendam et al. (2001) investigaron sobre el impacto de los programas de RD con tratamiento de metadona sobre la mortalidad entre usuarios de heroína. El tratamiento de RD basado en metadona, en el cual el uso de drogas ilícitas fue tolerado y estuvo fuertemente relacionado a la disminución de mortalidad por causas naturales y por sobredosis. La provisión de metadona en sí misma, junto con el cuidado médico y social, parece más importante que la dosis de metadona usada.

Atendiendo otro frente actual de acción, Eibl et al. (2017) compararon la efectividad de la telemedicina como método de dispensación del OAT frente a la dispensación en persona. El estudio sugirió que la telemedicina tiene una efectividad similar a la entrega del tratamiento en persona, pero los resultados no son definitivos debido a la falta de aleatoriedad del diseño.

Uso de naloxona

Hadland et al. (2017) identificaron que las probabilidades de recibir farmacoterapia eran menores con la edad y entre las mujeres en comparación con los hombres y los jóvenes negros no hispanos y jóvenes hispanos en comparación con los jóvenes blancos. En general, la buprenorfina se administró 8 veces más a menudo que la naltrexona. La naltrexona se dispensaba más comúnmente a

personas más jóvenes, mujeres y jóvenes en áreas metropolitanas, vecindarios de mayor nivel educativo y vecindarios con menores niveles de pobreza.

Servicios de intercambio de agujas

En el estudio de tipo transversal llevado a cabo por Sutter et al. (2019), se evidenció como un hallazgo importante que uno de cada 4 participantes informó sobre la reutilización receptiva de jeringas y más de la mitad sobre la reutilización de, al menos, un tipo de equipo de inyección. En conclusión, se requiere un mayor acceso a los servicios de RD, alojamiento e intervenciones en lugares supervisados, así como dejar de lado los enfoques punitivos para reducir el daño asociado con el consumo público de drogas.

Salas de consumo de drogas

En su investigación, Kennedy et al. (2019) evaluaron el uso de lugares supervisados para inyectarse y todas las causas de mortalidad entre las personas que se inyectan drogas en Vancouver, Canadá. Según los autores, se deben realizar estudios adicionales para determinar estimados a nivel individual del impacto del uso de los lugares supervisados para inyectarse en las causas específicas de muerte y discernir los posibles mecanismos subyacentes que pueden contar para estas potenciales asociaciones.

En el estudio retrospectivo sobre reducción en la mortalidad por sobredosis elaborado por Marshall et al. (2011), se observó que después de abrir el primer lugar supervisado para inyección segura en Norte América, de 290 decesos, 229 (79%) fueron hombres y la edad promedio de la muerte fue de 40 años. Se identificó que la tasa de sobredosis fatal en esta área disminuyó en un 35,0% después de la inauguración del SIF. En contraste, durante el mismo periodo, la tasa de sobredosis fatal en el resto de la ciudad disminuyó solo en un 9,3%. Por tanto, se recomienda

que los SIF sean consideradas en los lugares donde el uso de drogas inyectables es prevalente, particularmente en áreas con una alta densidad de sobredosis.

Drogas y sexo en relación con VIH

Dado el creciente interés en adaptar los principios de RD del consumo de drogas al trabajo sexual (TS) y otras respuestas de salud pública a la epidemia del VIH, Robertson et al. (2012) realizaron un estudio transversal de intervención en México.. Los investigadores concluyeron que el conocimiento es un componente esencial para reducir los daños causados por conductas y ocupaciones de riesgo para la salud como el trabajo sexual. Como primer intento de comprender el conocimiento del VIH entre las TSF de Tijuana y Ciudad Juárez, este estudio utilizó un marco de RD en el trabajo sexual para identificar los factores asociados con un conocimiento subóptimo del VIH.

Estudios experimentales

Alcoholismo

Parcesepe et al. (2016) realizaron un estudio para evaluar si una intervención de RD por alcohol se asoció con una reducción de la violencia interpersonal o la participación en el trabajo sexual femenino (TSF). Dentro de sus principales hallazgos, se encuentra que la intervención sobre el alcohol se asoció con disminuciones estadísticamente significativas en la violencia física por parte de los socios que pagaban a los 6 meses después de la intervención y el abuso verbal por parte de los socios que pagaban inmediatamente después de la intervención y 6 meses después de la intervención.

La intervención sobre el alcohol se asoció con reducciones en algunas formas de violencia y con reducciones en la participación en el trabajo sexual entre TSF en Mombasa, Kenia. Se realizó un ensayo controlado aleatorio por grupos (Vogl et al., 2009) que tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un programa informático de

prevención del alcohol basado en un enfoque de minimización de daños, este se aplicó estudiantes de octavo grado de 16 escuelas con relaciones existentes con los investigadores que aceptaron participar en el estudio. Dentro de los hallazgos se evidenció que el curso CLIMATE sobre alcohol demostró una mayor capacidad para enseñar a los jóvenes la información necesaria para minimizar los daños relacionados con el alcohol y dominar las expectativas de los jóvenes con respecto a los posibles beneficios sociales del consumo de alcohol. El programa de minimización de daños impartido por computadora fue más eficaz que la educación sobre el alcohol realizada por los profesores para disminuir el uso indebido del alcohol y los daños relacionados para las jóvenes. Sin embargo, no fue significativamente diferente a la educación sobre el alcohol de costumbre para cambiar el comportamiento de consumo de alcohol de los varones.

Otro estudio relacionado con el alcoholismo es el realizado por Aubien et al. (2015) para evaluar la relevancia clínica de la reducción del consumo de alcohol mediante el tratamiento con nalmefeno en pacientes adultos con un diagnóstico primario de dependencia del alcohol alto o muy alto. En conclusión, este estudio demostró una mayor proporción de respondedores al tratamiento, mayores mejoras en los resultados informados por los pacientes y calificados por los médicos y mayores mejoras en las variables de función hepática con nalmefeno en comparación con placebo. Teniendo en cuenta el perfil de seguridad benigno del nalmefeno, la inmensa carga social relacionada con el alcohol, el daño al individuo y la gran brecha de tratamiento, el efecto del nalmefeno es clínicamente relevante.

En Australia, se planteó el estudio de Hides et al. (2014), denominado el estudio *Quik Fix:* un ensayo controlado aleatorio de intervenciones breves para jóvenes con lesiones y enfermedades relacionadas con el alcohol que accedieron al servicio de urgencias y atención de apoyo en crisis. La prueba piloto preliminar del proceso arrojó resultados positivos, ya que entre el 50 y el 70% de los jóvenes referidos en ell estudio

participaron en intervenciones breves (IB), según la fuente de referencia. Las siguientes estrategias también se utilizaron para maximizar la participación y asegurar que la deserción fuera inferior al 30%: (i) obtener múltiples formas de contactar a los participantes al inicio del estudio; (ii) el desarrollo de bases de datos de seguimiento; (iii) adoptar horarios flexibles para las citas, dar recordatorios previos y hacer un seguimiento rápido de las citas perdidas; (iv) un cronograma de reembolso creciente por el tiempo asociado con completar las evaluaciones de línea base y de seguimiento y (v) la evaluación de solo las medidas de resultado primarias cuando un joven deseaba interrumpir el tratamiento o no estaba dispuesto a realizar la evaluación completa protocolo de seguimiento. Seguidamente, Ma et al. (2006), se propusieron investigar si el topiramato promovía a niveles *seguros* de bebida para mujeres y hombres entre adultos dependientes del alcohol en un rango de edad de 21 a 65 años, mediante un ensayo aleatorizado controlado. En resumen, el topiramato resultó ser un compuesto eficaz y prometedor para el tratamiento de la dependencia del alcohol. No obstante, según los autores, se necesitan estudios futuros para establecer si la eficacia del topiramato sirve para reducir el consumo excesivo de alcohol, promover la abstinencia y disminuir la ansiedad entre las personas dependientes del alcohol; este podría ampliarse para abarcar su uso en un modelo de RD dentro de un problema de bebida dependiente o no dependiente población.

Paschall et al. (2011) realizaron un ensayo multicampus que examinó los efectos de *Alcohol Edu for College* en problemas relacionados con el alcohol entre los estudiantes de primer año de universidad. Alcohol Edu es una prevención en línea del abuso de alcohol y curso de RD para estudiantes universitarios que generalmente toma de 2 a 3 horas para completar, los investigadores encontraron evidencia de una relación dosis-respuesta desde los efectos de Alcohol Edu sobre los problemas relacionados con el alcohol, donde parecían ser más fuertes en las escuelas con una tasa de finalización de cursos relativamente

alta (≥70%). También se notó que esas escuelas tenían niveles más altos de problemas con el alcohol al inicio que las escuelas con tasas de finalización de cursos más bajas.

Collins et al. (2014) plantearon objetivos de un estudio en USA en el que incluyeron probar: a) la eficacia relativa de naltrexona (XR-NTX) y el asesoramiento sobre RD en comparación con un control de servicios de apoyo, como de costumbre basado, en la comunidad; b) mediadores teóricos de los efectos del tratamiento y c) los efectos del tratamiento en costos de servicio financiados. Los participantes fueron personas dependientes del alcohol en el momento o anteriormente sin hogar. Dentro de las principales conclusiones, se encontró eficacia en la XR-NTX y que el asesoramiento sobre RD está bien posicionado para respaldar la reducción de los daños relacionados con el alcohol, la disminución de los costos asociados con la utilización de servicios financiados con fondos públicos y el aumento de la calidad de vida entre las personas sin hogar y dependientes del alcohol.

Tabaquismo

Haziza et al. (2020b), en la primera parte de su estudio, decidieron evaluar la reducción de la exposición y comparación con fumadores de cigarrillos mentolados, sistema de calentamiento de tabaco y abstinencia de fumar. El estudio demostró una reducción sostenida de la exposición a HPHC (componentes dañinos y potencialmente dañinos), seleccionados en fumadores que se cambiaron a mTHS. Las reducciones se compararon con la opción de menor riesgo para los fumadores: la abstención de fumar. Adicionalmente, se observaron reducciones significativas y sostenidas en los niveles de biomarcadores de exposición después de cambiar de mCC (cigarrillos mentolados) a mTHS durante todo el período de exposición. Haziza et al. (2020a) continúan con la segunda parte de este estudio. En este, los investigadores concluyeron que sus resultados fueron prometedores, pero necesitan una mayor confirmación por parte de investigadores independientes en una población más amplia y representativa de fumadores

estadounidenses. Los datos sugirieron que la exposición reducida demostrada cuando se cambia completamente a mTHS puede estar asociada con efectos positivos sobre la disfunción endotelial y el estrés oxidativo, como se reflejó después de 3 meses en niveles significativamente más bajos de sICAM-1 y 8-epi-PGF2α en comparación con seguir fumando.

Zakarian et al. (2004) observaron disminución en el consumo de cigarrillos conforme aumentaban las semanas de tratamiento en el grupo tratado, en comparación con el grupo de control. Adicionalmente, observaron disminución de la concentración de cotinina en orina de los niños de las mujeres tratadas de una manera más rápida que en el grupo de control. En los resultados de Allen et al. (2016) de manera resumida e, independientemente de la aleatorización, las mujeres tendieron a utilizar menos producto del estudio que los hombres y fueron menos sensibles a la administración oral de nicotina en términos de evitar fumar. Aunque los hombres en este estudio tendieron a usar *snus* al menos tanto como el chicle de nicotina, el chicle produjo niveles más bajos de NNAL total (4-metilnitrosamino-1- (3-piridil) -1-butanol urinario y sus glucurónidos), que el *snus* y mayores tasas de evitación del cigarrillo al final del tratamiento. Estos resultados sugieren que, independientemente del sexo, no se observan mayores efectos beneficiosos con el *snus* sobre el chicle de nicotina como método de RD.

Baker et al. (2010), implementaron una intervención para informar los hallazgos de un seguimiento naturalista 4 años después de un ensayo de intervención contra el tabaquismo. Dentro de los resultados se encontró que dos tercios de los que completaron la evaluación en un año, fueron seguidos a los 4 años (164/247, 66,4%), de estos el 79,2% informó mantenimiento o mejora en su estado de reducción del tabaquismo en relación con 1 año. La abstinencia al año se asoció significativamente con la abstinencia de prevalencia puntual a los 4 años. También fueron evidentes períodos prolongados entre los que informaron abstinencia de prevalencia puntual de 4 años o al menos una reducción del 50%.

Los autores recomendaron que los médicos aborden y controlen el tabaquismo durante el tratamiento de las personas con psicosis, haciendo hincapié en el estilo de vida potencial y los beneficios de RD, con miras a dejar de fumar finalmente.

Hamilton et al. (2007) realizaron un estudio basado en las escuelas durante 2 años sobre la iniciación al tabaquismo en adolescentes, haciendo una comparación entre quienes nunca fumaron en comparación con una muestra basada en la abstinencia de *tratamiento habitual.* El proyecto, denominado *The Smoking Cessation for Youth Project* fue un ensayo controlado aleatorio por conglomerados realizado en 30 escuelas de Australia Occidental. Los resultados de este ensayo sugieren que la intervención de minimización del daño resultó en una reducción neta del daño: a través de una menor prevalencia del tabaquismo regular y un aumento en la iniciación a fumar. Si bien los temores de posibles efectos iatrogénicos negativos asociados con la minimización del daño se han informado comúnmente en la literatura, ha habido poca evidencia para verificar o disipar estas preocupaciones. Esta investigación debería disipar algunos temores de los efectos iatrogénicos negativos de las intervenciones de minimización de daños en las escuelas.

Marihuana o Cannabis

Vogl et al, (2014) realizaron un estudio para evaluar la viabilidad y eficacia del clima escolar sobre informáticas universales: módulo de psicoestimulantes y cannabis en estudiantes del grado 10 de 21 escuelas secundarias en Australia, mediante un ensayo controlado aleatorizado. Para ello, intervinieron en 906 estudiantes y otros 828 fueron establecidos como controles. Se demostró que el programa Climate Schools aumentó el conocimiento sobre el cannabis y los psicoestimulantes y disminuyeron las actitudes pro-drogas. A corto plazo, el programa resultó eficaz para reducir la absorción y estabilizar la frecuencia del consumo de éxtasis; sin embargo, no hubo cambios en el consumo de metanfetamina/ anfetamina. Además, las mujeres que recibieron el programa

consumieron cannabis con mucha menos frecuencia que los estudiantes que recibieron educación sobre drogas como de costumbre.

Palfai et al. (2016) realizaron un estudio para examinar si la disposición al cambio moderó la influencia de una intervención basada en la web sobre la frecuencia de uso de drogas en los resultados de 3 meses. La intervención fue basada en la web mediante el programa eCHECKUP TO GO-marihuana, que es una intervención disponible comercialmente que se usa ampliamente en universidades y colegios en los EE. UU y Canadá. Dentro de los resultados, se encontró que específicamente aquellos que niveles altos en la escala de acción mostraron menos días de consumo de marihuana a los 3 meses, después de que se expusieron a la intervención, en comparación con los controles. La intervención no influyó significativamente en los resultados entre los que se encontraban en la subescala de acción. Por el contrario, la preocupación por el consumo de marihuana (medida por la escala de reconocimiento de problemas) no actuó como un moderador significativo de la intervención cuando se incluyó en el mismo modelo. Estos resultados sugieren que este eSBI (cribado electrónico e intervención breve), puede impulsar los esfuerzos de cambio entre los estudiantes que han comenzado a tomar medidas para cambiar su consumo de marihuana.

Personas que se inyectan drogas

Lewis et al. (2015) no encontraron asociaciones significativas entre experimentar una barrera de compra de jeringas de farmacia y el grupo de estudio. Estos hallazgos presentaron evidencias de que los servicios de farmacia ampliados para PWID pueden alentar el uso de jeringas estériles que pueden fomentar la RD, disminuyendo el riesgo de inyección en comunidades negras y latinas con una alta carga de VIH.

Los análisis de Roux et al. (2016) mostraron que los participantes que recibieron al menos una sesión educativa durante el

seguimiento, tenían más probabilidades de informar sobre la prueba del VHC en comparación con los que no recibieron ninguna intervención OR = 4,13 (IC95% 1,03; 16,60). La intervención educativa AERLI demostró eficacia en la reducción de las prácticas de riesgo de VHC y las complicaciones cutáneas asociadas y también parecieron tener un impacto positivo en el aumento de las pruebas de VHC en PWID. Este estudio mostró un impacto adicional importante en la aceptación por parte de los pacientes de las pruebas del VHC de una intervención educativa basada en la comunidad sobre las prácticas de inyección para PWID realizadas en sitios de bajo umbral. Bertrand et al. (2015) analizaron la eficacia de una breve intervención basada en entrevistas motivacionales (MI) y entrevistas educativas (EI) para reducir los comportamientos de inyecciones de alto riesgo durante un período de 6 meses entre personas que se inyectaban drogas (PWID). Los investigadores concluyeron que una breve intervención de entrevista motivacional fue más efectiva que una breve intervención educativa para reducir algunas conductas de alto riesgo de inyectarse en los siguientes 6 meses. Adicionalmente, este ensayo demostró la viabilidad de realizar estudios exhaustivos de PWID en la comunidad para evaluar la efectividad de estrategias innovadoras destinadas a reducir los comportamientos de inyección de riesgo.

En Winhusen et al. (2020) se evidenció que los comportamientos de riesgo de sobredosis autoinformados disminuyeron significativamente (6,2 a 2,4, p <0,01). La mayoría de los participantes (65%) informó el uso de naloxona. Los autores concluyeron que el PTOEND puede ser eficaz para promover la RD y la preparación para el tratamiento. En Avants et al. (2004), los investigadores mostraron dentro de sus hallazgos que, durante el tratamiento, los pacientes que recibieron HRG tenían más probabilidades de abstenerse de la cocaína y de informar menos prácticas sexuales peligrosas. Post-tratamiento con HRG, los pacientes obtuvieron puntuaciones más altas en una prueba de riesgo sexual e informaron una mayor autoeficacia en situaciones sexuales de alto riesgo. El tratamiento

grupal de RD semanal con la metadona fue algo más caro, pero puede generar cambios positivos en los comportamientos y actitudes asociados con la transmisión del VIH. Arredondo-Sánchez et al. (2019) realizaron un reporte que midió y comparó las actitudes entre policías y personas con experiencia vivida (PEV) en uso de heroína en Tijuana, relacionadas con una posible implementación de los sitios de consumo (SCS) en la ciudad; oficiales de policía y con personas con experiencia vivida internadas. Los investigadores concluyeron que las actitudes hacia los SCS indican una posible implementación exitosa de SCS en la ciudad. Esta intervención representaría una forma innovadora de disminuir el acoso y victimización policial hacia las PEV, reduciendo los factores de riesgo de VIH y VHC, mejorando así la salud comunitaria.

Otras drogas (éxtasis, crack y otras)

Whittingham et al. (2009), siguiendo una estrategia de RD, utilizaron materiales que proporcionaron información sobre cómo minimizar los peligros potenciales asociados con el uso de drogas entre usuarios y no usuarios. Los efectos adversos potenciales de estos materiales se examinaron en medidas de actitud, intención y expectativa de resultados hacia el uso de drogas en las fiestas. Los hallazgos de ambos estudios experimentales sugieren que las tarjetas de información fueron de impacto más persuasivo que los folletos, presumiblemente debido a una redacción más concisa del mismo mensaje. Otro hallazgo fue que en caso de que exista mucho conocimiento presente en la población objetivo, lo cual es cierto para el éxtasis y no para el GHB, se vuelve más difícil de obtener diferencias. En conclusión, las pruebas preliminares experimentales permitieron a los investigadores aproximarse la efectividad de materiales de campaña. Estos conocimientos pueden proporcionar información importante a los desarrolladores de campañas sobre el desarrollo e implementación de materiales de educación para la salud y, por lo tanto, contribuir a la eficacia de las estrategias de campaña para reducir las conductas de riesgo.

Wechsberg et al., 2004; realizaron un estudio para comparar los resultados a los 3 y 6 meses de una intervención contra el VIH centrada en mujeres consumidoras de crack para una intervención estándar revisada del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas y un grupo de control: las mujeres afroamericanas sin tratamiento de drogas que usaban crack. Dentro de los hallazgos, se encontró que todos los grupos redujeron significativamente el consumo de crack y las relaciones sexuales de alto riesgo en cada seguimiento, pero solo los participantes de la intervención centrada en las mujeres mejoraron de manera consistente el estado de empleo y vivienda. Los investigadores concluyeron que una intervención centrada en la mujer puede reducir con éxito el riesgo, facilitar el empleo y la vivienda y reducir efectivamente la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección a largo plazo.

Tsemberis et al. (2004) realizaron un estudio para comparar la eficacia del modelo *Housing First Program.* Utilizaron el *Continuum of Care* para personas que se encontraban crónicamente sin hogar y con enfermedades mentales, así como para personas con enfermedades mentales del *Housing First Program,* mediante un ensayo controlado aleatorizado. Dentro de los hallazgos que reportaron los investigadores, se encontró que el grupo experimental obtuvo vivienda antes, permaneció estable y reportó una mayor percepción de elección. La utilización del tratamiento por abuso de sustancias fue significativamente mayor para el grupo de control, pero no se encontraron diferencias en el uso de sustancias o síntomas psiquiátricos. Se logró atestiguar la efectividad de utilizar el enfoque Housing First para involucrar, alojar y mantener a las personas que están crónicamente sin hogar y con diagnóstico doble. El programa *Housing First* mantuvo una tasa de retención de vivienda de aproximadamente el 80%, una tasa que presenta un profundo desafío a las suposiciones clínicas sostenidas por muchos proveedores de viviendas de apoyo de *Continuum of Care* que consideran a las personas sin hogar crónicamente como “no preparadas para la vivienda”. Más importante aún,

la estabilidad residencial lograda por el grupo experimental desafía las suposiciones clínicas de larga data (pero no probadas previamente) con respecto a la correlación entre la enfermedad mental y la capacidad de mantener un apartamento propio.

Carrico et al. (2014) documentaron los resultados de los consumidores de metanfetamina (MSM) que recibían tratamiento por abuso de sustancias de RD basado en la comunidad para determinar si se justifica una investigación clínica más definitiva, con la finalidad de examinar la eficacia de este enfoque entre hombres homosexuales consumidores de metanfetamina mediante un ensayo controlado. Los participantes en ambos estudios informaron aumentos simultáneos en el consumo de marihuana. En conjunto, estos estudios fueron entre los primeros en observar que los clientes pueden reducir el uso de estimulantes y la conducta sexual de riesgo concomitante durante el tratamiento de RD por abuso de sustancias. Solli et al. (2018) realizó un estudio en Noruega, que entre otros objetivos, se planteó evaluar problemas psiquiátricos informados como síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en individuos dependientes de opioides. Estos fueron aleatorizados a un tratamiento a corto plazo con naltrexona (XR-NTX) y buprenorphina-naloxona (BP-NLX) en 12 semanas y en 117 participantes que continuaron con XR-NTX o fueron incluidos en XR-NTX en un estudio de seguimiento de nueve meses para dependientes opioides, mediante un ensayo aleatorizado con 159 participantes. Dado que en el tratamiento con XR-NTX y BP-NLX se presentaron mejoras iguales en la ansiedad, la depresión y el insomnio, según lo evaluado por el HCL-25, tales síntomas no deben excluir la opción de dejar el tratamiento con agonistas opioides y ser inducido al tratamiento con XR-NTX. Entre otras conclusiones, se descubrió que XR-NTX es una opción de tratamiento eficaz y segura. Los participantes del estudio se consideraron representativos de las personas dependientes de opioides en Noruega. Cumplir con las preferencias de tratamiento es importante para la satisfacción y la adherencia al tratamiento. Una selección diferenciada de modalidades de tratamiento

disponibles aumenta la probabilidad de reclutar y mantener a los consumidores de opioides en tratamiento. Por lo tanto, XR-NTX podría ser un complemento útil para la selección existente.

Wright et al. (2012) realizaron un estudio en una clínica de tratamiento de adicciones perinatales de Hawái. Se construyó sobre un modelo de RD que abarcó la atención perinatal, el transporte, el cuidado infantil, los servicios sociales, la planificación familiar, los incentivos motivacionales y la medicina para las adicciones. Para ello se intervinieron mujeres mediante toxicología urinaria aleatoria durante el embarazo, así como toxicología urinaria en el momento del parto y la toxicología urinaria y del meconio en los bebés. Este artículo mostró el éxito y los desafíos en el cuidado de esta población de alto riesgo. Las mujeres en este estudio tenían altas tasas de problemas de salud mental y médicos concurrentes, altas tasas de pobreza, altas tasas de violencia interpersonal y altas tasas de tabaquismo. A pesar de estos desafíos, con las intervenciones y la atención adecuadas, las mujeres con adicciones pudieron tener resultados de parto relativamente normales.

Conclusiones

Después de realizar la revisión sistemática, donde finalmente se analizaron 27 artículos experimentales que incluyeron ensayos aleatorizados, estudios de intervención y estudios cuasi-experimentales; así como 36 observacionales que incluyeron estudios prospectivos, retrospectivos y transversales, se evidenciaron trabajos en RD en consumo de opio y PWID, tratamientos con naltrexona (antagonista de opiáceos); minimización de daños por abuso, consumo de alcohol y sus tratamientos con nalmefeno o naltrexona; rehabilitación psiquiátrica en consumidores de drogas; RD en tabaquismo jóvenes y adultos, consumo de marihuana (cannabis), en éxtasis y otras drogas y estrategias educación en RD al uso de Crack. También se evidenciaron tratamientos con metadona; programa de agujas y jeringas, naloxona/ buprenorfina; terapias combinadas y salas

supervisadas para inyección; enfoques educativos y similares. Es importante destacar que en la gran mayoría de los estudios se evidenciaron beneficios en los tratamientos, las intervenciones, la identificación de los consumidores y su entorno familiar y social. También, es importante destacar los programas educacionales en niños y jóvenes en cuanto a RD en consumo de alcohol, tabaquismo y cannabis en entornos escolares y universitarios. Es de resaltar también, los programas de agujas y jeringas tanto en farmacias como en sitios de consumo.

En cuanto al consumo de alcohol, se evidenció la relación de este con la violencia, el daño social y el beneficio en la RD en la sociedad, siendo una de las sustancias que más está impactando en el entorno social del individuo. Por tanto, se evidenciaron hallazgos importantes y de este modo se podrían recomendar algunas intervenciones en RD, resultados de esta revisión en diversas partes del mundo en cuanto a programas de agujas y jeringas sobre todo en farmacias en PWID en adultos. Adicionalmente, en jóvenes algunos programas exitosos se aplicaron en entornos escolares o universitarios y por programas computacionales en cuanto a consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas.

No obstante, algunas de las intervenciones deberán ser aplicadas con precaución al querer adaptarlas al contexto colombiano, ya que una parte de las intervenciones realizadas tuvieron posibles sesgos en la selección de los individuos, en la información ofrecida a los participantes y en los procesos de aleatorización, realizados usualmente en los individuos y no en los tratamientos. Esto pudo disminuir la calidad de algunas de las investigaciones reportadas en esta revisión. Por último, es fundamental enfatizar que la represión o castigo, juzgando de alguna manera el consumo y asociándolo a delitos individuales en los consumidores, enjuiciando o estigmatizando a los consumidores, no será una solución acorde para un problema de salud pública como el consumo de sustancias psicoactivas. Se deberá reconocer ante todo el problema social que nos atañe y el reconocimiento de este gran conflicto con nuestra sociedad, para además lograr el

respeto por los derechos individuales del consumidor. En este orden de ideas, las políticas de RD del consumo de sustancias psicoactivas, se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. Citando a Bosque-Prous & Brugal, (2016) la RD se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales.

Referencias

Akiyama, M. J., Cleland, C. M., Lizcano, J. A., Cherutich, P., & Kurth, A. E. (2019). Prevalence, estimated incidence, risk behaviours, and genotypic distribution of hepatitis C virus among people who inject drugs accessing harm-reduction services in Kenya: A retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases, 19*(11), 1255–1263. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30264-6

Allen, A., Vogel, R. I., Meier, E., Anderson, A., Jensen, J., Severson, H. H., & Hatsukami, D. (2016). Gender differences in snus versus nicotine gum for cigarette avoidance among a sample of US smokers. *Drug and Alcohol Dependence, 168,* 8–12. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.624

Allen, E. J., Palmateer, N. E., Hutchinson, S. J., Cameron, S., Goldberg, D. J., & Taylor, A. (2012). Association between harm reduction intervention uptake and recent hepatitis C infection among people who inject drugs attending sites that provide sterile injecting equipment in Scotland. *International Journal of Drug Policy, 23*(5), 346–352. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.07.006

Arredondo-Sánchez, J., Fleiz-Bautista, C., Baker, P., Villatoro-Velázquez, J. A., Domínguez-García, M., & Beletsky, L. (2019). Attitudes towards safe consumption sites among police and people with lived experience in Tijuana, Mexico: Initial report from the field. *Salud Mental, 42*(4), 185–189. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.024

Aubin, H. J., Reimer, J., Nutt, D. J., Bladström, A., Torup, L., François, C., & Chick, J. (2015). Clinical relevance of as-needed treatment with nalmefene in alcohol-dependent patients. *European Addiction Research, 21*(3), 160–168. https://doi.org/10.1159/000371547

Avants, S. K., Margolin, A., Usubiaga, M. H., & Doebrick, C. (2004). Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone: A randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(2), 67–78. https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00159-4

Bagley, S. M., Forman, L. S., Ruiz, S., Cranston, K., & Walley, A. Y. (2018). Expanding access to naloxone for family members: The Massachusetts experience. *Drug and Alcohol Review, 37*(4), 480–486. https://doi.org/10.1111/dar.12551

Baker, A., Richmond, R., Lewin, T. J., & Kay-Lambkin, F. (2010). Cigarette smoking and psychosis: Naturalistic follow up 4 years after an intervention trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(4), 342–350. https://doi.org/10.3109/00048670903489841

Bertrand, K., Roy, É., Vaillancourt, É., Vandermeerschen, J., Berbiche, D., & Boivin, J. F. (2015). Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs. *Addiction, 110*(5), 832–841. https://doi.org/10.1111/add.12867

Bizzarri, J. V., Casetti, V., Sanna, L., Maremmani, A. G. I., Rovai, L., Bacciardi, S., Piacentino, D., Conca, A., & Maremmani, I. (2016). The newer Opioid Agonist Treatment with lower substitutive opiate doses is associated with better toxicology outcome than the older harm reduction treatment. *Annals of General Psychiatry, 15*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12991-016-0109-z

Bórquez, A., Abramovitz, D., Cepeda, J., Rangel, G., González-Zúñiga, P., Martin, N. K., Magis-Rodríguez, C., & Strathdee, S. A. (2019). Syringe sharing among people who inject drugs in Tijuana: Before and after the global fund. *Salud Mental, 42*(4), 149–156. https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.020

Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria, 30,* 99–105. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020

Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., De García Olalla, P., & De La Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction, 100*(7), 981–989. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x

Carrico, A. W., Flentje, A., Gruber, V. A., Woods, W. J., Discepola, M. V., Dilworth, S. E., Neilands, T. B., Jain, J., & Siever, M. D. (2014). Community-based harm reduction substance abuse treatment with methamphetamine-using men who have sex with men. *Journal of Urban Health, 91*(3), 555–567. https://doi.org/10.1007/s11524-014-9870-y

Collins, S. E., Saxon, A. J., Duncan, M. H., Smart, B. F., Merrill, J. O., Malone, D. K., Jackson, T. R., Clifasefi, S. L., Joesch, J., & Ries, R. K. (2014). Harm reduction with pharmacotherapy for homeless people with alcohol dependence: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials, 38*(2), 221–234. https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.05.008

De La Fuente, L., Bravo, M. J., Toro, C., Brugal, M. T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F., Ballesta, R., Brugal, T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F., Ballesta, R., Brugal, M. T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F., & Ballesta, R. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. J*ournal of Epidemiology and Community Health, 60*(6), 537–542. https://doi.org/10.1136/jech.2005.037333

De Mello Amaral, L. B., De Vasconcelos, T. B., De Sá, F. E., Da Silva, A. S. R., & Macena, R. H. M. (2016). Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: Perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. *Revista Estudos Feministas, 24*(2), 521–540. https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521

Eibl, J. K., Gauthier, G., Pellegrini, D., Daiter, J., Varenbut, M., Hogenbirk, J. C., & Marsh, D. C. (2017). The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting. *Drug and Alcohol Dependence, 176,* 133–138. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.048

El-Mohandes, A., Herman, A. A., Nabil El-Khorazaty, M., Katta, P. S., White, D., & Grylack, L. (2003). Prenatal care reduces the impact

of illicit drug use on perinatal outcomes. *Journal of Perinatology, 23,* 354–360. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210933

Gauthier, G., Eibl, J. K., & Marsh, D. C. (2018). Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. *Drug and Alcohol Dependence, 191,* 1–5. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.029

Goldenberg, S., Watt, S., Braschel, M., Hayashi, K., Moreheart, S., & Shannon, K. (2020). Police-related barriers to harm reduction linked to non-fatal overdose amongst sex workers who use drugs: Results of a community-based cohort in metro Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy, 76,* artículo 102618. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102618

Hadland, S. E., Frank Wharam, J. W., Schuster, M. A., Zhang, F., Samet, J. H., & Larochelle, M. R. (2017). Trends in receipt of buprenorphine and naltrexone for opioid use disorder among adolescents and young adults, 2001-2014. *JAMA Pediatrics, 171*(8), 747–755. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0745

Hamilton, G., Cross, D., Resnicow, K., & Shaw, T. (2007). Does harm minimisation lead to greater experimentation? Results from a school smoking intervention trial. *Drug and Alcohol Review, 26*(6), 605–613. https://doi.org/10.1080/09595230701613585

Handanagic, S., Sevic, S., Barbaric, J., Dominkovic, Z., Dakovic Rode, O., Begovac, J., & Bozicevic, I. (2017). Correlates of anti-hepatitis C positivity and use of harm reduction services among people who inject drugs in two cities in Croatia. *Drug and Alcohol Dependence, 171,* 132–139. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.028

Harm Reduction International. (2020). The global state of harm reduction 2020. En The Global State of Harm Reduction (Ed.), *SpringerReference* (7ma ed.). Harm Reduction International. https://doi.org/10.1007/springerreference_44276

Haziza, C., De La Bourdonnaye, G., Donelli, A., Skiada, D., Poux, V., Weitkunat, R., Baker, G., Picavet, P., & Lüdicke, F. (2020a). Favorable changes in biomarkers of potential harm to reduce the adverse health effects of smoking in smokers switching to the menthol tobacco heating system 2.2 for 3 months (part 2). *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 22*(4), 549–559. https://doi.org/10.1093/ntr/ntz084

Haziza, C., De La Bourdonnaye, G., Donelli, A., Skiada, D., Poux, V., Weitkunat, R., Baker, G., Picavet, P., & Lüdicke, F. (2020b). Reduction in exposure to selected harmful and potentially harmful constituents approaching those observed upon smoking abstinence in smokers switching to the menthol tobacco heating system 2.2 for 3 months (part 1). *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 22*(4), 539–548. https://doi.org/10.1093/ntr/ntz013

Hides, L., Kavanagh, D. J. D., Daglish, M., Cotton, S., Connor, J. P., Barendregt, J. J., Young, R. M., Sanders, D., White, A., & Mergard, L. (2014). The Quik Fix study: A randomised controlled trial of brief interventions for young people with alcohol-related injuries and illnesses accessing emergency department and crisis support care. *BMC Emergency Medicine, 14*(1), artículo 19. https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-19

Iversen, J., Wand, H., Topp, L., Kaldor, J., & Maher, L. (2013). Reduction in HCV incidence among injection drug users attending needle and syringe programs in Australia: A linkage study. *American Journal of Public Health, 103*(8), 1436–1444. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301206

Johnson, B., & Richert, T. (2019). Non-prescribed use of methadone and buprenorphine prior to opioid substitution treatment: Lifetime prevalence, motives, and drug sources among people with opioid dependence in five Swedish cities. *Harm Reduction Journal, 16,* artículo 31. https://doi.org/10.1186/s12954-019-0301-y

Kåberg, M., Hammarberg, A., Lidman, C., & Weiland, O. (2017). Prevalence of hepatitis C and pre-testing awareness of hepatitis C status in 1500 consecutive PWID participants at the Stockholm needle exchange program. *Infectious Diseases, 49*(10), 728–736. https://doi.org/10.1080/23744235.2017.1334263

Kennedy, M. C., Hayashi, K., Milloy, M. J., Wood, E., & Kerr, T. (2019). Supervised injection facility use and all-cause mortality among people who inject drugs in Vancouver, Canada: A cohort study. *PLoS Medicine, 16*(11), artículo e1002964. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002964

Langendam, M. W., Van Brussel, G. H. A., Coutinho, R. A., & Van Ameijden, E. J. C. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health, 91*(5), 774–780. https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.774

Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Colledge, S., Hickman, M., Vickerman, P., Grebely, J., Dumchev, K. V., Griffiths, P., Hines, L., Cunningham, E. B., Mattick, R. P., Lynskey, M., Marsden, J., Strang, J., & Degenhardt, L. (2017). Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health, 5*(12), 1208–1220. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30373-X

Lewis, C. F., Rivera, A. V., Crawford, N. D., DeCuir, J., & Amesty, S. (2015). Pharmacy-randomized intervention delivering HIV prevention services during the syringe sale to people who inject drugs in New York City. *Drug and Alcohol Dependence, 153,* 72–77. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.006

Ma, J. Z., Ait-Daoud, N., & Johnson, B. A. (2006). Topiramate reduces the harm of excessive drinking: Implications for public health and primary care. *Addiction, 101*(11), 1561–1568. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01576.x

Marotta, P. L., & McCullagh, C. A. (2016). A cross-national analysis of the effects of methadone maintenance and needle and syringe program implementation on incidence rates of HIV in Europe from

1995 to 2011. *International Journal of Drug Policy, 32,* 3–10. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.007

Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J. J., Wood, E., Montaner, J. S. G., Kerr, T., Marshall, D. L., Milloy, M.-J. J., W., Montaner, J. S. G., Wood, E., Kerr, T., Kerr, T., Health, U., Marshall, B. D. L., Wood, E., & Montaner, J. S. G. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet, 377*(9775), 1429–1437. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7

Marzel, A., Kusejko, K., Weber, R., Bruggmann, P., Rauch, A., Roth, J. A., Bernasconi, E., Calmy, A., Cavassini, M., Hoffmann, M., Böni, J., Yerly, S., Klimkait, T., Perreau, M., Günthard, H. F., Kouyos, R. D., Anagnostopoulos, A., Battegay, M., Bernasconi, E., ... Yerly, S. (2018). The cumulative impact of harm reduction on the Swiss HIV epidemic: Cohort study, mathematical model, and phylogenetic analysis. *Open Forum Infectious Diseases, 5*(5), artículo ofy078. https://doi.org/10.1093/ofid/ofy078

Meyers, S. A., Rafful, C., Jain, S., Sun, X., Skaathun, B., Guise, A., Gonzalez-Zuñiga, P., Strathdee, S. A., Werb, D., & Mittal, M. L. (2020). The role of drug treatment and recovery services: an opportunity to address injection initiation assistance in Tijuana, Mexico. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*(1), artículo 78. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00322-1

Mutlu, C., Demirci, A. C., Yalcin, O., Kilicoglu, A. G., Topal, M., Karacetin, G., Mutlu, C., Demirci, A. C., Yalcin, O., Guven Kilicoglu, A., Kilicoglu, A. G., Topal, M., & Karacetin, G. (2016). One-year follow-up of heroin-dependent adolescents treated with buprenorfine/naloxone for the first time in a substance treatment unit. *Journal of Substance Abuse Treatment, 67,* 1–8. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.04.002

Palfai, T. P., Tahaney, K., Winter, M., & Saitz, R. (2016). Readiness-to-change as a moderator of a web-based brief intervention for marijuana among students identified by health center

screening. *Drug and Alcohol Dependence, 161,* 368–371. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.027

Parcesepe, A. M., L Engle, K. L., Martin, S. L., Green, S., Sinkele, W., Suchindran, C., Speizer, I. S., Mwarogo, P., & Kingola, N. (2016). The impact of an alcohol harm reduction intervention on interpersonal violence and engagement in sex work among female sex workers in Mombasa, Kenya: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 161,* 21–28. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.037

Paschall, M. J., Antin, T., Ringwalt, C. L., & Saltz, R. F. (2011). Effects of alcoholedu for college on alcohol-related problems among freshmen: A randomized multicampus trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(4), 642–650. https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.642

Pearce, L. A., Min, J. E., Piske, M., Zhou, H., Homayra, F., Slaunwhite, A., Irvine, M., McGowan, G., & Nosyk, B. (2020). Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: Population based retrospective cohort study. *The BMJ, 368,* artículo m772. https://doi.org/10.1136/bmj.m772

Robertson, A. M., Ojeda, V. D., Nguyen, L., Lozada, R., Martínez, G. A., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2012). Reducing harm from HIV/AIDS misconceptions among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico: A cross sectional analysis. *Harm Reduction Journal, 9*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-35

Roux, P., Castro, D. R., Ndiaye, K., Debrus, M., Protopopescu, C., Gall, J. M. Le, Haas, A., Mora, M., Spire, B., Suzan-Monti, M., & Carrieri, P. (2016). Increased Uptake of HCV Testing through a Community-Based Educational Intervention in Difficult-to-Reach People Who Inject Drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. *PLoS ONE, 11*(6), artículo e0157062. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157062

Russolillo, A. (2019). *Epidemiological evaluations of methadone adherence in opioid dependent offenders: implications for public health and public safety* [Tesis inédita de doctorado]. Simon Fraser University. http://summit.sfu.ca/system/files/iritems1/19403/etd20414.pdf

Solli, K. K., Latif, Z. H., Opheim, A., Krajci, P., Sharma-Haase, K., Benth, J. Š., Tanum, L., & Kunoe, N. (2018). Effectiveness, safety and feasibility of extended-release naltrexone for opioid dependence: a 9-month follow-up to a 3-month randomized trial. *Addiction, 113*(10), 1840–1849. https://doi.org/10.1111/add.14278

Sullivan, S. G., Wu, Z., Cao, X., Liu, E., & Detels, R. (2014). Continued drug use during methadone treatment in China: A retrospective analysis of 19,026 service users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*(1), 86–92. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.12.004

Sutter, A., Curtis, M., & Frost, T. (2019). Public drug use in eight U.S. cities: Health risks and other factors associated with place of drug use. *International Journal of Drug Policy, 64,* 62–69. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.007

Sypsa, V., Psichogiou, M., Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Paraskeva, D., Micha, K., Malliori, M., Pharris, A., Wiessing, L., Donoghoe, M., Friedman, S., Jarlais, D. Des, Daikos, G., & Hatzakis, A. (2017). Rapid decline in HIV incidence among persons who inject drugs during a fast-track combination prevention program after an HIV outbreak in Athens. *Journal of Infectious Diseases, 215*(10), 1496–1505. https://doi.org/10.1093/infdis/jix100

Tobón Marulanda, F., Ramírez Villegas, J., & Jiménez Cartagena, C. (2013). Percepción de estudiantes universitarios consumidores de psicotrópicos sobre las políticas que abordan esta problemática en Medellín, Colombia. *Revista Costarricense de Salud Pública, 22*(2), 119–126. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200006&lang=es

Todd, C. S., Nasir, A., Stanekzai, M. R., Fiekert, K., Sipsma, H. L., Vlahov, D., & Strathdee, S. A. (2015). Hepatitis C and HIV incidence and harm reduction program use in a conflict setting: An observational cohort of injecting drug users in Kabul, Afghanistan. *Harm Reduction Journal, 12*(1), artículo 22. https://doi.org/10.1186/s12954-015-0056-z

Tracy, D., Hahn, J. A., Fuller Lewis, C., Evans, J., Briceño, A., Morris, M. D., Lum, P. J., & Page, K. (2014). Higher risk of incident hepatitis

C virus among young women who inject drugs compared with young men in association with sexual relationships: A prospective analysis from the UFO Study cohort. *BMJ Open, 4*(5), artículo e004988. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004988

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*(4), 651–656. https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). Booklet 2: Drug Use and Health Consequences. En United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report* (pp. 1–49). https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html

Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica, 135*(11), 507–511. http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., & Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: Evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction, 102*(9), 1454–1462. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01912.x

Vinet, E. V., & Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud Mental, 35*(3), 205–213. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300004&lang=es

Vogl, L. E., Newton, N. C., Champion, K. E., & Teesson, M. (2014). A universal harm-minimisation approach to preventing psychostimulant and cannabis use in adolescents: A cluster randomised controlled trial. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy, 9*(1), artículo 24. https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-24

Vogl, L., Teesson, M., Andrews, G., Bird, K., Steadman, B., & Dillon, P. (2009). A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: randomized controlled trial. *Addiction, 104*(4), 564–575. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02510.x

Wechsberg, W. M., Lam, W. K. K., Zule, W. A., & Bobashev, G. (2004). Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. *American Journal of Public Health, 94*(7), 1165–1173. https://doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1165

Whittingham, J. R. D., Ruiter, R. A. C., Bolier, L., Lemmers, L., Van Hasselt, N., & Kok, G. (2009). Avoiding counterproductive results: An experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use and Misuse, 44*(4), 532–547. https://doi.org/10.1080/10826080802347685

Winhusen, T., Wilder, C., Lyons, M. S., Theobald, J., Kropp, F., & Lewis, D. (2020). Evaluation of a personally-tailored opioid overdose prevention education and naloxone distribution intervention to promote harm reduction and treatment readiness in individuals actively using illicit opioids. *Drug and Alcohol Dependence, 216,* artículo 108265. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108265

Wright, T. E., Schuetter, R., Fombonne, E., Stephenson, J., Haning, W. F., Haning III, W. F., & Haning, W. F. (2012). Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduction Journal, 9,* 1–10. https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-5

Zakarian, J. M., Hovell, M. F., Sandweiss, R. D., Hofstetter, C. R., Matt, G. E., Bernert, J. T., Pirkle, J., & Hammond, S. K. (2004). Behavioral counseling for reducing children's ETS exposure: Implementation in community clinics. *Nicotine and Tobacco Research, 6*(6), 1061–1074. https://doi.org/10.1080/1462220412331324820

CONSUMO

Características de los programas de prevención del consumo de cannabis recreativo

Angélica Alarcón-García
Mg. en Neurociencias
Terapeuta Ocupacional

Alejandra Ruiz Jessica
Ingeniera Industrial,
Mg. en Calidad

Andrés Cristancho-Duarte
Psicólogo, Mg. en Menores en Situación de Desprotección y Conflicto social

Observatorio Colombiano de Investigación en Cannabis Medicinal
Correo de contacto
secretariageneral@ocicam.org

Resumen

Debido a las consecuencias que puede tener el consumo de cannabis recreativo, existen diversas opciones de prevención y tratamiento para diferentes poblaciones. Principalmente, estas intervenciones de prevención se dirigen a la población juvenil, debido a que la iniciación al consumo de cannabis ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia. Se plantea como objetivo de investigación identificar cuáles son las características de los programas de prevención del consumo del cannabis recreativo en países que cuentan con un mercado del cannabis medicinal regularizado, este planteamiento es analizado mediante la caracterización de las estrategias creadas al interior de los programas de prevención. Se evidencia la vinculación de diferentes actores para fortalecer las redes de apoyo generando estrategias de co-construcción entre la comunidad y el equipo interdisciplinario del programa de prevención. Así mismo, se demuestra como variable importante el entorno en el que se desarrollan los programas de prevención y los riesgos identificados en su ejecución. Los resultados evidencian el valor educativo de generar programas de prevención de consumo de cannabis recreativo a través de un proceso integral que permite identificar las mejores prácticas de aquellos países que cuentan con experiencias y lecciones aprendidas de sus procesos de prevención.

Palabras clave: cannabis recreativo, cannabis medicinal, programas de prevención, consumo sustancias psicoactivas.

Introducción

El cannabis es una de las sustancias más consumidas a nivel mundial, con tasas de prevalencia media de por vida del 46% entre los adultos en los EE. UU. El 35% en Australia y el 26% en Europa (Boumparis et al., 2019). Debido al impacto sustancial que puede tener el consumo de cannabis, existen diversas opciones de prevención y tratamiento en varios grupos destinatarios.

Las intervenciones de prevención se dirigen principalmente a la población juvenil, ya que la iniciación al consumo de cannabis ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia (Coffey & Patton, 2016). Específicamente, el consumo de cannabis entre los jóvenes, en el contexto de la legalización del cannabis medicinal, se convierte en un riesgo para la salud pública que debe ser monitoreado y gestionado, considerando las suposiciones y los resultados deseados que guían los recursos de prevención y las discusiones públicas. Así mismo, se evidencia que el desafío en el espacio de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es responder a la necesidad de recursos basados en evidencias (Haines-Saah et al., 2019). Este documento se suma al debate sobre la diferenciación del uso recreativo del cannabis y su uso medicinal, como parte de un proceso reflexivo que demanda la industria emergente del cannabis medicinal en Colombia. Se adopta un enfoque interpretativo desde donde se identifica la preocupación sobre el aumento de las tasas de prevalencia del consumo de cannabis entre los adolescentes (Lize et al., 2017). Además, se argumenta que una de las causas de este inconveniente es que el cannabis y sus entornos, así como otras escenas de consumo de drogas, son volátiles en su dinámica y los cambios que ocurren muy rápidamente necesitan una vigilancia sobre las tendencias emergentes de su consumo (Stimson et al., 2009). Como consecuencia, las intervenciones no suelen ser adaptadas a las características individuales del grupo destinatario ni son enmarcadas en un contexto y una estructura normativa particular (Dupont et al., 2015). Sin embargo, a medida que aumenta el número de consumidores de cannabis, aumenta la demanda de prevención y tratamiento, por esta razón, se deben evaluar nuevas estrategias que consideren las capacidades limitadas de las instalaciones tradicionales de prevención y tratamiento (Montanari et al., 2017).

La primera parte del documento presenta cómo los programas de prevención para el consumo recreativo de cannabis son establecidos en aquellos países en donde el cannabis medicinal

está legalizado. Adicionalmente, se exponen las características de este tipo de programas con el fin de caracterizar las estrategias y alternativas planteadas a lo largo del proceso de prevención de consumo de sustancias psicoactivas. La segunda parte del trabajo informa las conclusiones y discusiones que son generadas tomando en cuenta la experiencia y lecciones aprendidas de aquellos países en donde se han desarrollado e implementado espacios y entornos de prevención del cannabis recreativo. Se espera que estas contribuciones sean un aporte útil a los programas a desarrollar en un futuro en el territorio colombiano. El desarrollo de esta investigación se enmarca en una revisión del tema y fue diseñado para explorar la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las características de los programas de prevención para el consumo del cannabis recreativo en países que cuentan con un mercado del cannabis medicinal regularizado?

Método

El estudio es una revisión sistemática de literatura (SLR, por sus siglas en inglés) sustentada en términos generales en las directrices metodológicas por fases establecidas por Kitchenham & Charters (2007). Las tres fases están enfocadas en el método de realización de SLR creado para el campo de estudio de la ingeniería de software, posteriormente adaptado a otras áreas de conocimiento (ver Figura 1). En términos particulares, son tomados en cuenta los aportes de Kitchenham et al. (2010) y Schön et al. (2017) con referencia a los procesos desarrollados en cada una de las fases del SRL.

Figura 1. Fases de la SLR

Fuente: adaptado de Kitchenham et al. (2010) y Schön et al. (2017).

Planeación

Identificación de la necesidad de la revisión sistemática

La fase de planificación consistió en tomar decisiones relevantes sobre las unidades de análisis de esta investigación. Posterior a ejercicios exploratorios y de revisión de tendencias de publicación sobre los programas de prevención para el consumo de cannabis recreativo, se determina como necesidad de indagación el estudio de las variables que son tomadas en cuenta para la generación de dichos programas en países que cuentan con un mercado de cannabis regularizado.

Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación (RQ, por sus siglas en inglés) planteadas para este estudio pretenden explorar los aportes investigativos más relevantes frente al tema de investigación seleccionado. Las preguntas de investigación de este estudio se describen a continuación:

- RQ1: ¿Qué población ha sido vinculada al proceso de desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?
- RQ2: ¿Cuáles han sido los entornos de desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?

- RQ3: ¿Cuáles han sido los riesgos identificados en el desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?
- RQ4: ¿Cuáles han sido las estrategias diseñadas para el desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?

Protocolo de desarrollo

Posterior a la definición de los objetivos de la investigación y las RQ, se elabora la estrategia de investigación mediante los criterios de búsqueda. Inicialmente, se establecen como categorías principales de búsqueda: cannabis medicinal, prevención y cannabis recreativo. La búsqueda se realizó con los términos en el idioma inglés con el fin de recuperar mayor cantidad de estudios y reconocer los componentes de los programas de prevención resaltados en las investigaciones y que, más adelante, se sintetizan en elementos de análisis. El protocolo es desarrollado en congruencia con los lineamientos teóricos de los autores del SLR.

Desarrollo

Búsqueda de estudios

La fase de desarrollo inicia con la búsqueda de información mediante las categorías principales establecidas y los operadores boléanos en las bases de datos Scopus y Web Of Science (WoS). Los criterios de búsqueda se delimitan a artículos de acceso abierto, en cualquier idioma y con fecha de publicación posterior al año 2016 y hasta el 2020.

Selección de estudios

En la selección *de* los estudios, el filtro inicial reportó 1788 artículos de ambas bases de datos. Posteriormente se realiza la depuración de la información por áreas del conocimiento, seleccionando los correspondientes a Ciencias Sociales (*Social Sciences*),

Multidisciplinar (*Multidisciplinary*), Psicología (*Psychology*), Enfermería (*Nursing*), Artes y Humanidades (*Arts and Humanities*) y Medicina (*Medicine*). De esta forma permanecen 537 artículos de investigación.

Evaluación de calidad

Se realiza la evaluación de pertinencia de los artículos resultado del segundo filtro con las siguientes preguntas de calidad: 1. ¿los hallazgos se basan en múltiples proyectos?; 2. ¿las investigaciones discuten algún problema con la validez/confiabilidad de sus resultados?; 3. ¿se presentan resultados negativos?; 4. ¿está claro el propósito del análisis de datos?; 5. ¿se describen adecuadamente los métodos de recopilación de datos?; 6. ¿están claramente especificados los objetivos de la investigación?, y 7. ¿el documento destaca el enfoque empírico o conceptual? Posteriormente, los estudios se codificaron en categorías inductivas según la información identificada de cada documento; como resultado se obtuvieron 320 artículos clasificados.

Extracción y análisis de datos

Para la extracción de datos, los documentos se organizaron en sublíneas temáticas según categorías emergentes de descripción de los componentes de los programas de prevención, de acuerdo con el objetivo del SRL. El análisis de los datos es orientado por las preguntas de investigación de nuestro estudio, esto permite la identificación de 6 textos que responden a las sublíneas temáticas: cannabis medicinal regulado, planes de prevención y comunidad.

Reporte

Extraer y discutir los resultados

Posterior al análisis de los datos se realiza el proceso de extracción y síntesis de la información, los detalles son presentados en la siguiente sección de resultados de este texto.

Desarrollo

Los programas de prevención de consumo de cannabis en países como Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos se caracterizan por resaltar la necesidad de considerar las diferentes estrategias desde el marco de la prevención en articulación con los lineamientos nacionales de salud pública, ya que, como se observa, diferentes estudios evidencian el aumento del consumo recreativo de cannabis en etapas tempranas como la infancia y la adolescencia. Esto es llamativo, ya que las políticas de los diferentes países están direccionadas a la despenalización del uso medicinal del cannabis y en consecuencia existe aumento en la demanda de las estrategias de prevención del consumo recreativo. Se reconoce que el efecto de las estrategias de intervención está centrado en la prevención y no en la atención clínica del consumidor, esto tiene un efecto que permanece en el tiempo e incluso retrasa el inicio temprano del consumo recreativo del cannabis.

Particularmente, los programas de prevención de los Países Bajos enfatizan que la caracterización de la población objeto y su contexto es la clave para aumentar no solo la cobertura sino también las tasas de permanencia en las estrategias. Por esta razón, diferentes municipios de estos países establecieron un programa coordinado de estudios de Evaluación y Respuesta Rápida (RAR, por sus siglas en inglés) con el fin de obtener conocimientos básicos y fundamentales para la implementación del mejor paquete de herramientas preventivas para el consumo problemático de cannabis entre los jóvenes. A partir de allí, exponen que su experiencia con el uso de este método les ha permitido identificar poblaciones consumidoras, así como poblaciones en riesgo, lo que demanda la adaptación y articulación de las estrategias de prevención; pues estas deben ser coherentes con las características situadas de la población evaluada y adaptarse al mismo tiempo a las características de las poblaciones en riesgo identificadas (Dupont et al., 2015). La adaptación de diferentes modelos de los programas de prevención, como lo es el RAR, ha demostrado diferentes ventajas, por una parte se evidencia que el

conocimiento adquirido por parte de los trabajadores vinculados al proceso de prevención de las intervenciones basadas en la evidencia promueve una rápida eliminación de las propuestas preventivas que no son factibles. Además, la interacción que el trabajador de prevención tiene con el grupo objetivo durante la fase de evaluación ayuda a construir la red que será necesaria para implementar el plan de respuesta en una fase posterior. Por último, se evidencia la posibilidad de adaptar rápidamente las intervenciones basadas en evidencia al contexto de los grupos vulnerables.

Así mismo, los resultados obtenidos como implementación de los programas de prevención son eficaces para promover y consolidar actitudes contrarias al consumo de drogas. Estos resultados se sitúan en consonancia con los hallazgos, puesto que las intervenciones basadas en el entrenamiento de habilidades personales son eficaces para reducir el consumo de cannabis y las variables que lo median a corto plazo, según lo plantean Lemstra et al (2010) transcurridos dos años, según mencionan Sussman et al. (2003) y hasta 5 años posteriores a la aplicación de las intervenciones, según Furr-Holden et al. (2004).

Población vinculada al proceso de prevención

Una de las características principales de los programas de prevención es que no solo se centran en la población consumidora, sino que, más bien, son una estrategia de articulación comunitaria que implica la participación de diferentes actores, fortalece las redes de apoyo y genera un sentimiento de identificación y pertenencia, ya que el diseño de las estrategias es una co-construcción entre la comunidad y el equipo interdisciplinario de prevención. De igual manera, coinciden en que los actores involucrados en la problemática del consumo de cannabis en la infancia y la adolescencia no puede estar limitada únicamente a los consumidores habituales de cannabis, sino que, por el contrario, en el marco de un programa de prevención las estrategias deben considerar la participación de población

no consumidora, redes sociales, culturales y, por supuesto, las normativas específicas de cada contexto. La eficacia de estos programas no dependen de la existencia o no de los mismos, sino del esfuerzo y eficiencia con que se impartan (Sellers Asensio, 2013).

Del mismo modo, se resalta el rol de los padres de familia como primeros respondientes en los procesos educativos. Dentro de las estrategias, se encuentran los procesos de empoderamiento de los padres como actores activos de los procesos de desarrollo de sus hijos. También se resalta que el éxito de las estrategias está centrado en una prevención con la participación de los infantes y adolescentes como protagonistas del proceso de prevención, esto quiere decir que las estrategias se diseñan a partir del reconocimiento de la motivación que tiene la población para iniciar el consumo del cannabis, que en muchos casos está ligado a dificultades familiares, sociales e incluso escolares y académicas y, en otros, es cuestión de curiosidad o retos impuestos por grupos sociales.

La vinculación de los padres en el proceso de prevención nace desde la problemática del aumento del consumo de cannabis en población adolescente como idea arraigada de las consecuencias de la legalización; en ese sentido, el papel de los padres es estimulado por el cambio inminente del estatus legal del cannabis en la población adolescente, las estrategias de prevención están direccionadas a que los padres asuman un rol educador y fomenten el diálogo con sus hijos sobre el cannabis, supuestamente para evitar un consumo y uso mayor del mismo, ya que se asume que la legalización conduce a un consumo generalizado en la población (Haines-Saah et al., 2019). Se hace énfasis en el diálogo abierto en el cual los adolescentes puedan expresar las motivaciones o curiosidades que puedan llevarlos al consumo de cannabis, pero, al mismo tiempo, y entendiendo que es una comunicación en doble vía, puedan también conocer las consecuencias y problemáticas que trae consigo el consumo.

Sin embargo, algunos estudios han demostrado que hasta el momento no existen estrategias claras que permitan guiar a los padres a realizar acciones preventivas más allá del diálogo. Generalmente se hace referencia a los programas escolares de prevención del consumo (West & O'Neal, 2004; Faggiano et al., 2008), los cuales no han demostrado tener tanta eficacia. Los modelos centrados en la abstinencia y los enfoques didácticos no logran involucrar a los estudiantes (Skager, 2008) y los modelos autoritarios que se centran en una estructura de "arriba hacia abajo" de educación sobre las drogas, han sido cuestionados, ya que en su mayoría se enfocan en la exposición del riesgo a nivel individual pero no se tienen en cuenta las características propias del contexto en el cual se presenta el riesgo, como el consumo determinado por influencias contextuales y culturales (Moffat Haines-Saah & Johnson, 2017). En ese sentido, y teniendo en cuenta que la evidencia de investigación sobre la educación y la prevención más allá de los entornos escolares es limitada y escasa, la estrategia basada en el acompañamiento y empoderamiento de los padres y los procesos de auto información de los jóvenes representa una alternativa viable y confiable (Haines-Saah et al., 2019).

Los programas también hacen referencia a que las estrategias de prevención deben continuar con la participación de los entornos escolares, estimulando el proceso dialógico entre los estudiantes y los profesores, promoviendo también las acciones interactivas por encima de las estrategias de conferencia, ya que involucran a los participantes en actividades de desarrollo de habilidades y se enfocan en la interacción entre los participantes, favoreciendo los procesos de apropiación y uso del conocimiento o información (Lize et al., 2017)

Así que, como se puede observar, la población que participa en los procesos de prevención va más allá de la población objeto de la estrategia. Se resalta que la participación de los diferentes actores del contexto en el que se desarrollan los niños, niñas y adolescentes permite la permanencia en los programas de prevención. Así mismo, se hace énfasis en el reconocimiento del

rol diferenciado de cada uno de los actores, es decir, el rol interno que pueden llegar a tener los docentes y padres de familia y roles o representaciones externas que puede llegar a tener el personal de salud o psicólogos que acompañen el proceso de prevención (Gázquez Pertusa et al., 2016).

Entorno de desarrollo

Una característica adicional de los programas de prevención de países como Canadá y Estados Unidos es que centran sus estrategias en la articulación de diferentes servicios sociales, ya que se considera que los procesos de prevención no se deben limitar únicamente al equipo de salud, sino que deben contar con la participación de agentes educativos, resaltando que las estrategias tienen un lugar de aplicación en escenarios escolares; pues es allí donde la mayoría de actores pueden coincidir con la población objeto, la infancia y la adolescencia. Además, Norberg et al. (2013) muestran que los efectos de los programas escolares de prevención del cannabis pueden diferir según la modalidad y los componentes externos, como las características familiares y comunitarias que potencialmente mejoran la prevención. Los programas escolares pueden ser un componente rentable de estrategias de prevención más amplias. Si bien se siguen necesitando estudios más rigurosos que evalúen el impacto de estos programas, la investigación desarrollada hasta el día de hoy proporciona más apoyo para el uso de programas interactivos en las escuelas intermedias para prevenir el consumo de cannabis por parte de los adolescentes en países como Estados Unidos (Lize et al., 2017).

Así mismo, en los Países Bajos, los programas centran el panorama de los procesos de prevención en la identificación integral de la población objeto, es decir, desde los programas de prevención centrados en entornos escolares hasta las intervenciones específicas con población en riesgo por ser hijos de toxicómano (Dupont et al., 2015). Diferentes estudios también apoyan la idea de que los programas de prevención centrados en entornos

escolares pueden llegar a reducir el consumo de sustancias, sin embargo, se requiere de la participación activa y constante del personal del escenario educativo, ya que en ocasiones puede haber dificultades de disponibilidad de recursos o tiempo para ejecutar los programas (O'Brien et al., 2010).

Los diferentes programas resaltan el escenario escolar como un entorno positivo para el desarrollo de programas, pero hacen énfasis en que no debe limitarse a solo la participación del personal escolar, sino que debe haber acciones coordinadas con la propia comunidad y con entidades públicas y privadas que impulsen la continuidad de las estrategias fuera del entorno protector escolar (Burnett, 2020).

Reducir el consumo de cannabis entre los jóvenes de los países como Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos es una prioridad de salud pública, teniendo como precedente las estrategias centradas en el escenario escolar. Estos programas resaltan los procesos de articulación con las políticas regionales y nacionales, con el fin de garantizar no solo la disponibilidad de recursos, tiempos y espacios, sino también de garantizar la sostenibilidad y sustentabilidad de las estrategias en la comunidad, resaltando un enfoque universal que trasciende los entornos escolares (Zuckermann et al., 2020).

Riesgos

Los programas de prevención de los diferentes países también coinciden en que existen factores de riesgo asociados, los cuales varían y no pueden ser determinados por las mismas características cambiantes de la evolución social. Uno de los factores es la determinación de la edad de inicio del consumo, dado que esta característica nunca es constante y, como se mencionó, puede deberse a múltiples factores extrínsecos o intrínsecos del contexto en el que se encuentran los niños, niñas y adolescentes. Otro de los factores para tener en cuenta es la composición bioquímica del cannabis que consumen, específicamente relacionada con

los niveles de THC que pueda tener el producto. El conocimiento de dichas proporciones implicaría la realización de exámenes específicos y de calidad confiable, que logren determinar la exactitud de los compuestos. Sin embargo, esto desencadena en la invasión a la privacidad de los usuarios y en consecuencia al tercer factor de riesgo identificado: la frecuencia del uso o uso actual del cannabis, porque aun cuando la mayoría de los países tiene una legislación que tiende a la legalización medicinal, el uso recreativo aún depende en gran medida de fuentes ilícitas donde no se controla la frecuencia ni la calidad de lo que se está consumiendo, de ahí el aumento en la demanda de las estrategias de prevención y la preocupación social por el aumento del consumo de cannabis en la población joven (Deursen et al., 2010).

Estrategias diseñadas

Los programas de prevención resaltan que una vez identificados los riesgos de las estrategias que comúnmente se utilizan, el paso a seguir es la diversificación de las mismas y hacen mención al uso de la tecnología como apoyo en los procesos de diseño de estrategias de prevención, teniendo como base la ampliación en la cobertura y mayor disponibilidad de acceso y tiempo; reduciendo así el umbral para acceder a la atención y generando un fuerte impacto en la salud pública (Boumparis et al., 2019). Aquí es necesario resaltar, por supuesto, que estas estrategias deben ser guiadas por un equipo interdisciplinario con experiencia en los procesos de prevención de adicciones, ya que ellos pueden adaptar y en determinado caso graduar las diferentes estrategias dependiendo de las características mismas de la población que las esté utilizando, de ahí que se haga énfasis en la caracterización primaria de la población objeto de las estrategias de prevención.

Por otro lado, en España actualmente existe el programa de prevención denominado Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018–2024, el cual plantea un modelo asistencial multisectorial y propone un modelo homogéneo en el que se utilizan los recursos territoriales

a través de una intervención cooperativa entre los servicios sociales, sanitarios, educativos y entidades en general. Además, cuenta con cinco áreas de actuación entre las que se encuentran: prevención y promoción de la salud; reducción de la oferta; red asistencial de atención de las adicciones; formación y gestión del conocimiento y coordinación. Se realiza un énfasis en la primera, prevención y promoción de la salud, en donde se expone un modelo sistematizado para la actuación en la prevención con el fin de reducir tanto el consumo como los daños en la salud. Además, refuerza en todo momento la atención de los servicios sociales y la coordinación de estos con los diferentes sistemas y ámbitos que intervienen en las diferentes acciones (Martínez Manzano, 2019).

Se resalta también a la familia como el primer agente de salud y que su deber está centrado en ejercer una autoridad compartida y responsable, con normas, enfatizando que el propósito de formación es el desarrollo de un joven autónomo y crítico (Sellers Asensio, 2013). Los programas en general reportan procesos de disminución del consumo, sin embargo, la preocupación se centra principalmente en la permanencia en el tiempo de las estrategias utilizadas, ya que se espera que el uso de las estrategias no dependa únicamente de la presencia del personal de salud o de la asistencia a la escuela, sino que sean estrategias que al ser construidas en comunidad y ajustadas a las características de cada población objeto, sean integradas en la cotidianidad de las comunidades (Gázquez Pertusa et al., 2016).

Conclusiones

Teniendo en cuenta el objetivo inicial de esta revisión, centrado en la identificación de las características de los programas de prevención en países donde se encuentra legalizado el uso de cannabis medicinal, se resaltan los puntos en común de dichos programas, ya que a partir de este punto fue posible el análisis presentado anteriormente que además sirve de guía para el diseño y ejecución de un plan de prevención del consumo de

cannabis recreativo de cara a la naciente industria en Colombia del cannabis medicinal

En ese sentido, se menciona que la caracterización de la población objeto de un plan de prevención debe trascender la población consumidora. Parte de la estrategia es considerar también a la población no consumidora o incluso identificar aquellas que podrían estar en riesgo, teniendo en cuenta sus particularidades familiares, económicas y sociales. Así mismo, se resalta que el proceso de caracterización debe ser en sí mismo un ejercicio participativo en donde la población identifique cuáles son sus características y dificultades y, a partir de allí, en un ejercicio de co-construcción, se diseñen las estrategias a aplicar; esto con el fin de generar mayores procesos de adherencia y de permanencia en términos de sostenibilidad en el tiempo

La mayoría de los programas señalan que el éxito del diseño de las estrategias está basado, por una parte, en los procesos de caracterización y, por otra parte, en la participación de la comunidad. Esto es un factor positivo para la apropiación y transferencia de las estrategias dentro de las comunidades y es desde ahí, desde el mismo diseño de las estrategias, que la identificación de los diferentes actores del proceso de prevención se hace indispensable, ya que cada actor, bien sea institucional, comunitario o familiar aporta al proceso.

Así mismo, el diseño de las estrategias requiere un proceso de diversificación que favorezca los procesos de adaptación a las características propias de cada población. El uso de la tecnología y de la implementación de las asesorías virtuales puede favorecer no solo la cobertura, sino la disponibilidad de las estrategias, sin importar el tiempo o la distancia.

Es importante resaltar que estos procesos de diseño deben estar acompañados y guiados por todo el personal capacitado para los procesos de prevención, no solo el personal de salud, ya que desde el mismo proceso de caracterización se evidencia la influencia

de factores sociales, económicos y comunitarios, entre otros. Por este motivo, se recomienda que para el diseño de variables se plantee el uso conjunto de estrategias entre las modalidades presenciales y virtuales, con énfasis en las actividades interactivas que aportan a los procesos de pertenencia e identidad con el mismo programa de prevención.

Finalmente, se recomienda que para el desarrollo e implementación de los programas de prevención del consumo recreativo de cannabis en países que tienen legalizado el uso del cannabis medicinal, se realicen acciones articuladas con lo expuesto en las políticas públicas, con el fin de asegurar la sostenibilidad y la participación de entidades privadas, el sector público y la sociedad civil.

Referencias

Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D. D., Korf, D., Schaub, M. P., Spijkerman, R., Tait, R. J., & Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 200,* 82–94. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016

Burnett, T. (2020). *The association between public health engagement in school-based substance use prevention programs and student alcohol, cannabis, e-cigarette and cigarette use* [Tesis inédita de maestría]. McMaster University. https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/26059/2/Burnett_Trish_C_2020November_MSc.pdf

Coffey, C., & Patton, G. (2016). Cannabis use in adolescence and young adulthood: a review of findings from the victorian adolescent health cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*, 318–327. https://doi.org/10.1177/0706743716645289

Dupont, H. B., Kaplan, C. D., Braam, R. V, Verbraeck, H. T., & De Vries, N. K. (2015). The application of the rapid assessment and response methodology for cannabis prevention research among youth in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy, 26*(8), 731–738.

Furr-Holden, C. D. M., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., Petras, H., & Kellam, S. G. (2004). Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and Alcohol Dependence, 73*(2), 149–158.

Gázquez Pertusa, M., José A, G. del C. R., García del Castillo-López, Á., & López-Sánchez, C. (2016). Comparación de tres programas de prevención escolar para reducir el consumo de cannabis, en función del tipo de aplicador. *Universitas Psychologica, 15*(4), 1–14.

Haines-Saah, R. J., Mitchell, S., Slemon, A., & Jenkins, E. K. (2019). 'Parents are the best prevention'? Troubling assumptions in

cannabis policy and prevention discourses in the context of legalization in Canada. *International Journal of Drug Policy, 68,* 132–138. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.008

Kitchenham, B., & Charters, S. (2007). *Guidelines* for performing Systematic Literature Reviews in Software Engineering. https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/525444systematicreviewsguide.pdf

Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T., & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory, 18*(1), 84–96.

Lize, S. E., Iachini, A. L., Tang, W., Tucker, J., Seay, K. D., Clone, S., Dehart, D., & Browne, T. (2017). A Meta-analysis of the effectiveness of interactive middle school cannabis prevention programs. *Prevention Science, 18*(1), 50–60. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0723-7

Martínez Manzano, M. D. (2019). *Prevención del consumo de cannabis en educación primaria* [Tesis inédita de pregado]. Universidad de Zaragoza. https://zaguan.unizar.es/record/84960/files/TAZ-TFG-2019-3552.pdf

Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., & Simon, R. (2017). Cannabis use among people entering drug treatment in Europe: a growing phenomenon? *European Addiction Research, 23*(3), 113–121. https://doi.org/10.1159/000475810

Norberg, M. M., Kezelman, S., & Lim-Howe, N. (2013). Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS One, 8*(1), artículo e53187.

O'Brien, L., Polacsek, M., Bruno, P., Ellis, J., Berry, S., & Martin, M. (2010). Impact of a school health coordinator intervention on health-related school policies and student behavior. *The Journal of School Health, 80,* 176–185. https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00484.x

Sellers Asensio, P. (2013). *Intervenciones en educación para la salud en drogas: promoción de la salud y prevención primaria del consumo de cannabis en adolescentes* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de Cantabria. http://hdl.handle.net/10902/3004

Schön, E.-M., Thomaschewski, J., & Escalona, M. J. (2017). Agile requirements engineering: A systematic literature review. *Computer Standards & Interfaces, 49,* 79–91. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.csi.2016.08.011

Stimson, G., Fitch, C., Rhodes, T., & Ball, A. (2009). Rapid assessment and response: Methods for developing public health responses to drug problems. *Drug and Alcohol Review, 18,* 317–325. https://doi.org/10.1080/09595239996464

Sussman, S., Sun, P., McCuller, W. J., & Dent, C. W. (2003). Project Towards No Drug Abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Preventive Medicine, 37*(2), 155–162.

Zuckermann, A. M. E., Gohari, M. R., De Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, S. T. (2020). The role of school characteristics in pre-legalization cannabis use change among Canadian youth: implications for policy and harm reduction. *Health Education Research, 35*(4), 297–305. https://doi.org/10.1093/her/cyaa018

Fundacol

ESCUELA CONTRA LA DROGADICCIÓN
Luis Carlos Galán Sarmiento UNIDOS

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

UNIDOS