

EL PROBLEMA DE DROGAS EN LAS AMERICAS: ESTUDIOS

**DROGAS Y
SALUD PÚBLICA**



Organización de los
Estados Americanos



Organización de los
Estados Americanos

Secretario General
José Miguel Insulza

OAS Cataloging-in-Publication Data
Insulza, José Miguel.

El problema de las drogas en las Américas : Capítulo 2 : Drogas y salud pública
p.79 ; cm. (OEA documentos oficiales)
ISBN 978-0-8270-6001-2

1. Drug abuse--America. 2. Drug control--America. 3. Drug traffic--America. 4. Drug addiction--America.
I. Organization of American States. Secretary General. II. Title. III. Title: Drogas y salud pública.

OEA/Ser.D/XXV.4 Add.2

EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN LAS AMÉRICAS: ESTUDIOS

DROGAS Y SALUD PÚBLICA

Organización de los Estados Americanos

TABLA DE CONTENIDO

DROGAS Y SALUD PÚBLICA	5
Resumen y hallazgos	5
Introducción.....	7
Marco conceptual	7
PARTE 1 LAS DROGAS Y SUS EFECTOS	9
¿Cómo funcionan las drogas?	9
El papel de los adulterantes	12
Patrones de consumo	13
PARTE 2 LA SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL HEMISFERIO	17
La extensión del problema.....	17
Factores sociales que contribuyen al problema de las drogas	24
Factores de riesgo y de protección	26
El impacto del consumo de drogas en la salud	28
El impacto del consumo de drogas en la sociedad	30
PARTE 3 POLÍTICAS Y PROGRAMAS.....	33
Reducción de la demanda	33
Abordajes de reducción de la demanda	33
Prevención.....	36
Prevención entre los niños y los jóvenes	37
Intervenciones en la familia	37
Prevención en el ámbito escolar	38
Prevención comunitaria.....	39
Estrategias de prevención ambiental	40
Adaptación de los programas de prevención	40
La importancia de la evaluación	40
Cuestionarios de tamizaje e intervenciones breves.....	41
Programas de prevención en las Américas	42
Reducción de daños	43
El tratamiento: la evidencia	45
La eficacia de los programas de tratamiento	47

Medicina individualizada	48
Programas de tratamiento en el Hemisferio	49
PARTE 4 RECURSOS PARA RESPONDER AL PROBLEMA	53
Recursos humanos disponibles	53
Infraestructura para el tratamiento y la rehabilitación	55
Capacidad para la investigación y la evaluación	56
ANEXOS	58

DROGAS Y SALUD PÚBLICA

Resumen y hallazgos

- La mayoría de las personas no usa drogas ilícitas y entre quienes llegan a probarlas, sólo una fracción desarrollará patrones de dependencia. Sin embargo, el consumo abusivo de drogas constituye un serio problema de salud para muchas personas en las Américas. Es particularmente importante destacar que el inicio temprano del consumo está asociado con un mayor riesgo de dependencia y de otros problemas. Uno de los principales desafíos es prevenir el uso y retrasar el inicio del consumo entre los jóvenes.
- El consumo de drogas, incluyendo el alcohol, produce mayores niveles de mortalidad y discapacidad en el Hemisferio que en el resto del mundo. Es un factor de riesgo importante en el caso de sesenta enfermedades y lesiones asociadas a accidentes y violencia. El consumo de drogas en el Hemisferio es muy variable entre los países, tanto en términos de la magnitud del uso, como del tipo de sustancia. Esta variabilidad genera importantes interrogantes, tales como si el Hemisferio está frente a un solo problema de drogas o a diferentes problemas y, consecuentemente, cuál o cuáles deberían ser las mejores políticas para enfrentarlos.
- La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, y uno de cuatro usuarios se encuentra en el continente americano. Si bien es una droga asociada con menor mortalidad que muchas otras sustancias, la marihuana presenta riesgos para la salud, especialmente para los usuarios adolescentes cuyos cerebros están aún en desarrollo.
- El consumo de la cocaína está en aumento en algunas regiones del Hemisferio. Sus formas fumables se han constituido en un problema de salud pública en varios países de América del Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay), particularmente cuando se trata de los grupos vulnerables marginados.
- El consumo de heroína es mucho menos común en América Latina y el Caribe, y la mayoría del consumo se concentra en Estados Unidos, Canadá y México. Sin embargo, se está convirtiendo en tema de preocupación para otros países, como Colombia y la República Dominicana, en los cuales debieran buscarse las alternativas sanitarias que han probado ser más eficaces en países donde el problema tiene una historia más larga.
- Drogas sintéticas como los estimulantes de tipo anfetamínico tienen una alta prevalencia de consumo en Canadá y Estados Unidos. El consumo de sustancias tipo éxtasis es cada vez más común en la población joven de muchos otros países del Hemisferio.

- El consumo de alcohol por estudiantes secundarios es un problema en todo el Hemisferio, y el consumo excesivo y compulsivo es de particular preocupación. Aun cuando el consumo de alcohol sea legal para los adultos, el uso de esta sustancia en menores corresponde a uso nocivo. Según estudios epidemiológicos realizados en el Caribe y América del Sur, la prevalencia de consumo en el último mes en estudiantes secundarios es superior al 50% en algunos países.
- En cuanto a la respuesta, se debe considerar que los programas de prevención escolares o de persuasión deben acompañarse con otras medidas que regulen la disponibilidad y que vinculen a las familias o establezcan lazos con políticas comunitarias. Todo lo anterior implica que los países deben priorizar esta estrategia destinando los recursos necesarios para su adecuada implementación y evaluación.
- Por otro lado, el tratamiento de problemas relacionados con el uso de sustancias debe ser parte de un proceso continuo, que involucre todos los niveles de la red asistencial, con especial énfasis en la detección temprana e intervenciones breves en el primer nivel de atención. Las intervenciones deben contar con base científica y efectividad probada. Deben estar a cargo de personal calificado y cumplir con estándares de calidad. La salud mental es un importante factor de riesgo para el desarrollo de dependencia de las drogas. Sin embargo, muchos países carecen de servicios adecuados o suficientes recursos humanos en este ámbito de la salud. Es importante, por lo tanto, reconocer que estamos frente a una enfermedad crónica que debe ser tratada como tal, con pleno compromiso de las estructuras sanitarias y respeto por los derechos de los pacientes.
- Para la implementación de políticas eficaces de salud pública y su correspondiente evaluación, se requiere información actualizada, en cantidad necesaria y de calidad. Sin embargo, son pocos los países que invierten en este ámbito. Es preciso que se fortalezcan los sistemas de información que permitan hacer un debido monitoreo del problema de las drogas y también que se financie la investigación para abordar el problema de manera más eficaz; del mismo modo, se debe invertir en capital humano y en infraestructura.
- En Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides (empleados principalmente como analgésicos), los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiacepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la dextroanfetamina) son los fármacos de mayor uso indebido. En el resto de los países, esta situación es menos clara, en parte por una ausencia de información que describa el fenómeno correctamente.

Introducción

Un enfoque de salud pública aplicado al problema del consumo de drogas se propone dar respuesta a una serie de interrogantes de interés en el Hemisferio: ¿Cuáles son las consecuencias del consumo y abuso de drogas, tanto para los individuos como para la sociedad? ¿Cuáles son los múltiples factores —biológicos, psicológicos, ambientales, sociales— que favorecen el desarrollo del problema? ¿Es posible intervenir sobre estos determinantes? ¿Ha sido evaluada la eficacia de las políticas y los programas desarrollados? ¿Cuáles han sido más eficaces y cuáles no han funcionado? ¿Se han producido consecuencias no deseadas como resultado de estas políticas? ¿Existe capacidad en los países de implementar, dar seguimiento y evaluar políticas, planes, programas e intervenciones?

Marco conceptual

La salud pública centra su análisis en el problema de las drogas a nivel poblacional, apoyándose para ello en un conjunto de disciplinas que incluyen las ciencias biomédicas básicas, sociales, económicas, ambientales, políticas y poblacionales. En su dimensión de ciencia aplicada, de campo para la acción, la salud pública busca identificar las necesidades de salud de una población y sus factores determinantes, así como la organización de la respuesta en servicios integrales con una base definida de población. Además, el enfoque de salud pública busca asegurar que los daños asociados con las intervenciones de control no sobrepasen los daños de las sustancias mismas¹.

El sistema de salud influye en las consecuencias de la enfermedad, para lo cual el acceso a servicios resulta fundamental². El acceso a la salud pública puede disminuir la vulnerabilidad y ejercer un impacto sobre la calidad de vida de los individuos y sus familias³.

La importancia de una serie de factores ambientales, sociales, económicos y políticos se vio reforzada con la creación en 2005, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Estos determinantes reflejan las condiciones en que las personas viven y trabajan⁴. De acuerdo al nivel en el que actúan, los determinantes sociales se pueden clasificar en estructurales e intermediarios⁵. Los determinantes estructurales incluyen la actividad laboral, el nivel de educación y el nivel de ingresos; es decir, los componentes de posición social

¹ *Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances: What We Can Do About Alcohol, Tobacco, and Other Drugs* (Vancouver: Health Officers Council of British Columbia, 2011), p. 20.

² M. Villar, "Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, *Acta Med Peruana* (2011), 28(4):237 - 24.

³ OMS, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007).

⁴ Irwin A, Valentine N., C. Brown, R. Loewenson, O. Solar, "The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities, *PLoS Med* (2006), 3(6):e106.

⁵ WHO (2007)..

de las personas. Por su parte, los determinantes intermediarios contemplan las condiciones materiales, el ambiente social o las circunstancias psicosociales, los factores biológicos y el comportamiento, incluyendo también el sistema de salud. En conjunto, estas condiciones indican el grado de vulnerabilidad del individuo respecto de algún problema de salud.

El enfoque de salud pública plantea desarrollar intervenciones amplias para cambiar tanto el medio ambiente como la conducta individual, lo que se complementa con el concepto de “seguridad humana”, cuyo fin es proteger y garantizar tres libertades esenciales para los individuos y las comunidades: la libertad de vivir sin temor, la libertad de vivir sin carecer y la libertad de vivir con dignidad. La falta de seguridad básica se manifiesta en siete dimensiones clave: económica, alimentaria, sanitaria, ambiental, integridad física, comunitaria y política⁶.

Este marco conceptual —un enfoque colectivo de la salud y la seguridad humana, que también considera al individuo— sirve de base para analizar el problema de las drogas, examinar la evidencia disponible y presentar algunas buenas prácticas para la acción.

⁶ OPS/WHO, 50.º Consejo Directivo, resolución CD50. R16, “Salud, seguridad humana y bienestar”. (Washington, D.C., 2010.)

PARTE 1

LAS DROGAS Y SUS EFECTOS

Bajo la denominación de “sustancia psicoactiva” o “droga”, se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no sólo a características farmacológicas particulares de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume.

¿Cómo funcionan las drogas?

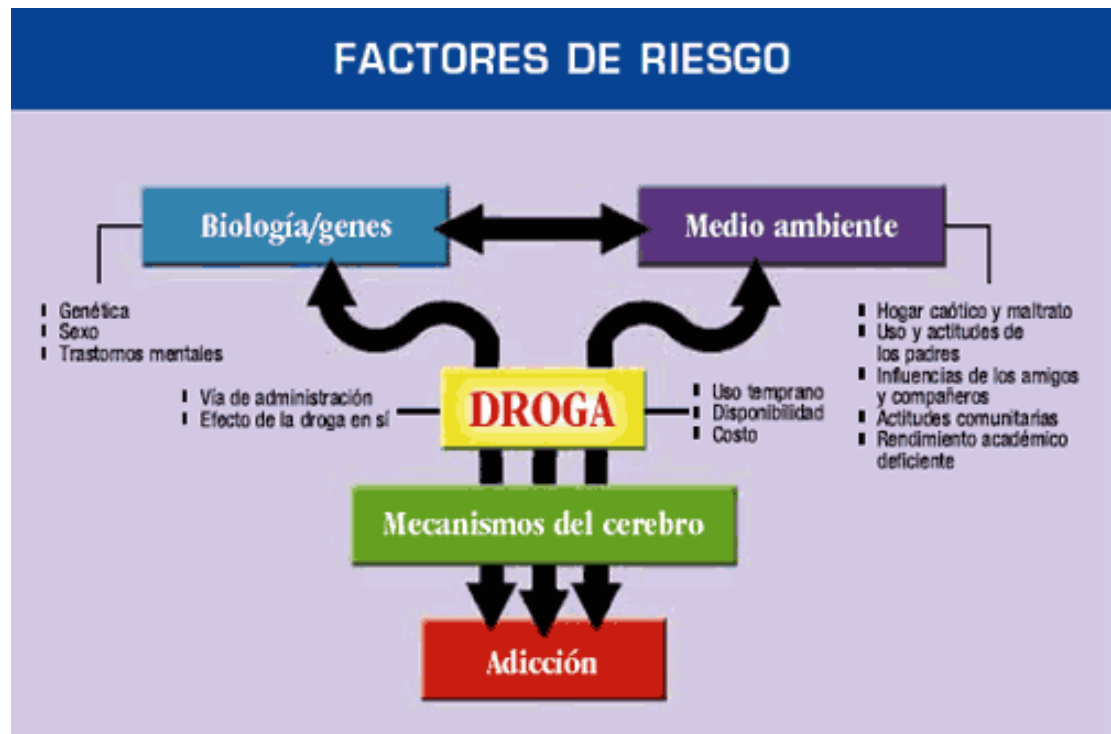
Las drogas impactan y cambian el cerebro. La investigación desarrollada en las últimas décadas en el campo de las neurociencias ha aportado la evidencia necesaria que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas, además de la predisposición, los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales⁷. Sin embargo, lo que lleva a una persona a incursionar en el consumo de drogas, y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo. La dependencia se caracteriza por el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas asociadas con su empleo. Este comportamiento fue tradicionalmente considerado como una “mala decisión” que el sujeto adicto toma en forma voluntaria. Sin embargo, gracias al avance en el conocimiento de la neurobiología de las adicciones, ahora se sabe que el consumo repetido de drogas se sigue de cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central⁸.

Las drogas, legales o ilegales, pueden producir dependencia. En ese proceso, un mecanismo clave es que aumentan la concentración del neurotransmisor llamado dopamina, en una zona específica del cerebro: el núcleo accumbens, que es probablemente el centro del placer más importante. El cerebro cuenta también con áreas y circuitos vinculados con la capacidad de evaluar los riesgos de una situación e inhibir conductas potencialmente perjudiciales. Los estudios con imágenes cerebrales muestran que los sujetos con dependencia de sustancias psicoactivas presentan una disfunción en

⁷ N.D. Volkow y T.K. Li, “Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry,” *Nature Reviews Neuroscience* (2004), 12:963-70; R.Z. Goldstein y N.D. Volkow ND, “Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications,” *Nature Reviews Neuroscience* (2011), 12(11):652-69; N.D. Volkow, J.S. Fowler y G.J. Wang, “The addicted human brain: insights from imaging studies,” *Journal of Clinical Investigation* (2003), 111(10):1444–51

⁸ Volkow y Li (2004).

aquellas regiones del cerebro que son críticas para la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control de la conducta.⁹



Fuente: NIDA/NIH - Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción.

No existe un factor que por sí solo determine que una persona desarrolle dependencia de las drogas. Sin embargo, hay una variedad de factores de riesgo —que han sido identificados científicamente— que contribuyen al desarrollo de la adicción. Uno de los más importantes es la edad del primer consumo. Por ejemplo, las neurociencias han demostrado que el cerebro aún está desarrollándose en los niños y los adolescentes, de manera que el consumo de drogas durante este período puede tener consecuencias significativas en el largo plazo.

Hay estructuras del cerebro humano que continúan madurando hasta los 25 años de edad, especialmente aquellas relacionadas con funciones mentales complejas y con la capacidad de controlar los impulsos. Las drogas modifican el equilibrio de la neuroquímica cerebral y las señales que conducen los complejos procesos de maduración de las estructuras comentadas. El consumo durante esta etapa puede traer repercusiones a largo plazo, ya que también puede alterar el proceso de selección de las conexiones neuronales que en el futuro permitirán el funcionamiento íntegro del cerebro¹⁰, y por ello la necesidad de evitar el consumo, o cuando menos retrasar la edad de inicio. Entre más se retrase el inicio en el consumo de cualquier sustancia, después de que haya

⁹ Volkow, Folwer y Wang (2003); Goldstein y Volkow (2011).

¹⁰ T. Paus, M. Keshavan y J.N. Giedd, "Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?" *Nature Reviews Neuroscience* (2008), 9(12):947-57.

concluido el desarrollo cerebral comentado, se tendrá un mayor impacto preventivo.

La *Cannabis sativa*, o marihuana, merece consideración especial por su elevada prevalencia, la creciente difusión de su uso con fines médicos y la tendencia creciente hacia la despenalización del uso recreacional.

Respecto del uso terapéutico de esta droga, y tal como se señala en el capítulo de Alternativas Legales y Regulatorias, esto ya es una realidad en varios lugares como Estados Unidos y algunos países de Europa del oeste y central. La evidencia del uso terapéutico está en pleno desarrollo y en la actualidad demuestra resultados diversos. Es necesario profundizar aún más utilizando metodologías científicas adecuadas. Por otra parte, ciertos países, como Chile y Uruguay, han despenalizado la tenencia de marihuana para uso personal con dosis mínimas que varían de un país a otro, y en otros lugares lo han hecho de facto, como en algunos estados de Estados Unidos.

La evidencia científica disponible señala que es una droga asociada con menor mortalidad que otras sustancias, pero que no está exenta de daños potenciales y está asociada con riesgos mayores si se consume en la adolescencia.

El compuesto activo de la marihuana es *tetrahidrocannabinol* (THC), que afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción¹¹. El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida¹². La investigación indica que las alteraciones cognitivas producidas por el consumo de marihuana podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero a la vez otros estudios demuestran que el consumo durante la adolescencia puede producir cambios persistentes¹³.

La **cocaína** es un potente estimulante con una gran capacidad adictiva. Se extrae de las hojas de la planta *Erithroxylon coca*. El consumo de cocaína produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo: alteraciones a la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de coágulos al interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardíacas e infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y

¹¹ D. Piomelli, "The molecular logic of endocannabinoid signaling," *Nature Reviews Neuroscience* (2003), 4(11):873-84.

¹² T.H. Moore, S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T.R. Barnes, P.B. Jones, M. Burke, and G. Lewis, "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review," *Lancet* (2007), 370(9584):319-28.

¹³ Se ha reportado que el consumo antes de los 26 años de edad incrementa la probabilidad de presentar síntomas psicóticos entre 1,20 y 7,04 veces, e incluso más cuando el individuo presenta susceptibilidad genética. Véase A. Caspi, T.E. Moffitt, M. Cannon, J. McClay, R. Murray, H. Harrington y A. Taylor, "Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction," *Biological Psychiatry* (2005), 57(10); R.D. Crean, N.A. Crane, B.J. Mason, "An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive function," *Journal of Addiction Medicine* (2011), 5(1):1-8; M.A. Fontes, K.I. Bolla, P.J. Cunha, P.P. Almeida, F. Jungerman, R.R. Laranjeira, R.A. Bressan, A.L. Lacerda, "Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning," *British Journal of Psychiatry* (2011), 198(6):442-7; B. Becker, D. Wagner, E. Gouzoulis-Mayfrank, E. Spuentrup, J. Daumann, "The impact of early-onset cannabis use on functional brain correlates of working memory," *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* (2010), 34(6):837-45.

cerebro. A largo plazo, la cocaína puede causar atrofia cerebral, alteraciones en la memoria y trastornos del sueño y del ánimo, como la depresión¹⁴.

La **heroína** es parte del grupo de los opiáceos y se obtiene del procesamiento de la amapola. Se consume por vía intravenosa, por lo que rápidamente llega al cerebro, donde se convierte en morfina y activa receptores celulares específicos. Este proceso genera intensas sensaciones placenteras en los usuarios, lo que motiva que se repita el consumo. Después de las primeras horas de haberse administrado, se presentan períodos de somnolencia. Algunos de los principales riesgos a los que se enfrentan los usuarios son la sobredosis y la transmisión de enfermedades infecciosas¹⁵.

El **alcohol** es el principal factor causal de más de sesenta tipos de enfermedades y lesiones, y es responsable de aproximadamente 2,5 millones de muertes en el mundo cada año¹⁶. El consumo de alcohol en grandes cantidades por períodos prolongados de tiempo representa un grave riesgo para la salud¹⁷.

Su consumo en la adolescencia es especialmente nocivo para la salud. La evidencia muestra que las personas que empiezan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más probabilidad de cumplir con el criterio de dependencia en algún momento de sus vidas. Dado el proceso de desarrollo del cerebro, el consumo de alcohol en la adolescencia, especialmente si se hace en grandes cantidades, puede alterarlo, afectando tanto las estructuras, como sus funciones. Esto puede ocasionar problemas cognitivos o de aprendizaje haciéndolo más propenso a la dependencia.

Los **inhalables** son un rango diverso de sustancias que tienen diferentes efectos psicoactivos y toxicológicos. Su uso prolongado está relacionado con una diversidad de trastornos neuropsicológicos, incluidos la pérdida de la coordinación muscular y el deterioro del cerebro. El tolueno produce daños al corazón, los pulmones, el hígado y los riñones.

El papel de los adulterantes

Las sustancias psicoactivas disponibles en el mercado para el consumo personal no son puras. En muchos casos se trata de combinaciones de sustancias, entre ellas los adulterantes, que se usan para complementar o potenciar los efectos de las drogas. Aunque algunos adulterantes son inocuos, otros tienen efectos tóxicos y psicoactivos, más allá de los de las propias drogas (véase el anexo 1).

¹⁴ SOCIDROGALCOHOL, *Cocaína: Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica* (Valencia, España: SOCIDROGALCOHOL, 2007); NIDA, *Cocaine: Abuse and Addiction*, Research Reports (Bethesda, Md.: National Institute on Drug Abuse, 2010).

¹⁵ NIDA. Heroin: Abuse and Addiction, Research Reports (Bethesda, Md.: National Institute on Drug Abuse, 2005).

¹⁶ OMS, *Global Status Report on Alcohol and Health* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011).

¹⁷ NIAAA, "Underage Drinking," página Web del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/special-populations-co-occurring-disorders/underage-drinking>
http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/UnderageDrinking/Underage_Fact.pdf

Los adulterantes más frecuentemente detectados incluyen los siguientes:

- En la **marihuana**: orégano y otras plantas que generalmente no son dañinos para la salud; partículas microscópicas de vidrio, de entre 0,2 y 0,3 mm de diámetro¹⁸.
- En la **cocaína**: levamisol, hasta en el 70% de las muestras incautadas en Estados Unidos¹⁹. Este fármaco fue retirado del mercado en Estados Unidos y Canadá por las reacciones secundarias adversas asociadas²⁰. No está claro cuál es el motivo para adulterar la cocaína con levamisol, aunque se cree que podría potenciar los efectos placenteros de la cocaína. La cocaína también es frecuentemente adulterada con talco, azúcar, procaína o con anfetaminas²¹.
- En las **metanfetaminas**: cafeína²², la cual parece ser tóxica en bajas dosis (entre 5 y 20mg) cuando se la combina con metanfetaminas²³.

Patrones de consumo

La mayoría de la población mundial no usa drogas. De quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de estos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia²⁴. La transición de una etapa de uso a otra está asociada con una gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente²⁵. La relación entre personas y sustancias, así como las consecuencias que se derivan del uso, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados.

- El uso experimental. Una droga se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona.

¹⁸ S.B. Karch, *Karch's Pathology of Drug Abuse*, 4th ed. (Boca Raton, Fl.: Taylor & Francis Group, 2009).

¹⁹ U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Nationwide Public Health Alert Issued Concerning Life-Threatening Risk Posed by Cocaine Laced with Veterinary Anti-Parasite Drug": <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/090921vet5101.aspx>.

²⁰ P.R. Chai, W. Bastan, J. Machan y J.B. Hack J, "Levamisole Exposure and Hematologic Indices in Cocaine Users," *Academic Emergency Medicine* (2011), 18(11):1141-7.

²¹ C. Cole, L. Jones, J.M. Veigh, A. Kicman, "CUT. A Guide to the Adulterants, Bulking agents and other Contaminants found in illicit drugs" (Liverpool, Reino Unido: Centre for Public Health, Faculty of Health and Applied Social Sciences, John Moores University, 2010).

²² C. Cole, L. Jones, J. McVeigh, A. Kicman, Q. Syed y M. Bellis, "Adulterants in illicit drugs: a review of empirical evidence," *Drug Testing and Analysis* (2011), 3(2):89-96.

²³ R. McNamara, A. Kerans, B. O'Neill y A. Harkin, "Caffeine promotes hyperthermia and serotonergic loss following co-administration of the substituted amphetamines, MDMA ('Ecstasy') and MDA ('Love')," *Neuropharmacology* (2006), 50(1):69-80.

²⁴ <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/publications.php>; A. Agrawal y M.T. Lynskey, "Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies," *Addiction* (2008), 7:1069-81.

²⁵ Este proceso no ocurre igual en todas las poblaciones. Algunas comunidades indígenas que utilizan sustancias, principalmente alucinógenos, en sus rituales religiosos y comunitarios, suelen tener normas que regulan el uso y el impacto tiende a ser menos peligroso que cuando se utilizan en otras condiciones; esto lleva a la necesidad de considerar estas condiciones especiales cuando se establecen leyes, normas y programas para reducir riesgos asociados con el consumo.

- El uso regular o social. Se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra el consumo al estilo de vida habitual.
- El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico.
- Abuso y dependencia. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, se clasifican estas dos categorías como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas²⁶.

En los Estados Unidos se ha estimado que el 12% de las personas que usaron alguna droga ilícita en el año previo a la encuesta (2011) eran dependientes (lo que equivale a 4,6 millones de personas), con oscilaciones importantes por tipo de drogas: 59% entre quienes reportaron uso de heroína, 15% cocaína, 11% psicotrópicos sin prescripción médica y 9% marihuana. La proporción para alcohol es de 4,6%. La edad de inicio juega un papel importante: entre la población de 18 años o más que había consumido marihuana en el último año, 9,1% de quienes iniciaron el consumo antes de los 15 años presentaban dependencia, comparado con 3,6% de quienes habían iniciado entre los 15 y 17 años y sólo 1,4% de quienes iniciaron después de los 17 años²⁷.

El uso moderado de algunas sustancias puede tener efectos benéficos para la salud, como es el caso de las sustancias de uso médico con potencial adictivo, entre los que sobresalen los narcóticos para calmar el dolor y los tranquilizantes. Se sabe que el alcohol, cuando se consume en cantidades limitadas, puede tener un efecto protector en los hombres, reduciendo el riesgo de infartos²⁸.

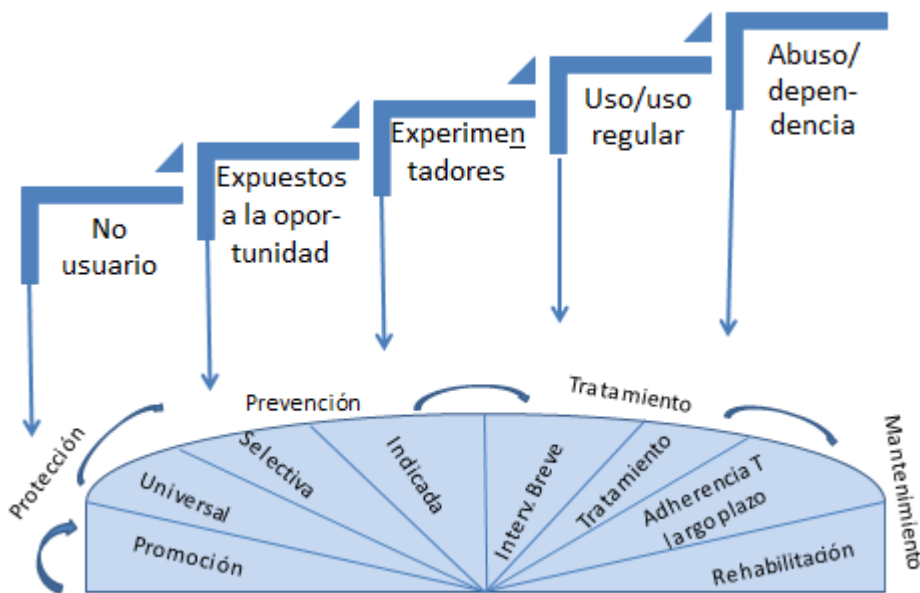
Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia. Clásicamente se describe un patrón evolutivo que se inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo. En un inicio prevalece el efecto positivo y placentero, que el usuario siente que está bajo su control. Paulatinamente, en algunas personas la motivación del consumo va cambiando y la persona pasa de consumir para experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, para poder estar bien o para sentirse normal, aumentando la intensidad de la dosis y la frecuencia. Finalmente, una proporción pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de estar conscientes del daño que les producen.

²⁶ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision*. 4th ed. (Washington: American Psychiatric Publishing, 2000).

²⁷ SAMHSA, "Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables," available at:

²⁸ NIAAA, "Frequency of Light-to-Moderate Drinking Reduces Heart Disease Risk in Men": <http://www.niaaa.nih.gov/news-events/news-releases/frequency-light-moderate-drinking-reduces-heart-disease-risk-men>.

Gráfica 1. Variaciones en los tipos de usuarios y en las necesidades de intervención



La determinación de la gravedad del trastorno producido en la persona por el uso de drogas es crucial para definir el tipo de acción a implementar. En el ámbito de la prevención, se describe la intervención “universal” para retrasar o evitar el inicio del uso en aquellas personas que aún no han consumido drogas; “selectiva”, cuando hay exposición a factores de riesgo (características individuales o del contexto) que incrementan la probabilidad de consumo, o “indicada”, cuando ya se ha iniciado el consumo, pero aún no hay patrones patológicos (abuso, dependencia). Otras intervenciones pueden orientarse a corregir los desequilibrios asociados con el consumo, como la desintoxicación y el manejo de los síntomas de abstinencia, el tratamiento para la dependencia, la prevención de recaídas en el proceso de recuperación y la reintegración social.

PARTE 2

LA SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL HEMISFERIO

Antes de presentar la situación epidemiológica sobre el uso de drogas en el Hemisferio, es importante analizar el contexto en el cual se llevan a cabo dichos estudios. Lo primero que se debe destacar es la gran heterogeneidad existente entre los países, situación que se manifiesta desde el tamaño de sus poblaciones (algunos con menos de 100.000 habitantes, otros con decenas de millones) hasta sus diferentes niveles de desarrollo (de 0,4 a 0,9 en el índice de desarrollo humano), pasando por diferencias importantes en los porcentajes de población rural y población indígena, por ejemplo.

También existen grandes variaciones cuando se trata de niveles de producción y consumo de drogas, y las percepciones sobre el problema. Mientras que en algunos países los problemas sociales y sanitarios son los que demandan la mayor atención de las autoridades, en otros es el problema de seguridad que genera el mercado de drogas. Es así como la inversión para enfrentar el problema de las drogas difiere en función de las consecuencias que tiene para cada uno de los países.

Esta variabilidad, tanto entre los países como al interior de ellos, genera importantes preguntas, tales como si el Hemisferio está frente a un solo problema de drogas o a diferentes problemas. La diversidad del uso de drogas, entre y dentro de los países, sugiere que no existe una solución única. Si bien las políticas nacionales pueden servir como un marco de referencia, son inadecuadas para abordar los niveles local y comunitario.

La extensión del problema²⁹

Según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC)³⁰, se estima que en 2010, unas 230 millones de personas en el mundo (estimación que va desde 153 a 300 millones) consumieron alguna droga ilícita en el año previo. Esto representa alrededor del 5% (entre 3,4% y 6,6%) de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad.

Alcohol. El alcohol es la sustancia de mayor abuso a nivel mundial. Para los efectos de este informe, se concentrará en el uso de alcohol a nivel de la población escolar, principalmente la de entre 13 y 17 años de edad. En primer

²⁹ Para una revisión amplia de la situación del consumo en la región, véase OEA, *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011* (Washington, D.C.: OEA/CICAD Observatorio Interamericano de Drogas, 2011): [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/DrugUse in Americas 2011 en.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/DrugUse%20in%20Americas%202011%20en.pdf)

³⁰ Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito: Informe anual 2011.

lugar es importante recordar que, aun cuando el consumo de alcohol sea legal para los adultos, el uso de esta sustancia en menores equivale a un uso nocivo.

El uso de alcohol en la población escolar está bastante extendido en la región; los estudios epidemiológicos realizados en el Caribe y América del Sur reportan que en algunos países, la prevalencia de consumo en el último mes entre estudiantes secundarios es de más del 50%. Según estudios realizados en el año 2011 en Chile y Estados Unidos, la prevalencia de consumo en el último mes en población escolar es de 35% en el caso de Chile y de alrededor de 25% en los Estados Unidos. El alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes canadienses del séptimo al doceavo grados. De acuerdo con la encuesta canadiense en la población general, 70,8% de los jóvenes reportaron haber consumido alcohol durante el año anterior, lo cual representa un decremento del 82,9% registrado en 2004³¹.

La prevalencia del consumo de alcohol entre los escolares menores de 14 años difiere notablemente entre un país y otro. Mientras que entre los escolares de octavo grado (mayoritariamente de 13 años de edad) de los Estados Unidos³² la cifra llega a 13%, y a 19% en el caso de Chile³³; países como Colombia³⁴, Trinidad y Tobago y Dominica tienen tasas de alrededor de 40% y, en Santa Lucía, más de la mitad de la población escolar en este grupo de edad consume alcohol. En el caso de los escolares de más de 17 años, la prevalencia en los Estados Unidos es de 40% y en Uruguay y Santa Lucía de 70%³⁵.

Independientemente de la magnitud del uso, el consumo excesivo de alcohol por parte de los jóvenes es particularmente preocupante. En sus encuestas de estudiantes secundarios, la CICAD define el consumo excesivo como el haber consumido cinco o más bebidas alcohólicas en un solo evento durante las últimas dos semanas anteriores a la encuesta. Según el Informe del Uso de Drogas en las Américas, de 2011, entre un tercio y la mitad de los estudiantes que habían bebido alcohol durante el último mes, también reportaron algún episodio de consumo excesivo en las dos semanas anteriores a la encuesta.

Es conocido el daño que produce el uso de drogas, incluyendo el alcohol, en el período temprano del desarrollo. El consumo temprano de alcohol aumenta la probabilidad de uso de drogas ilícitas y el riesgo de uso problemático y dependencia del alcohol en etapas posteriores de la vida.

Marihuana. La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en todo el mundo. Se calcula que entre 119 y 224 millones de personas de entre 15 y 64 años —lo que equivale a entre 2,6 y 5% de la población en ese grupo— han consumido marihuana alguna vez en el último año. Esto quiere decir que los

³¹ Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) 2011.

³² Datos extraídos de Monitoring the Future Survey, University of Michigan: <http://www.monitoringthefuture.org/data/11data/pr11t3.pdf>.

³³ Gobierno de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA): <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estadisticas/estudio-nacional-drogas-escolar/>

³⁴ http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales.

³⁵ OEA, *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011*.

usuarios de marihuana pueden llegar a representar entre el 75 y el 80% de los consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial.

Cerca de uno de cada cuatro del total de consumidores del mundo, o 24%, se encuentra en la región de las Américas. En cambio, Europa occidental y central representan 13% de la población total de usuarios. Del total de usuarios de las Américas, 81% son de América del Norte³⁶, a pesar de que esta subregión representa sólo el 50% de la población del Hemisferio.

En los países de América, 6,6% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido marihuana en los últimos doce meses. El consumo de marihuana en el continente es prácticamente idéntico al de Europa occidental y central, y supera largamente el promedio mundial³⁷. Los promedios regionales reflejan una variación importante entre las naciones. En algunos países de América la prevalencia del uso en el último año es inferior al 1% de la población de entre 15 y 64 años, mientras que en otros supera el 14%³⁸.

En promedio, el uso de marihuana en América del Norte llega a 10,8% de la población, con diferencias muy marcadas entre los Estados Unidos y Canadá (ambos países llegan a cerca del 14%) respecto de México (1%). En América Central el valor promedio es de alrededor del 2,4% de la población, cifra muy similar al observado como promedio en América del Sur. No hay datos comparables disponibles para la región del Caribe.

El uso de marihuana no sólo se encuentra en la población adulta, sino que también se observa un importante consumo en la población de nivel escolar. En nueve países de los treinta y tres que fueron evaluados en el Hemisferio, la prevalencia del uso de esta droga, aunque sea una vez, entre la población escolar supera el 30%. Debe destacarse que en doce países, más del 10% de los escolares menores de 14 años habían consumido marihuana al menos una vez; en once países, el consumo entre adolescentes de 17 años superó el 30%. También es importante señalar que en aquellos países donde el consumo es más alto, la diferencia entre hombres y mujeres es menor.

El consumo de marihuana entre los escolares secundarios ha ido aumentando en la mayoría de los países del Hemisferio. Una excepción es el caso de Canadá, que entre el año 2010 y 2011 reporta una disminución del 27% al 21% en la prevalencia de consumo de cannabis durante el último año en estudiantes de séptimo a duodécimo grados³⁹.

El incremento general en el consumo de cannabis en el Hemisferio podría relacionarse con dos factores. Por un lado, la percepción de riesgo del uso experimental de marihuana ha disminuido significativamente entre los jóvenes, y por el otro, el acceso a esta droga es más fácil, pues una proporción importante de escolares de diferentes países manifiestan que les resultaría sencillo conseguir marihuana. En otras palabras, existe una situación en la cual

³⁶ Esta subregión abarca Estados Unidos, Canadá y México.

³⁷ Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito: Informe anual 2011.

³⁸ OEA, *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011*.

³⁹ Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS) 2011.

se dan las condiciones para que el consumo de esta sustancia pueda continuar incrementándose.

Cocaína. A nivel mundial, entre el 0,3 y el 0,4% de personas de entre 15 y 64 años de edad declararon haber consumido cocaína alguna vez en el último año⁴⁰. El total de usuarios en las Américas alcanza entre 7 y 7,4 millones de personas, lo que arroja una prevalencia de 1,2%, equivalente al porcentaje encontrado en la población europea⁴¹. El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial, mientras que Europa occidental y central tiene el 25%.

En ambas regiones existe una gran variabilidad en el uso de cocaína entre los países. En algunos países de América, por ejemplo, la prevalencia del uso de cocaína es inferior a 0,1% de la población y en otros supera el 2%.

El porcentaje de individuos consumidores también puede variar en forma importante al interior de los países. Por ejemplo, los estudios en población general realizados en Colombia⁴², Chile⁴³ y Argentina⁴⁴ muestran que la prevalencia de consumo en los departamentos/regiones/provincias de dichos países va de 0,1 a 2%. Algo similar ocurre cuando se comparan los estados dentro de los Estados Unidos⁴⁵.

Tal como se observó en el caso de la marihuana, el uso de cocaína también está bastante extendido en la población escolar de entre 13 y 17 años de edad. En varios países del Hemisferio se estima que 2% o más de dicha población ha consumido cocaína en el último año⁴⁶.

Adicionalmente, entre los países que cuentan con datos sobre tendencias en el consumo de cocaína en población escolar, se puede observar que en el Cono Sur, es decir Argentina, Chile y Uruguay, se ha incrementado la prevalencia del consumo de cocaína entre 2005 y 2011. En comparación, en los Estados Unidos la prevalencia del consumo bajó entre escolares de enseñanza media, en el mismo período⁴⁷.

Cocaínas fumables. En esta categoría de drogas se están incluyendo aquellas cuyas formas de uso es fumada y que son derivadas, ya sea en el proceso de producción del clorhidrato de cocaína (pasta base o básica de cocaína, basuco), como a partir del clorhidrato de cocaína (crack y cocaína

⁴⁰ Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito: Informe anual 2011.

⁴¹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: *Informe Anual 2012: El Problema de la Drogodependencia en Europa*. (Luxemburgo: EMCDDA, 2012).

⁴² Gobierno de Colombia, Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia-2011: http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio_%20Sustancias%20Psicoactivas_percent20en_percent20Escolares_percent202011.pdf.

⁴³ Gobierno de Chile, SENDA, Estudio nacional de drogas en población general de Chile-2010: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/02/2010_noveno_estudio_nacional.pdf

⁴⁴ Gobierno de Argentina, Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2010: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_sobre_consumo_en_poblacion_general-Argentina2010.pdf

⁴⁵ SAMHSA: Tables of Model-Based Estimates (50 States and the District of Columbia): <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH/2k10State/NSDUHsae2010/NSDUHsaeAppB2010.htm>.

⁴⁶ OEA, *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2011*.

⁴⁷ Ibid.

base libre). Durante los últimos diez años, el consumo de pasta base de cocaína (PBC), que anteriormente se limitaba principalmente a los países de la región andina, se ha ido extendiendo a países como Argentina, Chile y Uruguay⁴⁸. Si bien la prevalencia del consumo no es tan alta en comparación con otras drogas ilícitas, una alta proporción de los usuarios de esta droga requieren tratamiento, lo que sugiere cualidades altamente adictivas y tóxicas.

El empleo de cocaína base es menos frecuente en América Central y América del Norte. Sin embargo, en estas regiones se encuentra con mayor frecuencia el uso de crack, sustancia que no se emplea ampliamente en los países de América del Sur mencionados anteriormente. Por otra parte, es importante destacar el creciente problema de las diferentes formas de cocaína fumable en Brasil.

Estimulantes de tipo anfetamínico. A nivel mundial, los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son el grupo de drogas de mayor uso después de la marihuana, con estimaciones que van entre 14 y 53 millones de personas en el caso del grupo de las anfetaminas, y entre 10 y 28 millones de usuarios para las sustancias tipo éxtasis. En los países de las Américas, el uso de estas drogas es muy variado, con altas tasas de consumo de ETA en Canadá y los Estados Unidos. Sin embargo, también se ha detectado un consumo importante de sustancias tipo éxtasis en la población joven de muchos otros países del Hemisferio.

Opioides. Las estimaciones a nivel mundial señalan que entre 26 y 36 millones de personas usan opioides. La mitad de ellos (entre 13 y 21 millones) consume opiáceos, principalmente heroína, y el resto abusa de fármacos opioides. Los mayores niveles de uso de opioides se encuentran en América del Norte. En el caso particular de la heroína, el consumo se concentra en los Estados Unidos, Canadá y México. En éste último país, el consumo comenzó en la frontera norte y se ha diseminado por todo el país⁴⁹. El consumo de heroína es preocupante también en otros países como Colombia y la República Dominicana, donde es un fenómeno más reciente y al cual se debe prestar mucha atención.

Inhalables. El análisis sobre el uso de drogas realizado por la CICAD (2011) indica que los inhalables se encuentran entre las sustancias más comúnmente utilizadas por los estudiantes de secundaria del Hemisferio, después del alcohol, el tabaco, la marihuana y los farmacéuticos, y en más de un país es la primera droga que se usa. Según el estudio de 2011, la mayor prevalencia en el uso de inhalables se registra en Brasil (14,4%)⁵⁰, seguido de Jamaica (13,9%), Trinidad y Tobago (13,3%) y Guyana (10,4%). Los Estados Unidos (6%) y México (5%) presentan también una significativa prevalencia.

⁴⁸ OEA/CICAD, *Informe Hemisférico, Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Quinta Ronda de Evaluación 2011*, Mecanismo de Evaluación Multilateral.

⁴⁹ C. Tena, "El consumo de heroína en México". OEA/Ser.L/XIV.2.51 CICAD/doc.1947/12 (OEA, mayo 2012).

⁵⁰ Un estudio más reciente llevado a cabo entre alumnos secundarios de Brasil concluyó que el uso de inhalables durante el año anterior había disminuido al 5,2%, pero esta sustancia seguía siendo la más comúnmente utilizada después del alcohol y el tabaco.

Los inhalables son un rango diverso de sustancias que tienen diferentes efectos psicoactivos y toxicológicos. Para conocer las características del consumo de inhalables en cada país, es importante diferenciar entre dichas sustancias, lo cual actualmente solamente se hace en los estudios de algunos países de América Latina y el Caribe. Sin esa información, los encargados de formular políticas no pueden diseñar campañas dirigidas específicamente a abordar el problema de ciertas sustancias y sus usos, como parte de los programas integrales de prevención.

Policonsumo. Se denomina policonsumo al uso de dos o más sustancias lícitas e ilícitas en un período de tiempo. En un estudio realizado en seis países sudamericanos⁵¹ —Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay—, se encontró que en el grupo de más alto consumo (15 a 34 años de edad) menos de 20% en Bolivia, Chile y Ecuador declararon haber usado dos o más drogas ilícitas en el último año. En Perú y Uruguay dicha cifra fue inferior al 30% y en Argentina levemente superior al 30%. Dicho de otra forma, entre los usuarios recientes de drogas ilícitas predomina el uso de una sola sustancia. Adicionalmente, en esos países el uso exclusivo de marihuana está por sobre el 70% de los usuarios totales en Bolivia, Chile y Ecuador, y sobre el 60% en Argentina y Uruguay.

Algo similar se observó en un estudio en población escolar de 13 a 17 años en los mismos países⁵², donde se demostró que entre 65% y 73% de los estudiantes usuarios declararon haber usado una sola droga ilícita en el último año. Se registró una alta proporción de uso exclusivo de marihuana en Argentina, Chile y Uruguay, que son los países que presentaron las mayores tasas de uso de drogas en dicho estudio.

Por otra parte, cuando se analiza el policonsumo entre las personas dependientes atendidas en centros de tratamiento, la situación es diferente. En efecto, en Argentina⁵³, más de 70% de las personas en tratamiento según un estudio de 2010, había consumido dos o más drogas ilícitas alguna vez en su vida. En Chile⁵⁴, el 90% de las personas atendidas en el sistema de financiamiento público en 2010 presentaron consumo problemático de más de una sustancia y el 40% de por lo menos tres sustancias.

Fármacos. La situación del abuso de medicamentos con potencial adictivo en América del Norte es diferente a la de América Latina y el Caribe.

En los Estados Unidos y Canadá, los derivados de opioides (empleados principalmente como analgésicos), los tranquilizantes y sedantes (especialmente las benzodiazepinas) y los estimulantes (como el metilfenidato o la dextroanfetamina) son los fármacos de mayor uso indebido. La mayoría de los sujetos acceden a estas sustancias a través de un conocido o familiar a

⁵¹ UNODC, OEA/CICAD et al., Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión: primer estudio comparativo sobre drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años. 2008.

⁵² UNODC OEA/CICAD et al., Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada: Segundo estudio conjunto, 2009/2010.

⁵³ Gobierno de Argentina, Cuatro fases del registro continuo de pacientes en tratamiento: http://www.observatorio.gov.ar/informes/regionales/Informe_%20Region_%20Centro_%204ta_%20Fase.pdf.

⁵⁴ Gobierno de Chile, SENDA: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04>

quien se le ha recetado el medicamento⁵⁵, aunque otras vías (como se indica en el capítulo de Economía del Narcotráfico) incluyen el robo, las recetas falsas, los fármacos falsificados y la venta ilegal por Internet. En gran medida no existen en la literatura datos empíricos sobre los alcances y la magnitud de la desviación⁵⁶.

Los datos provenientes de la Administración de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias⁵⁷, de los Estados Unidos, indican que en 2011 el 2,4% de la población mayor de 12 años en ese país había empleado fármacos psicoterapéuticos de prescripción sin justificación médica en el último año. La mayor proporción del uso indebido de estos medicamentos fue de narcóticos (4,3%) con una tendencia al alza en el abuso y dependencia de estos compuestos (especialmente los derivados de opioides), cuya frecuencia de consumo desde 2009 sólo es superada por el cannabis⁵⁸. En el caso de los estimulantes, su empleo se ha relacionado con el nivel de actividad académica, siendo más probable el empleo de estas sustancias en los estudiantes universitarios de tiempo completo⁵⁹.

En contraste, en México el consumo indebido de fármacos es bajo: en la encuesta nacional de adicciones de 2011, el 0,4% de la población de entre 12 y 65 años reportó el consumo no médico de fármacos en el año previo. Los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia, sin una prescripción médica, son los tranquilizantes (0,3% de la población). El 0,2% de la población de entre 12 y 65 años reportó haber usado narcóticos sin prescripción médica alguna vez, mientras que en los Estados Unidos el consumo en la población mayor de 12 años alcanzó el 13,3%⁶⁰.

En resumen, se puede decir que en las Américas el uso nocivo de alcohol es el problema principal y que una preocupación especial se deriva del abuso entre adolescentes y jóvenes de ambos sexos. Entre las drogas ilegales, la marihuana representa la abrumadora mayoría del consumo y, como tendencia general, está aumentando. Los niveles promedio de uso de cocaína son similares a los observados en Europa occidental y central, con importantes variaciones entre los países. El consumo de heroína y metanfetaminas es menos común en la mayoría de países del Hemisferio. En los Estados Unidos, el consumo indebido de fármacos es un importante problema, mientras que en América Latina y el Caribe el nivel es más bajo.

⁵⁵ J.M. Manubay, C. Muchow y M.A. Sullivan, "Prescription Drug Abuse: Epidemiology, Regulatory Issues, Chronic Pain Management with Narcotic Analgesics," *Primary Care* (2011), 38(1): 71–2011;38(1):71–vi.

⁵⁶ <http://www.unodc.org/southerncone/es/drogas/jife.html>

⁵⁷ SAMHSA, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713 (Rockville, Md.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012).

⁵⁸ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011*. (Nueva York: ONU, 2012); SAMHSA, Office of Applied Studies, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434 (Rockville, Md.: SAMHSA, 2009).

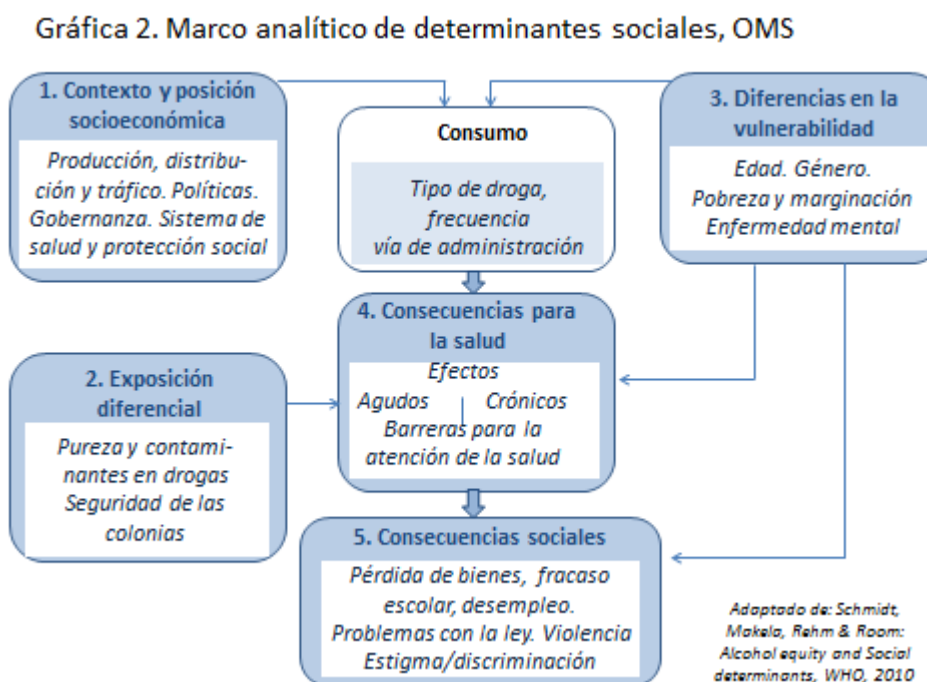
⁵⁹ SAMHSA, Office of Applied Studies, "Nonmedical Use of Adderall among Full-Time College Students," *The NSDUH Report* (Rockville, Md.: SAMHSA, 2009).

⁶⁰ SAMHSA, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.

Factores sociales que contribuyen al problema de las drogas

El examen del problema de las drogas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud propone cinco áreas de análisis: el contexto y la posición socioeconómica, la exposición diferencial a los factores de riesgo, la vulnerabilidad diferencial a los riesgos, los resultados diferenciales de la atención a la salud y las variaciones en las consecuencias sociales (véase la gráfica 2).

Tomando como base los ejes que propone la Organización Mundial de la Salud, es posible identificar los factores sociales que ayudan a explicar las consecuencias del problema de las drogas en las sociedades, así como las diferencias entre los países y entre diferentes tipos de consumo. Existe, por ejemplo, una gran inequidad cuando se trata de la atención a las personas que padecen adicciones, cuando se les compara con la atención que se brinda a pacientes con otras enfermedades. Las personas con adicción que pertenecen a comunidades marginadas y los que padecen además enfermedades mentales, son más discriminados y tienen menos acceso a tratamiento.



Exposición a los riesgos. En los escenarios de consumo hay diferentes niveles de peligro. Intervienen factores tales como el nivel de desarrollo, la urbanización y los servicios, la disponibilidad de drogas y de armas, el índice de delitos y la existencia de grupos que pueden estar involucrados en la distribución de drogas, algunos de los cuales pueden ser más violentos que otros. También interviene la acción de la policía y las estrategias utilizadas para

combatir el delito o, en su caso, el consumo. Es más frecuente que en algunos escenarios se usen drogas con mayor nivel de adulterantes, con consecuencias más graves para la salud, y que los niños y adolescentes sean testigos o víctimas de violencia.

Diferencias en la vulnerabilidad. Los riesgos asociados con el consumo de drogas son más elevados para los adolescentes, las mujeres, las personas que viven en pobreza y marginación y quienes padecen una enfermedad mental. El inicio del consumo de drogas tiende a ser temprano, mayormente después de los 15 años y con una rápida acumulación en la edad adolescente y edad adulta temprana⁶¹. Como se ha dicho insistentemente en este informe, un inicio temprano aumenta el riesgo de dependencia⁶².

Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias derivadas del consumo de drogas, relacionadas con su motivación para usar drogas y diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias. Suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída. En el ámbito social, las mujeres dependientes de drogas están sujetas a mayor discriminación que los hombres. El inicio temprano, la victimización y el embarazo no deseado agravan la condición de una proporción de ellas⁶³.

Los adolescentes que no van a la escuela tienen más riesgo de usar sustancias⁶⁴ e involucrarse en actividades relacionadas con la venta de drogas. Usan con más frecuencia drogas mayormente adulteradas y sus vulnerabilidades previas, relacionadas por ejemplo con la mala nutrición, incrementan la probabilidad de consecuencias adversas. Las personas que padecen enfermedades mentales, corren mayor riesgo de desarrollar dependencia de drogas. Se ha estimado que la preexistencia de trastornos mentales está asociada con la aparición de la mitad de los casos de dependencia a drogas⁶⁵.

Consecuencias para la salud y consecuencias sociales. Estas categorías examinan factores como las barreras en el acceso a servicios de la salud, especialmente para los más pobres⁶⁶. Las personas que sufren de una adicción y sus familias son más vulnerables a la pérdida de bienes, el desempleo y los problemas con la ley. Son con más frecuencia víctimas de violencia y

⁶¹ R.C. Kessler et al., "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative," *World Psychiatry* (2007), 6(3):168-76.

⁶² A.F. Buchmann et al., "Early smoking onset may promise initial pleasurable sensations and later addiction," *Addict Biology* [Epub ahead of print].

⁶³ J.B. Becker y M. Hu, "Sex Differences in Drug Abuse," *Frontiers in Neuroendocrinology* (2008), 29(1):36-47.

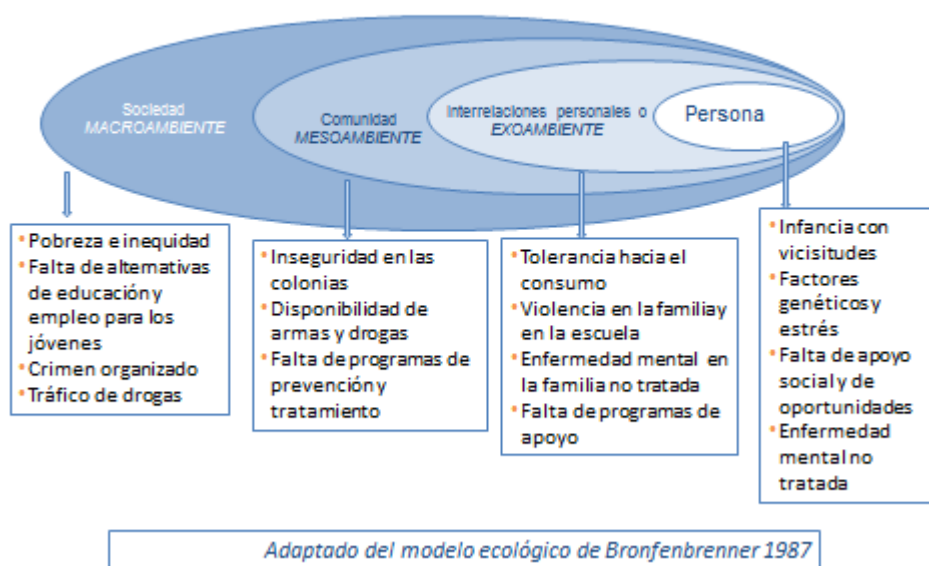
⁶⁴ C. Benjet, "Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence, characteristics, and mental health consequences," *Current Opinion in Psychiatry* (2010), 23(4):356-62.

⁶⁵ R.C. Kessler, The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions—the NAPE Lecture 1998. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology, *Acta Psychiatrica Scandinavica* (1999), 1:2-9; K.R. Merikangas et al., "Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology," *Addictive Behaviors* (1998), 23(6):893-907; M.E. Medina-Mora et al., "Comorbidity: Depression and Substance Abuse," en S.A. Aguilar-Gaxiola y T.P. Gullotta (Eds.), *Depression in Latinos: Assessment, Treatment, and Prevention* (U.S.: Springer, 2008), p. 73-91.

⁶⁶ G. Borges et al., "Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City," *Bulletin of the World Health Organization* (2008), 86:757-64.

discriminación. Estas consecuencias son más visibles en los niveles de bajo poder adquisitivo.

Gráfica 3 .Factores Psicosociales asociados con el consumo de drogas



Factores de riesgo y de protección

En el inciso anterior se abordaron los determinantes sociales del problema de las drogas, que se ubican en el nivel de la sociedad y la comunidad (véase la gráfica 3)⁶⁷. En este inciso se examinan los factores relacionados con las interrelaciones interpersonales y con el individuo.

Los factores psicosociales que entran en juego a nivel individual se dividen en dos categorías: factores de riesgo que, sin estar ligados causalmente al consumo o dependencia, los anteceden y aumentan su probabilidad de ocurrencia, y factores de protección que hacen fuertes a las personas para resistir los riesgos. En estos casos se habla de personas con “resiliencia”, quienes a pesar de haber experimentado muchos de los factores de riesgo, no incurrir en el consumo o no desarrollan dependencia. El conocimiento de los factores de riesgo permite identificar las oportunidades de prevención y el conocimiento de los factores de protección ayuda a identificar la manera de intervenir. El cambio de foco de atención del consumo de drogas a la disminución de la vulnerabilidad del individuo actuando sobre los factores de

⁶⁷ U. Bronfenbrenner, *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano* (España: Paidós, 1987).

riesgo, ha abierto un nuevo abordaje, construido con base en la prevención desde las primeras etapas del desarrollo.

Hasta hace no mucho tiempo se dividía la prevención en diferentes etapas: la prevención primaria (dirigida a las personas que aún no manifiestan el problema), secundaria (la detección temprana y tratamiento oportuno) y terciaria (el tratamiento y rehabilitación y, más recientemente, la prevención de recaídas). En este modelo, se consideraba que todos los individuos que no usaban drogas eran iguales y, por tanto, las iniciativas de prevención primaria serían efectivas para este grupo en conjunto. Sin embargo, la evidencia científica muestra que estos individuos tienen características diferentes y viven en entornos también diversos que los harán más o menos vulnerables al abuso de sustancias, y que por tanto requieren de estrategias de intervención particularizadas y diferentes en su contenido e intensidad.

Los factores de riesgo pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (por ejemplo, trastorno emocional o de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas), familiar (convivencia con padres alcohólicos), escolar (fracaso académico), social (amigos usuarios de drogas) y comunitario (alta disponibilidad de sustancias). Tales factores interactúan con cada individuo quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos de una manera diferente. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes las etapas de desarrollo del individuo.

Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida de la persona: en la esfera individual (por ejemplo, alta autoestima o personalidad orientada a evitar riesgos), familiar (convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores), escolar (apego a la escuela), social (amigos poco tolerantes hacia el consumo) y comunitaria (pertenencia a redes de apoyo social). Pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas, más que lo opuesto al riesgo. Por ejemplo, en el caso de una niña que vive en una familia con serios problemas, será menos probable que use drogas si se apega a su escuela y sus compañeros manifiestan una baja tolerancia hacia el consumo.

Los factores que contribuyen a la resiliencia pueden incluir: una relación estrecha con los padres u otro adulto que asegure un ambiente de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; sentimientos de éxito, de control y de respeto por sí mismo por parte de los menores; fuertes recursos internos (por ejemplo, buena salud física y psicológica) y externos (buena red social de apoyo que incluye la familia, la escuela y la comunidad). Entre otros factores se encuentran habilidades sociales que incluyen la capacidad para comunicarse y negociar, y para tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; habilidades para resolver problemas; una percepción de que las adversidades se pueden resolver con perseverancia y esfuerzo, y haber sobrevivido situaciones de riesgo anteriores⁶⁸.

⁶⁸ P.J. Brounstein, D.M. Altschler, H.P. Hatry, L.H. Blair, *Substance use and delinquency among inner city adolescent males* (Washington, D.C.: Urban Institute Press, 1989).

Ciertamente, este conjunto complejo de determinantes incluye factores que son difíciles de abordar por medio de políticas públicas; conocerlos es el primer paso para poder considerar nuevos enfoques y propuestas. Más adelante en este capítulo se presentarán algunos modelos que han resultado efectivos.

El impacto del consumo de drogas en la salud

Las cifras sobre la prevalencia del consumo de sustancias mencionadas anteriormente ofrecen una idea del alcance del problema, pero no dan un panorama completo sobre el impacto que tiene sobre la salud y la sociedad. 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.

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 dependencia⁶⁹. 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 psiquiátrico⁷⁰.

En la década de los noventa, un estudio encontró que en una muestra comunitaria de los Estados Unidos, un tercio de los pacientes con algún trastorno psiquiátrico (sin considerar aquellos incluidos en los trastornos por uso de sustancias) sufrían también algún trastorno asociado a sustancias psicoactivas: 22% por alcohol y 15% por otras sustancias. Por otro lado, viendo la comorbilidad desde la perspectiva de aquellas personas con trastornos por sustancias, 37% de los sujetos con dependencia o abuso de alcohol había experimentado otra enfermedad psiquiátrica, mientras que en los sujetos con trastorno por drogas la cifra ascendía al 50%⁷¹. Los resultados de diversos estudios indican que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas incrementan en forma importante el riesgo de que el sujeto tenga alguna conducta suicida⁷².

El impacto sobre la salud puede ser evaluado a través de diferentes indicadores, tales como la mortalidad y la discapacidad, que se pueden evaluar

⁶⁹ E. Single, J. Rehm, L. Robson, M.V. Truong, "The relative risk and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drugs use in Canada, *Canadian Medical Association Journal* (2000), 162(12):1669-75.

⁷⁰ K.R. Merikangas et al. (1998).

⁷¹ D.A. Regier et al., "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, *Journal of the American Medical Association* (1990), 264:2511-8.

⁷² B.M. Coelho et al., "The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil, *Revista Brasileira de Psiquiatria* (2010), 32(4):396-408; G. Borges et al., "Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico," *Journal of Affective Disorders* (2010), 124(1-2):98-107; M. Miller et al., "Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey, *Drug and Alcohol Dependence* (2011), 113(1-2):110-7.

en forma separada o conjunta. La evaluación combinada se conoce como “carga de enfermedad”.

Carga global de enfermedad: Una herramienta útil para analizar las consecuencias del consumo de sustancias es un indicador de la OMS denominado carga global de enfermedad (*Global Burden of Disease, GBD*), que evalúa el impacto de las enfermedades, lesiones y otros factores de riesgo con base en la mortalidad prematura y días vividos sin salud. De la lista total de ochenta y ocho condiciones, a nivel mundial los trastornos por uso de alcohol y otras drogas ocupan el 35° y 31° lugares, respectivamente. Esto implica que las drogas ilícitas contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad. Todas las regiones de América ocupan lugares por encima de la media mundial de la carga de enfermedad, tanto para drogas ilícitas como para alcohol. Destacan los Estados Unidos y Canadá, con el 11° lugar en el caso de drogas ilícitas y 19° en el caso de alcohol. En los países de la región sur de América Latina (Chile, Argentina y Uruguay), las drogas ilícitas y el alcohol ocupan el 18° y 19° lugares, respectivamente, y en la región tropical (Brasil y Paraguay), el 22° y 17° lugares, respectivamente⁷³.

El consumo de alcohol y otras drogas son factores de riesgo importantes entre sesenta enfermedades y lesiones derivadas de accidentes y violencia. En el Hemisferio, el uso de drogas ocupa el 19° lugar entre cuarenta y tres factores de riesgo analizados, aunque constituye un mayor factor en los países de América del Norte con alto ingreso (10° lugar), la región Andina (11°) y las regiones sur y tropical de América Latina (13°)⁷⁴.

Mortalidad: de acuerdo con la estimación más reciente del estudio GBD, en 2010, a nivel mundial se atribuyeron 1.111.000 muertes al abuso de alcohol, lo que corresponde al 0,21% del total de las muertes. Esta cifra aumentó un 48,9% respecto de 1990. En el mundo, la mortalidad por trastornos de abuso de alcohol ocupa el 55° lugar de 106 causas de muerte. En gran parte del Hemisferio Occidental, el alcohol es un factor importante: en América Latina tropical, se encuentra en el 25° lugar; en América Central, en el 29°, en América del Sur, en el 41° y en los países de altos ingresos de América del Norte, en el 32°.

En la mencionada lista de 106 causas de muerte, a nivel mundial los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas ocupan el 58° lugar, pero al observar al interior del Hemisferio, encontramos variaciones: en los Estados Unidos y Canadá ocupan el 15°, destacándose como una causa de muerte más importante. En la región andina ocupan el 40° lugar y en América Latina central, el 52° lugar, lo que es más parecido con el panorama mundial. El informe GBD indica que a nivel mundial en 2010 un total de 776.000 muertes

⁷³ Murray C, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2010;380(9859):2197 – 223.

⁷⁴ Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, Amann M. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 380(9859):2224–60.

estuvieron asociadas al abuso de drogas ilegales, lo cual representa un aumento del 191,7% en comparación con 1990.

Los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas ilícitas (55,4%) y la mortalidad asociada con esta causa aumentó el 385% entre 1990 y 2010, lo que refleja el incremento en el abuso de fármacos opioides. La contribución de la cocaína a la mortalidad general es marginal (0,6%) y ha disminuido desde 1990⁷⁵.

La mortalidad por cannabis no fue reportada de manera independiente. El grupo involucrado en el análisis de la contribución de las drogas ilegales a la carga global de enfermedad llegó a la conclusión de que no existía evidencia suficiente, por el bajo número de estudios realizados, para definir si la muerte por todas las causas entre los usuarios de cannabis era elevada. Señalan que los estudios de casos y controles realizados sugerían que algunas causas podían ser elevadas, principalmente la mortalidad por accidentes de vehículos de motor, y posiblemente cánceres respiratorios y del cerebro. De igual manera, la evidencia es aún poco clara con respecto a su contribución a la tasa de suicidios⁷⁶.

Discapacidad: Otra publicación basada en el GBD⁷⁷ estimó el impacto de 1.160 secuelas de 289 enfermedades y lesiones, durante el período 1990-2012, en los días vividos con discapacidad y encontró que en 2010, los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (sin incluir alcohol y tabaco) contribuyeron con 16.412.000 de años saludables perdidos durante este período. En las Américas, los trastornos por uso de drogas y alcohol ocupan lugares preponderantes cuando se considera su papel en causar días con discapacidad (12° y 15° lugar de 166 condiciones). En América Latina del sur, andina y tropical, el alcohol ocupa un lugar aún más importante, lo cual es el caso para drogas en el sur, los Estados Unidos y Canadá, y la región tropical.

El impacto del consumo de drogas en la sociedad

Entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia. Dada la preocupación en la región sobre la violencia, esta sección abordará el tema brevemente desde la perspectiva de la salud pública, mientras que el capítulo de Producción de Drogas de este informe analizará el tema del crimen y la violencia en mayor detalle.

⁷⁵ R. Lozano et al., "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010," *Lancet* (2013), 380(9859): 2095-128.

⁷⁶ B. Calabria, L. Degenhardt, W. Hall, M. Lynskey, "Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use," *Drug and Alcohol Review* (2010), 29(3):318-30.

⁷⁷ T. Vos et al., "Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010," *Lancet* (2012), 380(9859):2163-96.

La violencia constituye un problema de salud pública, con altos costos individuales, sociales y económicos⁷⁸. En el contexto del problema de las drogas, la violencia se manifiesta de muchas formas, desde los conflictos a gran escala sobre la producción y el tráfico, a los delitos de la calle que se cometen bajo los efectos de sustancias o para obtener dinero y proveerse de drogas.

Los tipos de violencia y delito asociados con las drogas varían de país a país, dependiendo de los problemas que presentan y las políticas públicas que han adoptado. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos hay muy altos niveles de consumo, tanto ocasional como problemático, bajo nivel de tráfico, altos niveles de violencia y muy altos niveles de delitos en el que incurren las personas drogodependientes, ya sea bajo intoxicación o como mecanismo para obtener las drogas en un mercado ilegal. México, en cambio, tiene tasas más bajas de consumo ocasional y problemático, muy altos niveles de tráfico y violencia, pero el crimen que puede atribuirse a los usuarios es aún bajo.

De acuerdo al modelo ecológico, la violencia es un fenómeno multicausal y tanto su ejercicio, como la probabilidad de ser víctima de la misma, resultan de la interacción de cuatro factores: individuales, relacionales, comunitarios y sociales. En el nivel individual, se identifican factores de riesgo como la carga genética y las características sociodemográficas del sujeto. La dinámica que sostiene el individuo en sus relaciones interpersonales más próximas compone el nivel relacional. La esfera comunitaria involucra aquellos componentes del ambiente en el que están inmersos los sujetos (por ejemplo, la composición étnica de la comunidad). Finalmente, a nivel social, se encuentran los determinantes que favorecen un clima de violencia (como la tolerancia a la misma o la discriminación)⁷⁹.

En la esfera individual, la evidencia en algunos países muestra que la probabilidad de cometer un acto violento es mayor en individuos usuarios de alcohol, metanfetaminas, cocaína, benzodiazepinas⁸⁰ e inhalables⁸¹. Cerca de 50% de los agresores que comenten homicidios se encuentran intoxicados con alcohol o drogas ilícitas (principalmente marihuana o cocaína) al momento de cometer el crimen⁸². El 35% de los usuarios de metanfetaminas ha provocado lesiones a terceros después del consumo de la sustancia⁸³. En el informe de la OPS *Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas* se estima que en

⁷⁸ La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

⁷⁹ L.L. Heise, “Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework,” *Violence Against Women* (1998), 4:262-90. See also Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/en/index.html>.

⁸⁰ “Interpersonal violence and illicit drugs” (Liverpool, Reino Unido: Centre for Public Health, John Moores University, WHO Collaborating Centre for Violence Prevention, 2009).

⁸¹ M.E. Medina-Mora et.al., “La agresión y la violencia: una mirada multidisciplinaria” (Distrito Federal Colegio Nacional, 2011).

⁸² S. Darke, “The toxicology of homicide offenders and victims: A review,” *Drug and Alcohol Review* (2010), 29(2):202-15.

⁸³ S. Baskin-Sommers y I. Sommers, “Methamphetamine use and violence among young adults,” *Journal of Criminal Justice* (2006), 34:661-74.

algunos países más del 25% de los hombres y del 15% de las mujeres ha iniciado peleas encontrándose en estado de ebriedad⁸⁴.

La relación entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja ha sido reportada en distintos estudios⁸⁵. Alrededor del 50% de las mujeres receptoras de violencia identifican que su pareja se encontraba bajo los efectos del alcohol al momento de agredirlas⁸⁶. El consumo de alcohol y drogas también se ha vinculado con otros tipos de violencia (sexual, abuso infantil y de adultos mayores)⁸⁷.

Se considera que la asociación entre la violencia y el consumo de alcohol u otras drogas corresponde a distintos factores. Estas sustancias pueden actuar como facilitadoras de la conducta violenta, al disminuir la inhibición, el juicio y la capacidad del individuo de interpretar señales sociales en forma correcta⁸⁸. El vínculo entre el alcohol y la violencia también se establece a nivel transgeneracional. Los menores de edad bajo el cuidado de padres o tutores que abusan del alcohol sufren más frecuentemente el abuso infantil, factor que a su vez se asocia con abuso de sustancias en etapas posteriores de la vida⁸⁹.

El uso de alcohol y drogas por parte del agresor no es el único factor relacionado con las sustancias que se asocia a actos violentos. Es frecuente que las víctimas sean usuarios de sustancias y se encuentren también bajo estado de intoxicación durante el ataque. Es posible que el estrés relacionado con la violencia incremente el consumo de alcohol y otras drogas, así como que, durante la intoxicación, la disminución en el juicio y la menor capacidad de respuesta, aumente la probabilidad de que la víctima se exponga a situaciones de riesgo⁹⁰.

Se ha visto que las comunidades donde existen usuarios de inhalables y metanfetaminas pueden ser más violentas⁹¹. La violencia está influida por factores como la disponibilidad de armas o de drogas, las estrategias de la policía, la falta de oportunidades de educación, empleo y esparcimiento, y las actitudes que validan la agresión como mecanismo para dirimir conflictos. La siguiente sección incluye algunas estrategias que se han desarrollado para prevenir la violencia.

⁸⁴ B. Taylor et al., *Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas* (Washington, D.C.: PAHO, 2007).

⁸⁵ M. Ellsberg et al., "Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua," *Social Science & Medicine* (2000), 51(11):1595-610; K. Rodgers, "Wife assault: the findings of a national survey," *Juristat Service Bulletin* (1994), 14(1 - 22); M.F. Moreno, "La violencia en la pareja," *Revista Panamericana de Salud Pública* (1999), 5:245-58.

⁸⁶ "Intimate partner violence and alcohol," Hoja informativa de la OMS (Ginebra: OMS 2006); *Mujeres violentadas por su pareja en México* (Ciudad de México: INEGI, 2003).

⁸⁷ A. Abbey, "Alcohol's Role in Sexual Violence Perpetration: Theoretical Explanations, Existing Evidence, and Future Directions," *Drug and Alcohol Review* (2011), 30(5):481-9; A.C. Homer y C. Gilleard, "Abuse of elderly people by their carers," *BMJ* (1990), 301:1359-62; "Interpersonal violence and alcohol," Informe de política de la OMS (Ginebra: OMS, 2006); "Child maltreatment and alcohol," Hoja informativa de la OMS (Ginebra: OMS, 2006).

⁸⁸ A.J. Heinz et al., "Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression," *Nature Reviews Neuroscience* (2011), 12(7):400-13.

⁸⁹ C. Walsh, H.L. MacMillan, E. Jamieson, "The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement," *Child Abuse & Neglect* (2003), 27(12):1409-25.

⁹⁰ T.L. Kramer et al., "Physical victimization of rural methamphetamine and cocaine users," *Violence and Victims* (2012), 27(1):109-24.

⁹¹ Medina-Mora ME, et al. (2011).

PARTE 3

POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Reducción de la demanda

Para que las políticas nacionales de reducción de la demanda sean eficaces, se requiere una serie de intervenciones integradas en múltiples contextos, dirigidas a diferentes niveles de riesgo. La epidemiología del consumo de drogas sugiere que para reducir el consumo en el Hemisferio es necesario atender tanto los casos nuevos, a través de intervenciones preventivas, como los casos existentes de consumo problemático, a través de la intervención temprana, el tratamiento y el mantenimiento.

La salud pública ofrece un enfoque de tres vertientes: intervenciones que están diseñadas para impactar al usuario o a la población en riesgo, la disponibilidad de las sustancias y el ambiente que tolera o acepta el consumo. Este enfoque requiere un equilibrio entre las intervenciones para reducir la oferta y la demanda, que vaya de acuerdo con las características del consumo dentro de un área geográfica y población determinadas. El tipo de políticas adoptadas por los países deben reflejar aquellos servicios que son específicamente necesarios para modificar el panorama epidemiológico del consumo de drogas, así como las consecuencias de salud y sociales.

Por diversas razones, entre las cuales se encuentra la falta de información epidemiológica, muchos países del Hemisferio actualmente tienen solamente algunas pocas intervenciones de reducción de la demanda a nivel nacional y se enfocan más en las actividades de reducción de la oferta. Incluso las intervenciones más efectivas y bien estudiadas tendrán impacto limitado si se aplican de manera aislada o solamente por un período corto de tiempo.

Abordajes de reducción de la demanda

El objetivo principal de cualquier política de reducción de la demanda no es solamente la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas, sino también, de manera más amplia, la reducción de las consecuencias sociales del consumo de drogas. Una política efectiva de reducción de la demanda requiere apoyo político, un marco legal sólido y recursos y presupuesto adecuados para sostener tales políticas. Actualmente, de acuerdo al Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), poco más de la mitad de los Estados Miembros de la OEA —dieciocho de los treinta y tres países evaluados— informaron sobre la existencia de un plan o estrategia nacional antidrogas, mientras que quince no contaban con planes actuales vigentes o no proporcionaron información.

Un aspecto fundamental es contar con financiamiento para llevar a cabo las acciones planteadas en las estrategias o planes nacionales antidrogas. De acuerdo con el informe más reciente del MEM, de los treinta y un Estados

Miembros que indican contar con una comisión o autoridad antidrogas, veintisiete refieren que cuentan con un presupuesto anual asignado, pero no se especifican los detalles sobre los recursos destinados directamente a la implementación y operación de acciones relacionadas con la reducción de la demanda. Los otros cuatro países llevan a cabo sus actividades de control de drogas bajo el presupuesto de otros organismos y entidades. Esta diferencia en el flujo del mecanismo de financiamiento, con los canales administrativos y burocráticos correspondientes, puede repercutir en la efectividad de las acciones. Nuevamente se hace patente la necesidad de realizar periódicamente estudios de costo-efectividad y costo-beneficio para conocer con mayor profundidad la realidad de la atención del problema de las drogas en los países del Hemisferio.

La evidencia científica y la investigación son los pilares de una política de reducción de la demanda bien diseñada. Aunque se asume que las estrategias nacionales se basan en la evidencia, la información disponible no especifica el tipo o categoría correspondiente⁹². De manera ideal, para diseñar políticas públicas debe utilizarse la mejor evidencia disponible, tomando en cuenta su calidad, de acuerdo a un sistema homogéneo⁹³.

También se necesita información para determinar si los países que cuentan con planes o estrategias para abordar el problema de las drogas han evaluado su aplicación (evaluación de proceso) o los resultados obtenidos (evaluación de resultados). Un enfoque útil para tales fines es el de la investigación evaluativa⁹⁴. Se requiere realizar evaluaciones para poder tener información precisa sobre el impacto que las estrategias o planes nacionales antidrogas tienen en las poblaciones, conocer el grado de cumplimiento de sus metas, identificar la relación entre los recursos aplicados y los logros identificados, así como diferenciar los efectos producidos por el programa de algunos otros factores que podrían influir en los resultados obtenidos⁹⁵.

A pesar de toda la investigación disponible sobre los programas de prevención y tratamiento, un problema fundamental que queda sin resolver es la falta generalizada de información sobre cuáles enfoques son los más eficaces en los países del Hemisferio. La mayoría no ha llevado a cabo evaluaciones de sus políticas de drogas, ya sea a nivel nacional o local. De hecho, es difícil determinar el impacto de las políticas sin esta información. En el largo plazo, es responsabilidad de cada país desarrollar políticas y programas basados en la mejor información científica disponible y evaluar dichas medidas. La falta actual de información que confirme el éxito o el fracaso de las políticas es un vacío importante que no permite a los responsables de las políticas de drogas identificar claramente el camino a seguir.

⁹² T.F. Babor et al., *Drug Policy and the Public Good* (Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2010).

⁹³ G.H. Guyatt et al., "GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations," *BMJ* (2008), 336:924-6.

⁹⁴ P. Rossi, H. Freeman, S. Rosenbaum, *Evaluation: a Systematic Approach* (California: Sage Publications, 1982).

⁹⁵ B.R. Worthen, J.R. Sanders, J.L. Fitzpatrick, *Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines* (New York: Longman Publishers, 1997).

En cuanto a los sistemas de información, veintiocho de los treinta y tres países evaluados cuentan con observatorios u oficinas centralizadas para generar, recopilar, organizar, analizar y difundir datos sobre drogas. De estos países, veintiuno cuentan con un presupuesto asignado para realizar sus funciones. Cabe mencionar que en la ronda previa de evaluación del MEM, había veinticinco países con observatorios u oficinas centralizadas, por lo que entre el período de ambas evaluaciones se ha registrado un avance en este sentido.

En la última ronda del MEM, se encontró que dieciséis de los países evaluados contaban con registros de pacientes en centros de tratamiento, un país más que en la ronda anterior. Este aspecto es importante para que a largo plazo, con cada vez mejores sistemas de información y análisis, se pueda alcanzar la posibilidad de conocer el impacto de las políticas públicas en la mejora de la calidad de los servicios, la capacidad de los recursos humanos y el costo-efectividad y costo-beneficio de las intervenciones realizadas. La información con la que se cuenta actualmente, a través del MEM, no presenta detalles sobre los indicadores de los sistemas de tratamiento disponibles en los países. Para recopilar, comparar y analizar la información de los diferentes países, se requiere establecer un conjunto básico de datos y armonizar los métodos de recopilación⁹⁶. El desarrollo de un sistema de información en tiempo real es esencial para este proceso.

Debido a que el uso de sustancias psicoactivas puede llevar a desarrollar trastornos mentales y del comportamiento⁹⁷, los países deben incluir en sus esfuerzos para desarrollar estrategias o planes nacionales antidrogas a los responsables de la atención de la salud, así como a otros sectores que favorezcan el desarrollo y el bienestar de las poblaciones. Para este fin, debe constituirse un sistema integral de servicios, que representa la articulación entre los diferentes sectores, organizaciones y programas que proporcionan servicios a las personas con problemas relacionados al uso de sustancias psicoactivas⁹⁸. En este sentido, hace falta conocer el grado de colaboración que actualmente existe entre las Comisiones Nacionales Antidrogas, los Ministerios o Secretarías de Salud y otros sectores vinculados con la reinserción social de la población afectada.

Por último, las regulaciones deben tomar en cuenta la necesidad de respetar los derechos humanos, y se deben evitar las medidas que han demostrado tener consecuencias negativas para la sociedad. El fin último de las políticas de prevención debe ser la creación de un sistema integral que, además de reducir los daños sociales causados por el abuso y la dependencia de drogas, pueda proteger el bienestar individual y colectivo.

⁹⁶ UNODC, *Orientaciones para la medición de la demanda de tratamiento de drogas* (Viena: UNODC, 2006); EMCDDA, *Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0* (Lisboa: EMCDDA, 2012).

⁹⁷ Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, 10ª revisión (Ginebra: OMS, 1995).

⁹⁸ H. Klingemann and H.-D. Klingemann, "National Treatment Systems in Global Perspective," *European Addiction Research* (1999), 5:109-17.

Prevención

Las estrategias de prevención efectivas proveen a niños, adolescentes y adultos las herramientas que necesitan para llevar una vida sana y productiva. En materia de salud pública, los enfoques de prevención se suelen dividir en tres categorías:

- La **prevención primaria** se enfoca en reducir el número de personas que utilizan drogas por primera vez, o bien retrasar la edad en que alguien comienza a consumir drogas. Esto se logra a través de intervenciones que reducen los factores de riesgo y fortalecen los factores de protección.
- Las estrategias de **prevención secundaria** se proponen identificar a las personas que ya muestran signos de abuso y dependencia de sustancias o caen en la categoría de consumo, para intervenir tan pronto como sea posible a fin de evitar la progresión.
- La **prevención terciaria** se refiere a las estrategias destinadas a limitar los efectos adversos emocionales, de salud y sociales, así como las consecuencias económicas del consumo de sustancias psicoactivas.

Hace unos 20 años, los científicos de la prevención refinaron el marco de referencia de la prevención primaria, reconociendo que el enfoque original de la salud pública se basaba más en criterios médicos o clínicos, mientras que los programas de prevención en las áreas de salud mental, emocional y del comportamiento se basan más en los niveles de riesgo. Por esta razón, los programas de prevención están diseñados para reducir la vulnerabilidad o el riesgo de iniciar el consumo de drogas y si éste ya ha comenzado, evitar la progresión del uso hacia trastornos por abuso o dependencia.

Estos programas se denominan en función de las poblaciones a las que se dirigen:

- Los de **prevención universal** están dirigidos a la población general, con diferentes niveles de riesgo para el consumo de drogas.
- Los de **prevención selectiva** se dirigen a las personas, familias o grupos específicos que se encuentran en mayor riesgo para el consumo de drogas y los problemas asociados, como en el caso de los hijos de padres con dependencia a las drogas.
- Los de **prevención indicada** están diseñados para las personas que ya han iniciado el consumo de drogas y que presentan problemas derivados de ello, como los trastornos de conducta asociados con el abuso de sustancias.

La investigación científica sobre la prevención nos ha proporcionado pruebas sólidas sobre las estrategias preventivas que son efectivas. Dichas estrategias integran los diversos sectores a diferentes niveles. Por ejemplo, a nivel nacional los sectores de educación, salud, aplicación de la ley y empleo

deben incorporarse en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios de prevención. La inclusión, cuando sea posible, de las ONG es también crucial para desarrollar servicios eficaces de prevención y tratamiento. A nivel local o municipal, los actores y tomadores de decisiones involucrados pueden variar, pero es necesario considerar la participación de un amplio sector para lograr el apoyo sostenido de la infraestructura, para el desarrollo de servicios efectivos. Para cualquiera de estas estrategias de prevención, es de suma importancia reconocer las características de los ajustes más apropiados y condiciones para apoyar la prevención, así como a las poblaciones objetivo.

Prevención entre los niños y los jóvenes

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.

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.

Intervenciones en la familia

La principal influencia en los niños es la familia. Los vínculos familiares son fundamentales en la relación entre padres e hijos para transmitir cuáles son las respuestas emocionales, de actitud y comportamentales aceptables dentro de una comunidad y la sociedad. Las intervenciones efectivas familiares promueven la cohesión familiar y la comunicación, la resolución de conflictos y el desarrollo de las habilidades parentales positivas. A pesar de que los programas parentales impactan niños muy pequeños, también son importantes en la preparación de los padres para hacer frente a los retos que se presentarán durante la adolescencia. Los programas de crianza han sido eficaces en el tratamiento de problemas de comportamiento tales como la conducta agresiva, la falta de habilidades sociales y dificultades académicas.

Los programas basados en intervenciones familiares que promueven la participación activa de los padres, el desarrollo de competencias sociales y de habilidades de autocontrol y crianza positiva pueden ser útiles para reducir el uso de alcohol y de cannabis en menores de edad. Entre los ejemplos se encuentran un programa de fortalecimiento de la familia (*Iowa Strengthening Families Program*, ISFP) y otro de preparación para años libres de drogas (*Preparing for the Drug-Free Years Program*, PDFY)⁹⁹.

Prevención en el ámbito escolar

Después de la familia, el siguiente contexto de socialización importante para la mayoría de niños y adolescentes es la escuela. Las intervenciones de prevención en el ámbito escolar se dirigen a mejorar el ambiente estudiantil y los vínculos, favorecer los comportamientos positivos e incrementar el rendimiento académico a través de sus normas, creencias y expectativas. Se proponen, además, establecer políticas escolares relativas al consumo de sustancias, en particular políticas que guían cómo se maneja a los niños que han consumido alcohol, tabaco u otras drogas, y la prevención integrada en los planes de estudio. En el caso de las intervenciones escolares, los programas basados en el desarrollo de habilidades personales son ligeramente más exitosos que las típicas actividades que se realizan en el aula¹⁰⁰.

Los programas de prevención en el ámbito escolar que son efectivos incluyen los siguientes componentes:

- Eliminar mitos y nociones falsas sobre las normas del consumo de sustancias y expectativas alteradas. Informar a los estudiantes sobre las verdaderas prevalencias de consumo de drogas, contrarrestando la falsa creencia de que la mayoría consume o las ideas en la cultura popular que pueden llevar a los adolescentes a percibir el consumo de drogas como más común o menos nocivo de lo que es en verdad.
- Modificar la percepción de los riesgos asociados con el uso de sustancias psicoactivas para niños y adolescentes (es decir, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas, por lo general sociales, no a largo plazo).
- Proveer y practicar habilidades para la vida, incluyendo la toma de decisiones, en especial sobre el consumo de sustancias, comunicar sobre estas decisiones, y desarrollar habilidades de resistencia para rechazar el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, ensayando en escenarios auténticos.

⁹⁹ D.R. Foxcroft y A. Tsertsvadze, "Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2011), 9:CD009308; J. Petrie, F. Bunn, G. Byrne, "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review," *Health Education Research* (2007), 22(2):177-91; S. Gates, J. McCambridge, L.A. Smith, D. Foxcroft, "Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2006), 1:CD005030.

¹⁰⁰ D.R. Foxcroft y A. Tsertsvadze (2011); F. Faggiano et al., "School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review," *Preventive Medicine* (2008), 46(5):385-96.

- Otorgar y reforzar las intervenciones, durante varios años en la educación básica y media, cuando los estudiantes están en mayor riesgo.

En cuanto a las intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, existe evidencia de que los programas basados en entrevistas motivacionales breves son efectivos¹⁰¹. La percepción que el sujeto tiene sobre el consumo de alcohol en sus compañeros es un factor que participa en el consumo nocivo de alcohol. Estos programas conocidos como “de normas sociales” son efectivos para disminuir los problemas asociados con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios¹⁰².

Prevención comunitaria

La comunidad en general juega un papel importante en el refuerzo de las actitudes sociales y comportamientos. La prevención eficaz a nivel comunitario puede adoptar diversas formas. Algunas intervenciones que han demostrado ser eficaces se basan en teorías desarrolladas en torno a la organización comunitaria y la participación, y a menudo utilizan una serie de componentes orientados a las escuelas, familias, amigos y la comunidad en general.

Se ha encontrado que son eficaces los programas comunitarios de prevención que combinan múltiples estrategias y enfoques, o que pueden llegar a múltiples grupos en una sola comunidad. Por ejemplo, las comunidades que ofrecen programas basados en la familia y en la escuela pueden ser más eficaces que cualquier otro programa por sí solo¹⁰³. El hecho de tener estos y otros sectores de la comunidad apoyando los mismos elementos y mensajes refuerza las actitudes y comportamientos positivos que desalientan el consumo de alcohol y tabaco por parte de menores, así como el abuso de drogas ilícitas, medicamentos con receta y otras sustancias¹⁰⁴.

Existe evidencia de los beneficios que aportan los programas que buscan el desarrollo de comunidades mejorando los niveles de seguridad y con la participación activa de la comunidad. Programas evaluados en América Latina comprenden intervenciones sociales que incluyen identificación activa de casos y consejería, diagnósticos del tipo y origen de la violencia, diseño ambiental, urbanización e infraestructura, prevención social para la mediación y resolución de conflictos, medios de vida alternativos y desarrollo de capacidades, servicios de apoyo familiar y de educación y recreación para los jóvenes, la participación de funcionarios de enlace comunitario y municipal, y el monitoreo y evaluación de procesos y resultados. Estos elementos son la base para las coaliciones comunitarias.

¹⁰¹ T. Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity, Research and public policy, Second Edition* (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2010).

¹⁰² M.T. Moreira, L.A. Smith, D. Foxcroft, “Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students,” *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2009), 3:CD006748.

¹⁰³ V. Battistich, D. Solomon, M. Watson y E. Schaps, “Caring school communities,” *Educational Psychologist* ((1997), 32, 137-151).

¹⁰⁴ C. Chou et al., “Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents,” *American Journal of Public Health* (1998), 88:944-948.

Mientras que los programas de prevención universal deben abordar todas las formas de abuso de drogas, los programas comunitarios deben adaptar el mensaje de prevención para el tipo de problema que se vive en las comunidades, para orientar la modificación de factores de riesgo y protección.

Estrategias de prevención ambiental

Las estrategias ambientales se proponen cambiar el entorno físico, social o cultural de una población o comunidad en su conjunto, al afectar la percepción de las normas sobre el uso de sustancias, así como la disponibilidad y las regulaciones sobre las mismas. En contraste con las estrategias tradicionales de prevención que apuntan a reducir el riesgo y fortalecer los factores de protección para los individuos, las estrategias ambientales se centran en el cambio de estas condiciones para la población entera y, en consecuencia, la creación de un entorno que desaliente el consumo de sustancias.

Algunos ejemplos de estrategias de prevención ambiental para limitar el acceso a las sustancias son establecer una edad mínima legal para consumir alcohol y adoptar leyes que prohíban la venta de tabaco a menores de edad. Las políticas destinadas a modificar la cultura o el contexto de consumo pueden incluir el establecimiento de menores niveles permitidos de concentración de alcohol en la sangre de los conductores o advertencias en las cajetillas de tabaco. Las políticas destinadas a reducir las consecuencias perjudiciales pueden incluir el designar zonas libres de humo de tabaco para reducir la exposición involuntaria de los no fumadores. Los objetivos fundamentales de las políticas ambientales son limitar el acceso a las sustancias, cambiar la cultura o el contexto en el que se utilizan sustancias y reducir las consecuencias negativas asociadas con el abuso de sustancias.

Adaptación de los programas de prevención

Las intervenciones de prevención que fueron diseñadas y evaluadas en algunas poblaciones y comunidades deberían adaptarse a las necesidades específicas de otras. Sólo recientemente la investigación ha comenzado a ofrecer una orientación para adaptar los programas basados en la evidencia. Al abordar la manera más efectiva de adaptar los programas de prevención, se podrán adoptar y ejecutar ampliamente estos programas a través de los diversos contextos socioculturales. Es absolutamente esencial que al adaptar un programa se mantenga la esencia de los elementos originales, que están basados en la evidencia.

La importancia de la evaluación

A lo largo de la historia existen múltiples ejemplos de estrategias y programas de prevención con buenas intenciones que más adelante

demonstraron ser ineficaces o incluso perjudiciales. Las estrategias que emplean tácticas para amedrentar a los usuarios por los daños que produce el consumo de drogas no son eficaces. Los programas que emplean métodos de castigo o humillación también son ineficaces y de hecho pueden tener un impacto negativo en la autoestima, lo que aumenta el riesgo de consumo de drogas. Otras investigaciones han encontrado que la detección de drogas al azar y las campañas masivas sin base en la ciencia, que están dirigidas a persuadir a los jóvenes a no usar drogas¹⁰⁵, no son efectivas a menos que incorporen elementos claves de los programas de prevención, que sí lo son y se han comentado anteriormente.

Por lo tanto, las intervenciones de prevención deben evaluarse para determinar cómo funcionan y si logran traducirse en menor consumo de drogas, un retraso en la edad de inicio del consumo o una reducción de los daños asociados con el uso. Por ejemplo, al estudiar el efecto combinado de los diferentes modelos que se basan en el desarrollo de habilidades sociales¹⁰⁶, se estima que estas intervenciones reducen, entre un 1% y un 23%, la probabilidad del consumo de cannabis, y la probabilidad de consumir otras drogas entre un 34% y 85%, después de siete años de participación en el programa. Por otra parte, la intervención familiar ISFP, mencionada anteriormente, se ha asociado con un patrón menos nocivo de consumo de alcohol en el largo plazo¹⁰⁷. La información derivada de evaluaciones de este tipo puede sentar las bases para el desarrollo de políticas y el diseño de mejores estándares y programas de prevención.

Aunque la mayoría de los estudios de evaluación del programa no integran las evaluaciones de costos, hay un reconocimiento creciente de la importancia de hacerlo. Las autoridades deben ser capaces de ver la relación entre el costo de la implementación de los programas de prevención y los recursos que pueden ahorrarse mediante la prevención de nuevos casos o la reducción de los daños asociados con el consumo de drogas. Sin embargo, hasta la fecha, no se han desarrollado directrices estándares en cuanto a cómo hacer que esta integración funcione de manera eficaz.

Cuestionarios de tamizaje e intervenciones breves

La implementación de tamizajes para detectar a sujetos con un patrón peligroso en el consumo de alcohol o de drogas puede considerarse una estrategia de prevención secundaria. Esta maniobra puede disminuir el consumo semanal y el consumo excesivo, específicamente en los usuarios del sexo

¹⁰⁵ R. Yamaguchi, L.D. Johnston, P.M. O'Malley, "Relationship Between Student Illicit Drug Use and School Drug-Testing Policies," *Journal of School Health* (2003), 4:159-64; J. Kern et al., *Making Sense of Student Drug Testing: Why Educators Are Saying No* (Nueva York: Drug Policy Alliance, 2006); N. McKeganey, *Random drug testing of schoolchildren: A shot in the arm or a shot in the foot for drug prevention?* (York: Joseph Rowntree Foundation, 2005).

¹⁰⁶ T.F. Babor et al., *Drug Policy and the Public Good* (2010).

¹⁰⁷ D. Foxcroft, D. Ireland, G. Lowe, R. Breen, "Primary prevention for alcohol misuse in young people," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2011), 9:CD003024.

masculino, además de reducir el empleo de sustancias y el consumo nocivo de alcohol en individuos de ambos sexos¹⁰⁸.

La OMS desarrolló un instrumento de tamizaje conocido como ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), que permite categorizar a los sujetos de acuerdo con el riesgo (alto, medio y bajo). En una investigación realizada en cuatro países, entre ellos Brasil y Estados Unidos, se buscó valorar si el empleo de esta herramienta, seguido de una intervención breve, es eficaz en los pacientes categorizados con "consumo de alto riesgo". Para aquellos sujetos que recibieron la intervención, a excepción de los sujetos reclutados en Estados Unidos, el riesgo asignado por la escala ASSIST fue menor tres meses después del tratamiento¹⁰⁹.

En los anexos 2 y 4 de este capítulo se ofrece un cuadro que resume las conclusiones sobre los diferentes programas de prevención en el Hemisferio que han sido estudiados.

Programas de prevención en las Américas

La información sobre programas de prevención en la región es incompleta. Algunos países han reportado que se han realizado o se están realizando evaluaciones de los programas, pero la mayor parte de ellas son sobre el proceso e implementación de la intervención, más que de su impacto.

Con respecto a los programas de prevención vigentes, la mitad de las naciones del Hemisferio realizan actividades preventivas que se difunden por medios audiovisuales. No se proporcionaron datos sobre los resultados de la implementación de los programas. Existen programas comunitarios en la mitad de los países y en el 73% de ellos se reporta algún tipo de intervenciones preventivas en las escuelas. Un 53% de los países tienen programas preventivos orientados a grupos vulnerables.

Viendo la situación en cada subregión, en los países de América del Norte los programas de prevención cuentan con difusión por medios audiovisuales. También se realizan intervenciones preventivas en escuelas, así como programas familiares, comunitarios y dirigidos a grupos vulnerables.

La mayoría de los países de América Central difunden mensajes preventivos en medios audiovisuales. Cerca de la mitad de ellos cuenta con intervenciones preventivas en el ámbito comunitario, y algunos tienen programas orientados a

¹⁰⁸ R.E. Thomas, D. Lorenzetti, W. Spragins, "Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2011), 11:CD007381; R.J. Tait and G.K. Hulse, "A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug," *Drug and Alcohol Review* (2003), 22(3):337-46; E.I. Vasilaki, S.G. Hoseir, W.M. Cox, "The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review," *Alcohol & Alcoholism* (2006), 41(3):328-35.

¹⁰⁹ R. Humeniuk et al., "A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries," *Addiction* (2012), 107(5):957-66.

grupos vulnerables. Por otra parte, en gran parte de los países se llevan a cabo intervenciones preventivas en los ámbitos escolar y familiar.

En América del Sur, también la mayoría de los países difunden mensajes en medios audiovisuales de comunicación. Todos los países refieren realizar intervenciones preventivas en escuelas. Dos terceras partes de los países de la subregión cuentan con programas comunitarios. Casi la mitad de los países cuentan con programas familiares de prevención y la mayoría tienen algún programa o actividad de prevención orientado a grupos vulnerables.

En cuanto al Caribe, no se logró documentar la existencia de programas preventivos por medios audiovisuales de comunicación en la mitad de los países, mientras que el resto sí reportó haber implementado este tipo de intervención preventiva.

Casi en el 60% de los países del Hemisferio se implementa algún tipo de tamizaje para la detección del consumo del alcohol y drogas. Sin embargo, la mayoría reportan que esto aún no se aplica en forma sistemática.

En algunos países —dependiendo de la fuente consultada— existen programas de intercambio de jeringas para los usuarios de drogas intravenosas, que tienen el propósito de disminuir la transmisión de VIH y hepatitis C. En la mayoría de los países que tienen programas de intercambio de jeringas, esta intervención se encuentra dentro de modelos que aplican otras medidas preventivas, como unidades móviles de dispensación de jeringas y distribución de material para esterilizarlas. Sólo en Canadá se cuenta con un programa establecido de administración vigilada de drogas intravenosas, y sólo Canadá y los Estados Unidos implementan la distribución de agonistas a opiáceos —drogas de mantenimiento, como metadona— dentro de las medidas preventivas para disminuir la transmisión de enfermedades infecto contagiosas¹¹⁰.

Reducción de daños

La reducción de daños se refiere a las políticas, programas y prácticas que se proponen aminorar los efectos sociales, económicos y sobre la salud asociados con el consumo de drogas legales e ilegales, sin necesariamente reducir el consumo. El objetivo es reducir o modificar las consecuencias en lugar de la conducta de consumir, y es un complemento a las intervenciones de prevención y tratamiento. Se enfoca en cambiar la manera en que los individuos usan drogas y el medio ambiente en donde consumen, partiendo de la idea de que en algunos grupos de personas el consumo de sustancias psicoactivas continuará a pesar de los esfuerzos preventivos y terapéuticos. La

¹¹⁰ Organización Mundial de la Salud, *ATLAS on substance use (2010): Resources for the prevention and treatment of substance use disorders* (Ginebra: OMS, 2010); OEA/CICAD, *Informe Hemisférico, Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Quinta Ronda de Evaluación 2011*, Mecanismo de Evaluación Multilateral; Gobierno de Chile, *Alcohol Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol* (Santiago: CONACE, 2011); D. Burrows, *Evaluation of progress in drug control*. (Washington: OAS/CICAD, 2009); D. Burrows, "Advocacy and coverage of needle exchange programs: results of a comparative study of harm reduction programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation, and China," *Cadernos de Saúde Pública* (2006), 22(4):871-9.

reducción de daños se propone disminuir los riesgos inherentes a la adquisición de drogas en el mercado ilegal, al uso y a la abstinencia, y atenuar las consecuencias negativas en la salud del consumidor, en su relación con la familia, con la ley, o en su vida laboral, interpersonal o desarrollo educativo¹¹¹.

Muchos programas de reducción de daños apuntan a usuarios de drogas intravenosas. Según la OMS, las medidas que incrementan la disponibilidad y el empleo de jeringas estériles (como los programas de intercambio de jeringas y las máquinas dispensadoras) son estrategias útiles para prevenir el contagio del VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Estas medidas también han mostrado ser costo-efectivas¹¹². Por otro lado, la evidencia actual no permite concluir que los programas de intercambio de jeringas logren disminuir significativamente la transmisión de la hepatitis C. Tampoco se ha demostrado que la desinfección del material empleado para la administración de inyectables sea una maniobra útil para el control del contagio por VIH¹¹³. En el caso de individuos adictos a opiáceos, la terapia de sustitución con metadona es una medida eficaz tanto para disminuir las conductas de riesgo de transmisión de VIH, la seroconversión de los usuarios y la muerte por sobredosis en los usuarios de drogas intravenosas¹¹⁴.

Otros enfoques para disminuir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual entre los usuarios de drogas intravenosas incluyen la distribución de preservativos y la educación acerca de los riesgos asociados al uso de las drogas intravenosas. Estas intervenciones son efectivas para cambiar conductas sexuales de alto riesgo en esta población¹¹⁵.

También existen programas en los Estados Unidos, Canadá y Brasil que proporcionan a los usuarios de crack equipos de inhalación (con la finalidad de disminuir la transmisión de enfermedades respiratorias), junto con preservativos y folletos que informan sobre los riesgos del consumo de la sustancia y sobre las conductas sexuales de riesgo¹¹⁶. Los estudios han mostrado que la distribución de estos equipos incrementa la disponibilidad y empleo de material seguro para la inhalación y disminuye la frecuencia de algunas prácticas de riesgo, aunque el impacto que esta medida tiene sobre la transmisión de

¹¹¹ C. Hallam et al., *Drug Policy Guide* (International Drug Policy Consortium, 2012); "What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association" (Londres: IHRA, 2010).

¹¹² H.K. Belani, P.A. Muennig, "Cost-Effectiveness of Needle and Syringe Exchange for the Prevention of HIV in New York City," *Journal of HIV/AIDS & Social Services* (2008), 7(3):229-40; WHO, UNODC, UNAIDS *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (Ginebra: OMS, UNODC, UNAIDS, 2009); "Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users," Evidence for action technical papers (Ginebra: OMS, 2004).

¹¹³ T. Rhodes y D. Hedrich, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Luxemburgo: EMCDDA, 2010); WHO, UNODC, UNAIDS *Technical Guide* (2009); Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, *Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence* (Washington: The National Academies Press, 2006).

¹¹⁴ T. Rhodes y D. Hedrich (2010); L. Gowing et al., "Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2011), 8:CD004145; G.J. MacArthur et al., "Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis," *BMJ* (2012), 345:e5945.

¹¹⁵ S. Semaan et al., "A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* (2002), 30 Suppl(Suppl 1):S73-93.

¹¹⁶ T. Rhodes y D. Hedrich (2010).

enfermedades infecto contagiosas no se conoce aún¹¹⁷. La implementación de los programas de reducción de daños en los usuarios de crack en Brasil está siendo evaluada actualmente¹¹⁸.

En el caso del alcohol, muchas actividades de reducción de daños se han enfocado en reducir el problema de conducir bajo los efectos del alcohol y/o en estado de ebriedad, lo cual está asociado con una mayor frecuencia de accidentes automovilísticos. Existe evidencia suficiente para afirmar que la revisión aleatoria de los niveles de alcohol en los conductores disminuye los accidentes automovilísticos. El fijar el umbral en niveles más bajos también es una maniobra útil, sobre todo en los conductores jóvenes. La suspensión de la licencia a los conductores en estado de ebriedad no cuenta con evidencia tan sólida que apoye su eficacia¹¹⁹. Se ha estudiado si el entrenamiento del personal de los bares para el manejo de situaciones potencialmente peligrosas puede contribuir a que existan menos eventos de agresión física en sujetos en estado de ebriedad, pero se necesita mayor evidencia para apoyar el uso de esta estrategia¹²⁰.

El tratamiento: la evidencia

Los modelos de tratamiento para los problemas relacionados con el consumo de sustancias deben asumirse de manera integrada y coordinada con los sistemas de atención de salud, ya que constituyen dos componentes inseparables y esenciales de una política eficaz en la reducción de la demanda de drogas.

Los trastornos por uso de sustancias son complejos y multifactoriales. Las personas que los sufren requieren atención apropiada a las características de su condición, la cual puede variar de acuerdo con diversos factores, entre ellos, el tipo de sustancias y el patrón de consumo, las condiciones físicas, psicológicas y sociales, previas y asociadas con el consumo, la existencia de comorbilidad con otros trastornos mentales u otras condiciones crónicas que afecten la salud del individuo.

La respuesta eficaz a las necesidades de atención depende de la participación del sistema de salud en los distintos niveles, además de la articulación con la comunidad y otros servicios fuera del sector de la salud. Esto es particularmente importante en el área de bienestar social y acceso a servicios de calidad que tengan continuidad en el tiempo, tal y como corresponde al carácter crónico de estos problemas.

¹¹⁷ L.A. Malchy et al., "Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits?" *Canadian Journal of Public Health* (2011), 102(3); L. Leonard et al., "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed. *Canadian Journal of Public Health* (2008), 19(3):255-64.

¹¹⁸ A. Domanico y M. Malta, "Implementation of harm reduction toward crack users in Brazil: barriers and achievements, *Substance Use & Misuse* (2012), 47(5):535-46.

¹¹⁹ T. Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity* (2010).

¹²⁰ Ibid.; T.B. Dinh-Zarr et al., "Interventions for preventing injuries in problem drinkers," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2009), 10:CD001857.

El abordaje de los problemas por consumo de sustancias implica la intervención en varias fases, a corto, mediano y largo plazo. Es importante contar con mecanismos que faciliten la desintoxicación y el manejo oportuno de los síndromes de abstinencia, propiciando el ingreso a programas de tratamiento y rehabilitación. Igualmente, son importantes los programas de detección temprana e intervención breve, en el nivel primario de atención, de costo-efectividad probada. Por otro lado, la implementación de modalidades de tratamiento de base comunitaria y programas de reintegración social puede propiciar la recuperación, disminuyendo la estigmatización de usuarios y familiares. Es necesario además desarrollar programas dirigidos al tratamiento de poblaciones vulnerables, como los privados de libertad o las personas de la calle, entre otras, donde el impacto del consumo es mayor¹²¹.

Las intervenciones realizadas como parte del tratamiento deben estar basadas en protocolos de probada eficacia y bajo la responsabilidad de personal debidamente calificado, con supervisión técnica y administrativa sistemática, que resguarden la calidad y la protección de los derechos fundamentales de las personas allí tratadas. Debe garantizarse el acceso a los medicamentos necesarios, incluida la terapia farmacológica de sustitución y mantenimiento, así como a intervenciones que cubran de manera integral las complejas necesidades biopsicosociales de los usuarios de los servicios¹²² (véase el anexo 3).

La evidencia sobre la efectividad de intervenciones de tratamiento permite identificar algunas buenas prácticas asociadas con mejores resultados, como la combinación entre intervenciones psicosociales y terapia farmacológica y la elaboración de planes terapéuticos individualizados basados en la evaluación integral de necesidades de la persona. Al igual que en otras enfermedades crónicas, la recaída forma parte de la historia natural de la enfermedad y se deben prever intervenciones para su manejo. La respuesta al tratamiento en los pacientes con trastornos por uso de sustancias es variable de un sujeto a otro.

La investigación indica que entre el 18 y el 35% de los pacientes con dependencia a etanol permanecerá en abstinencia después de un año de recibir tratamiento con alguna de las intervenciones más comunes (terapia cognitivo-conductual, programas de doce pasos, terapia motivacional o Naltrexona)¹²³. Los resultados del estudio COMBINE (*Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence*) sugieren que cerca del 80% de los sujetos con dependencia a etanol tendrán un episodio de consumo intenso en los doce meses siguientes a recibir un tratamiento¹²⁴.

Uno de los principales obstáculos para el tratamiento de los pacientes con trastornos por uso de sustancias es el bajo apego a las intervenciones. En los

¹²¹ M.E. Medina-Mora, R. Robles, T. Real, *Panorama mundial en el área del diagnóstico y tratamiento de las adicciones. Avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos de las adicciones* (Distrito Federal: CONACID/SSA, 2012).

¹²² Ibid.

¹²³ W.R. Miller, S.T. Walters, M.E. Bennett, "How effective is alcoholism treatment in the United States?" *Journal of Studies on Alcohol* (2001), 62(2):211-20.

¹²⁴ R.F. Anton et al., "Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence. The COMBINE study: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association* (2006), 295(17):2003-17.

ensayos controlados se ha reportado que entre el 30 y el 50% de los sujetos abandonan el tratamiento¹²⁵. Los grupos de ayuda mutua, como los programas de doce pasos, son una de las intervenciones que con más frecuencia se emplea para el tratamiento de los pacientes con trastornos por uso de sustancias. Su eficacia ha sido comprobada y se considera recomendable que se integren como parte del tratamiento de los pacientes con adicciones¹²⁶.

Junto a lo anterior, existen también otros enfoques negativos que violentan los derechos humanos de los pacientes. Existen casos en que las personas con trastornos por uso de sustancias reciben tratamiento obligado dentro de estancias que no cuentan con recursos humanos capacitados ni infraestructura adecuada para tratar pacientes con adicciones¹²⁷.

La eficacia de los programas de tratamiento

Cuando se trata de programas de tratamiento, no existe una intervención que en forma universal haya demostrado ser superior a otras. Sin embargo, existen algunos fármacos y programas conductuales que son exitosos en un porcentaje mayor de casos. Por ejemplo, se estima que después de doce semanas de terapia cognitivo-conductual (TCC) o del programa de los doce pasos, el 40% de los pacientes con dependencia de etanol cesaron o disminuyeron el consumo de alcohol, comparado con un 28% de los que recibieron terapia motivacional¹²⁸. En el caso de los pacientes con dependencia de cocaína, la TCC parece ser más efectiva que la intervención de doce pasos¹²⁹. Los pacientes con dependencia de cannabis responden satisfactoriamente en algunos casos a la TCC y a la terapia motivacional. Sin embargo, esto no ha podido demostrarse en forma contundente¹³⁰. También se ha sugerido que las intervenciones conductuales en estos pacientes deben ser a través de sesiones cortas, debido a la menor capacidad de atención de los sujetos¹³¹.

¹²⁵ J. Chick et al., "A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse," *Alcohol and Alcoholism* (2000), 35(6):587-93; C.O. Milligan, C. Nich, K.M. Carroll, "Ethnic differences in substance abuse treatment retention, compliance, and outcome from two clinical trials," *Psychiatric Services* (2004), 55(4):167-73..

¹²⁶ J.N. Chappel y R.L. DuPont RL, "Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders," *The Psychiatric Clinics of North America* (1999), 22(2): 425-46.

¹²⁷ BBC, "Peru drug rehabilitation clinic fire kills 14," 5 de mayo, 2012: <http://www.bbc.co.uk/news/world-latin-america-17967855>; G. Moncau, "A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento," *Pensa Livre*, 11 de enero, 2013: <http://oesquema.com.br/penselivre/2013/01/29/a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento.htm>; "Mexico: Left with No Better Option," in *Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation* (New York: Open Society Foundations, 2011).

¹²⁸ Project MATCH Research Group, "Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment," *Journal of Studies on Alcohol* (1998), 59(6):631-9.

¹²⁹ P.M. Maude-Griffin et al., "Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1998), 66(5):832-7.

¹³⁰ C. Denis et al., "Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2006), 3:CD005336.

¹³¹ SAMHSA, at: <http://www.samhsa.gov/>. See also S. Konghom et al., "Treatment for inhalant dependence and abuse," *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2010), 12(CD007537).

Terapia cognitivo-conductual: intervención basada en la teoría del aprendizaje social, que afirma que la conducta de consumo es aprendida, y por lo tanto se puede desaprender mediante la adquisición de aptitudes cognitivas y de comportamientos diferentes.

Terapia motivacional: intervención que alienta a las personas a ver los cambios en su comportamiento a través de un enfoque colaborativo y evocativo que se centre en el individuo y suscite su motivación y compromiso.

Intervención de los doce pasos: modelo de recuperación, basado en el desarrollado originalmente por los grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos.

Medicina individualizada

Uno de los enfoques encaminados al desarrollo de la medicina personalizada es la farmacogenética de los trastornos por uso de sustancias¹³²; es decir, la variabilidad de la manera en que los genes responden al tratamiento. Además de los marcadores biológicos, las características de la personalidad, conducta y ambiente cultural del individuo pueden ser factores predictores de respuesta¹³³. Por ejemplo, después de un seguimiento de tres años, un porcentaje mayor (76,4%) de los sujetos calificados con “alta ira” tratados con terapia motivacional se abstuvo del consumo de alcohol, en comparación con los pacientes que recibieron TCC o el programa de doce pasos (66%)¹³⁴.

Los cuadros del anexo 3 resumen los resultados de meta análisis y ensayos clínicos recientes sobre la respuesta a distintas intervenciones farmacológicas en los sujetos con trastornos por uso de alcohol, cocaína, anfetaminas, cannabis, benzodiazepinas y opiáceos. También se describen las características de los abordajes terapéuticos que han mostrado ser útiles en el tratamiento de estos pacientes.

El beneficio derivado de un tratamiento será mayor en la medida en que sea posible asignar una maniobra determinada que, de acuerdo a las características del individuo y del padecimiento, tenga una mayor probabilidad de éxito. Una mayor comprensión de los distintos mecanismos neurobiológicos y conductuales que subyacen tanto al desarrollo de una adicción, como a la respuesta a las intervenciones terapéuticas y farmacológicas permitirá implementar un tratamiento “ideal” o personalizado para cada sujeto¹³⁵.

¹³² K.E. Hutchison, “Substance use disorders: realizing the promise of pharmacogenomics and personalized medicine,” *Annual Review of Clinical Psychology* (2010), 6:577-89.

¹³³ M. Villanueva, J.S. Tonigan, W.R. Miller, “Response of Native American clients to three treatment methods for alcohol dependence,” *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* (2007), 6(2):41-8.

¹³⁴ Project MATCH Research Group (1998).

¹³⁵ K.E. Hutchison (2010).

Programas de tratamiento en el Hemisferio

Al igual que ocurre con la oferta de servicios de salud en general de la región, la atención que se proporciona a la población afectada por problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas también está segmentada y fragmentada. La oferta de tratamiento para la dependencia de sustancias se ha desarrollado fundamentalmente al margen del sector público, en una red asistencial débilmente conformada, integrada principalmente por establecimientos o unidades no integradas, a cargo de particulares o de organizaciones no gubernamentales o de índole comunitario, donde tienen gran relevancia las asociaciones de carácter religioso.

La oferta pública de servicios, por su parte, está mayoritariamente representada por la red de asistencia en salud mental, y comparte con ella la falta de recursos apropiados, así como las características asilares que predominan en el Hemisferio. Las potenciales violaciones de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios debe ser un tema de preocupación para los Estados Miembros de la OEA.

En la Estrategia sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública, de la OPS, se destacan los siguientes aspectos sobre la oferta de tratamiento:

- Existen obstáculos importantes para la prestación de servicios y a menudo, a los individuos que padecen algún trastorno relacionado con el consumo de sustancias se les dificulta o se le niega la posibilidad de obtener atención médica general y acceso a los servicios.
- Es posible que individuos afectados por problemas relacionados con el consumo de sustancias sean asignados a tratamiento involuntario, sin un procedimiento con las debidas garantías.
- En algunos países del Hemisferio, la oferta de tratamiento solo está disponible en zonas aisladas o en asilos, a veces durante períodos largos, sin evaluación periódica del progreso del paciente.
- Algunos servicios pueden estar ubicados lejos de la comunidad habitual de residencia de la persona o se prohíbe el acceso a visitantes o la participación de la familia.
- Muchas veces, los servicios se prestan sin la supervisión médica necesaria, sin contar con los estándares mínimos de atención o las medidas de seguimiento y evaluación, que garanticen su cumplimiento.
- Muchas veces, el costo del tratamiento debe ser cubierto directamente por el paciente o familiares, en efectivo, haciéndolo inaccesible a la mayoría de las personas que lo necesitan.
- Los grupos de personas sin hogar y otros grupos marginados pueden no tener derecho a recibir los servicios o no tienen acceso a ellos.

- La prevalencia del estigma asociado al consumo de sustancias impide que las personas busquen tratamiento y asistencia, pudiendo forzarlas a recibir servicios de mala calidad, ineficaces o en condiciones que violan sus derechos humanos básicos.

La OMS ha publicado un informe sobre los recursos para la prevención y el tratamiento de los trastornos debidos al consumo de sustancias —conocido como el *ATLAS sobre el consumo de sustancias*— en el que se incluye un análisis regional basado en el cuestionario respondido por veintiún países del Hemisferio.

La mayor parte de los países tiene un número limitado de profesionales y servicios de salud especializados en el consumo de sustancias psicoactivas. La manera más factible de mejorar la cobertura del tratamiento es integrar los servicios de prevención y tratamiento de la drogodependencia a los sistemas de salud y de bienestar social, basados en la atención primaria de salud y en el sistema de justicia penal, para formar la capacidad de los profesionales y no profesionales pertinentes para brindar la atención adecuada. Además, los medicamentos psicotrópicos deben reglamentarse y recetarse de manera adecuada, a fin de reducir considerablemente su uso no terapéutico y aumentar su disponibilidad dónde y cuándo se necesitan.

La OPS está adaptando las recomendaciones y el material didáctico para el tratamiento de los trastornos debidos al uso nocivo del alcohol y las sustancias psicoactivas como un componente de los recursos destinados a otros trastornos prioritarios para la salud mental, de manera que la atención de los trastornos debidos al consumo del alcohol y las sustancias psicoactivas se integre mejor a nivel nacional y se puedan implementar modelos complementarios e innovadores para fortalecer la capacidad de los profesionales de la salud.

En el Hemisferio se ha venido avanzando en la propuesta de modos de organización de servicios de atención, para mejorar la calidad del abordaje de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas. Existen coincidencias en los lineamientos en este sentido, en varios documentos de referencia, entre los cuales se encuentran la Estrategia sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública (OPS, 2010), la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (CICAD, 2010), Principios de Tratamiento para la Dependencia de Drogas (OMS-ONUDD, 2008) y Principios Básicos del Tratamiento y Rehabilitación del Abuso y Dependencia de Drogas en el Hemisferio (CICAD, 2009). Entre los lineamientos que se proponen se encuentran los siguientes:

- Integración del tratamiento a la red general de servicios de salud
- Fortalecimiento de la atención primaria y las intervenciones de base comunitaria
- Protocolos de tratamiento efectivos, basados en la evidencia y evaluados sistemáticamente

- Intervenciones en el marco de la protección de los derechos humanos y el acceso prioritario a servicios para poblaciones más vulnerables
- Fortalecimiento de recursos humanos

En muchos países del Hemisferio existe una carencia de especialistas actualizados en los campos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Además, los profesionales de la salud no cuentan con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar adecuadamente este tipo de problemas. Es importante que los gobiernos inviertan los recursos que se precisan para determinar e identificar el perfil requerido y la cantidad de recursos humanos necesarios en los distintos niveles de intervención, para cubrir la demanda de los programas, de acuerdo con la estrategia asistencial a desarrollar.

La integración del tratamiento de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas al sistema de salud general podría traducirse en una mayor demanda de personal de salud con formación específica para enfrentar dichos problemas y, al mismo tiempo, en una menor demanda de especialistas. La integración y el desarrollo de intervenciones de base comunitaria harán necesaria la redefinición de funciones del equipo de salud en distintos niveles.

En el Hemisferio existen varias iniciativas de capacitación y actualización, frecuentemente sin ninguna o con muy poca coordinación entre ellas, dirigidas a desarrollar las competencias necesarias para las nuevas funciones y responsabilidades del equipo de salud. Estas incluyen entrenamiento a personal que ya está trabajando en los servicios públicos y privados, así como la actualización de estudios universitarios en profesiones relacionadas con la salud.

A inicios de la década de los noventa, la CICAD y la OPS comenzaron conjuntamente a promover en los países miembros la regularización del tratamiento para dependencia de sustancias psicoactivas, a través de la adopción de estándares mínimos de atención. Esta iniciativa contribuyó significativamente a incluir el tema de tratamiento en la agenda pública, recalcando la responsabilidad de los gobiernos en la regulación de estos servicios de tratamiento, brindados por proveedores públicos y privados.

El Mecanismo de Evaluación Multilateral de la OEA reporta en su Quinta Ronda de Evaluación que dos tercios de los países disponen de normas oficiales para regular el funcionamiento de servicios de tratamiento y cuentan con registros de dichos centros. Aunque este aspecto permanece igual que en rondas anteriores, refieren que en algunos países se han expandido los esfuerzos de implementación.

En la mayoría de los países, este esfuerzo es coordinado por los Ministerios de Salud, que son los responsables de la regulación y la vigilancia de su cumplimiento. Asimismo, se observa una actividad constante de capacitación y formación de recursos humanos, pero es imposible determinar desde la información disponible si dichas actividades se traducen en la mejor calidad y

efectividad del tratamiento, dado que esta no es una práctica extendida en el Hemisferio.

Evidentemente, muchos servicios en nuestro Hemisferio han sido prestados por grupos de la sociedad civil que no cuentan con un financiamiento adecuado y no están capacitados de manera suficiente. En años recientes, varios países de Centroamérica, México y del Caribe han lanzado programas piloto para capacitar y certificar a consejeros en materia de tratamiento. Aún no se ha evaluado el alcance general, la eficacia y el impacto a largo plazo de estos programas.

Algunos países carecen de información acerca de los resultados del tratamiento, características del personal y nivel de satisfacción de los usuarios. Esta información, en los pocos casos en que existe, facilita la cooperación horizontal entre países y permite el intercambio de mejores prácticas, adaptables a las características particulares y necesidades de cada población.

Existe una importante brecha entre las necesidades y la oferta de atención de calidad disponible para los problemas por consumo de sustancias. Aunque buena parte de los países del Hemisferio han desarrollado y aprobado estándares de calidad para los servicios, estos no se aplican sistemáticamente ni se han desarrollado sistemas de tratamiento integrados a las redes de salud¹³⁶.

En el Hemisferio se debe aún avanzar hacia la implementación de una oferta de tratamiento basada en criterios de buena práctica¹³⁷. Los servicios de tratamiento deben ser accesibles a todo aquel que los necesite y ofrecidos de manera oportuna, sin discriminación, en un marco de respeto por los derechos humanos, en el encuadre menos restrictivo, con la mayor libertad, seguridad y efectividad posible.

La oferta debe ser sistemática, integrada a la red de salud en los diferentes niveles de complejidad, y privilegiar las intervenciones de base comunitaria con el fin de ofrecer la máxima cobertura e impacto al menor costo. Se deben ofrecer intervenciones con base científica y efectividad probada, que incluyan detección, evaluación, diagnóstico, elaboración de planes individualizados de tratamiento y reintegración social a cargo de personal calificado y monitoreadas sistemáticamente de acuerdo con estándares de calidad.

El sistema de tratamiento debe estar amparado en un marco de políticas y programas que cuenten con la asignación de los recursos necesarios para una implementación auditable, eficiente y efectiva. Los servicios deben basarse en la comunidad, estar ampliamente disponibles en el largo plazo y tomar en consideración las necesidades específicas de atención de las poblaciones altamente vulnerables.

¹³⁶ OEA/CICAD, *Informe Hemisférico, Evaluación del Progreso de Control de Drogas, Quinta Ronda de Evaluación 2011*, Mecanismo de Evaluación Multilateral.

¹³⁷ OMS/ UNODC, "Principles of Drug Dependence Treatment," Documento de reflexión (Marzo 2008); OEA/CICAD, "Principios Básicos del Tratamiento y Rehabilitación del Abuso y Dependencia de Drogas en el Hemisferio (2009); OEA/CICAD, *Guide to the development of treatment systems* (2004).

PARTE 4

RECURSOS PARA RESPONDER AL PROBLEMA

En la presente sección, el foco de análisis se traslada a los recursos con que se cuenta para responder al problema de las adicciones y sus implicaciones sociales y sanitarias. Así, esta parte intenta construir, sobre la base de la información disponible, una visión panorámica respecto de los recursos humanos existentes para responder al problema, así como la infraestructura para el tratamiento y la rehabilitación

Algunos países tienen modelos de atención especializada en adicciones que operan independiente del primer, segundo y tercer nivel de atención. Otros países abordan el problema de una manera más integrada y ubican los recursos dentro del tema de salud mental, ya que es dentro de este capítulo donde están clasificados los trastornos por abuso de sustancias. Ciertamente es deseable que la atención del problema se integre al sistema general de salud y que el primer y segundo nivel de atención identifique y traten a los casos. No parecen existir estudios que analicen las ventajas, desventajas e impacto de los modelos integrados e independientes; se trata de una tarea pendiente para el futuro. Sin embargo, cualquiera que sea el modelo que se siga, la atención de los problemas que tiene la persona enferma en diferentes etapas de la vida debe de ser parte de un tratamiento integral que puede manejarse mediante un sistema efectivo de referencia de pacientes.

Recursos humanos disponibles

Existe una brecha de tratamiento significativa en la atención que reciben los pacientes con abuso o dependencia de alcohol y drogas y los que sufren trastornos mentales. Es decir, una alta proporción de drogodependientes que requieren tratamiento no recibe ningún grado de atención. La brecha se explica por el desbalance entre demanda y oferta de servicios, característica que no es exclusiva de las Américas, sino que se comparte con el resto del mundo. En términos comparativos, la región de las Américas, con 14,8 trabajadores de salud mental por 1.000 habitantes, ocupa una posición intermedia entre las distintas regiones de la OMS, aunque mayor que el promedio mundial de 10,7 /1.000 habitantes.

Al desagregar los recursos humanos por tipo de trabajador, las enfermeras (con especialidad en psiquiatría y generales) representan el recurso profesional

de salud mental más numeroso, tanto a nivel global (5,8 por 1.000 habitantes) como a nivel de las Américas (3,92 por 1.000). Un aspecto a destacar es que siendo la tasa total de trabajadores de las Américas mayor que la tasa mundial, la tasa específica de enfermeras es, sin embargo, 32% más baja que la tasa mundial¹³⁸ (véase el anexo 5)

Al desagregar la situación global se evidencian las desigualdades entre subregiones y entre países. Por ejemplo, la tasa de psiquiatras en América del Sur varía entre 1,06 por 100.000 habitantes en Bolivia y 19,36 / 100.000 en Uruguay. En América Central, el rango varía entre 0,81 por 100.000 habitantes en Honduras y 3,46 / 100.000 en Panamá. Y en el caso del Caribe oscila entre 0,5 por 100.000 habitantes en Guyana y 4,0 / 100.000 en Barbados. En la subregión del Caribe varios países tienen poblaciones inferiores a 100.000 habitantes, lo que implica que las cifras deben ser vistas con precaución.

En relación al personal de enfermería, la tasa por 100.000 habitantes presenta enormes oscilaciones en la región, desde 0,34 en Bolivia hasta 39,8 en Barbados, habida cuenta de la precaución que se debe tener dada la pequeña población. Por otra parte, en los diferentes países la formación de enfermeros y enfermeras puede tener distintos niveles profesionales, desde auxiliar o asistente de enfermería hasta título de licenciatura con grado universitario.

En los países sudamericanos, la tasa de psicólogos es más alta que la de enfermeros. Esto plantea la posibilidad de que los psicólogos reemplacen a los enfermeros en algunas instituciones comunitarias de tratamiento de drogas, dada la escasez de estos últimos¹³⁹ (véase el anexo 5).

Además de la cantidad de profesionales en el área de la salud, también es importante considerar su distribución y accesibilidad. Una manera de aproximarse a estas dimensiones es conociendo las instituciones donde laboran los profesionales de la salud mental. En América del Sur lo más frecuente es que los psiquiatras compartan jornadas en instituciones públicas y privadas¹⁴⁰ (véase el anexo 5).

Con la excepción de Brasil, en el resto de los países de América del Sur los psiquiatras que sólo trabajan en el sector gubernamental representan menos del 50%. Si se considera que en la región los sectores poblacionales más pobres y que, por lo mismo, presentan mayores necesidades de atención, son responsabilidad de las instituciones de gobierno, se evidencia una clara inequidad debido a una menor probabilidad de acceso a atención de estos sectores. Los recursos humanos se concentran predominantemente en las capitales y áreas urbanas de los países. Si estas desigualdades se miran desde una perspectiva global de salud mental, podría indicarse que en este ámbito también se cumple el principio de la relación inversa entre la oferta de servicios de salud y las necesidades de la población. Sin embargo, dada la mayor

¹³⁸ Informes IESM de la Organización Mundial de la Salud: América del Sur, Caribe y Centroamérica y República Dominicana.

¹³⁹ Informe IESM - Organización Mundial de la Salud: América del Sur.26.

¹⁴⁰ Ibid.

prevalencia del problema de drogas en zonas urbanas, la mayor concentración de recursos en estas zonas podría ser positiva¹⁴¹ (véase el anexo 5).

Infraestructura para el tratamiento y la rehabilitación

En los países del Hemisferio existen importantes variaciones en la manera en que se organizan los servicios de salud mental. Dentro de los establecimientos que ofrecen el servicio se encuentran hospitales psiquiátricos, unidades ambulatorias de salud mental, hospitales de día, servicios psiquiátricos en hospitales generales, establecimientos residenciales y centros de atención diurna. La información disponible sobre este rubro es escasa.

En varios países del Caribe, debido al reducido tamaño de sus poblaciones, no existen hospitales psiquiátricos. En América del Sur, se cuenta con hospitales que sirven como residencias más que como centros asistenciales¹⁴². La atención hospitalaria de psiquiatría se ofrece también mediante camas psiquiátricas en hospitales generales. Este es el caso de algunos países del Caribe, como Dominica y San Cristóbal y Nieves.

Los hogares y residencias comunitarias son parte de la oferta asistencial. La información sobre esta modalidad, sin embargo, es escasa. Hay países —por ejemplo, Ecuador, Perú, Uruguay y Bolivia— que no informan de ella al reportar los resultados de la aplicación del instrumento de evaluación de servicios de salud mental, lo que quizás se asocie con la inexistencia de este tipo de servicio de rehabilitación.

En los países que informan sobre estas modalidades de atención, las instituciones cumplen un importante papel en la organización de los servicios. Respecto de los centros de atención diurna, en los países de la región se observan dos modalidades: una orientada a la atención curativa y otra a la rehabilitación.

El rol de las ONG es muy relevante, pues en muchos casos son los prestadores más importantes, e incluso únicos, de servicios de rehabilitación. En Brasil y Chile esta modalidad de atención se ha estado expandiendo, con plazas que alcanzan a 2,1 por 100.000 habitantes en Brasil y a 5,0 por 100.000 en Chile. En este último país, del total de hogares y residencias protegidas, 65% son administradas por ONG y 22% por familiares. En el caso de Paraguay, la totalidad de las plazas (1,1 por 100.000 habitantes) son administradas por una entidad religiosa.

El Cuadro 4 muestra las tasas de camas psiquiátricas por población de algunos países de América del Sur, así como información específica respecto de servicios para personas con problemas de abuso de sustancias. Puede constatar que la información respecto de plazas para tratamiento de personas con este problema es bastante escasa. Es muy probable que en los países no

¹⁴¹ Informe IESM - Organización Mundial de la Salud: América del Sur, OMS 2009.

¹⁴² Ibid.

existan sistemas que recojan regularmente este tipo de información (véase el anexo 5).

En general, los datos disponibles sobre recursos para atención de salud mental y, dentro de esto, para atención de personas con adicciones, están basados en información suministrada por el sector público, lo que incluye a los Ministerios de Salud e instituciones de la seguridad social. La información disponible en la mayoría de los países no considera información del sector privado. Lo anterior representa una importante limitación, pues el sector privado, con y sin fines lucrativos, tiene un papel importante como prestador de servicios en los distintos niveles de atención. A modo de ejemplo, en Chile, el número de camas en los hospitales generales del sector público destinadas a atención de salud mental es de solamente 397, es decir, menos de la mitad de la oferta de clínicas (hospitales) privadas, donde el número asciende a 886 camas.

En resumen, los recursos humanos y de infraestructura disponibles para atención de salud mental en general —y para personas con problemas de abuso de sustancias en particular— son claramente insuficientes. Este desbalance entre necesidad y oferta asistencial se traduce en importantes brechas en el tratamiento de los pacientes con trastornos por uso de sustancias, como ocurre en Brasil y Chile, cuya brecha alcanza a 53,3 y 84,6%, respectivamente. Y en toda la región, las brechas serían mayores aun si todas las personas que necesitan tratamiento lo demandaran.

Capacidad para la investigación y la evaluación

El tema de la evaluación y la rendición de cuentas es un eje de desarrollo relativamente reciente en políticas de salud. La incorporación de la investigación respecto de la manera de organizar y financiar los servicios de salud es aún más reciente, pues fue en la primera década del siglo XXI que se identificó como un eje de las políticas¹⁴³.

En el año 2000, la OPS/OMS inició la evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las Américas, cuyos resultados fueron publicados en 2004. Una de las funciones de la autoridad sanitaria nacional cuyo desempeño se evaluó fue la investigación, el desarrollo y la implementación de soluciones innovadoras en salud pública. En toda la región de las Américas esta función obtuvo la peor evaluación después de la función de garantizar la calidad de servicios de salud individuales y colectivos.

Uno de los aspectos que conspira contra el fortalecimiento de la evaluación en materia de salud mental y drogas es la debilidad de los sistemas de información. La aplicación del instrumento de evaluación de sistemas de salud mental de la OMS (IESM-OMS) en los países de la región evidenció que la

¹⁴³ N. Fulop et al., "Issues in studying the organisation and delivery of health services," en N. Fulop et al. (Eds.), *Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research methods* (Londres y Nueva York: Routledge, 2001).

información que se envía desde los niveles descentralizados a los niveles centrales es parcial. La mayor parte de esta información corresponde a la enviada por los hospitales psiquiátricos, siendo menor la proporción que es enviada desde los hospitales generales y menor aun la que proviene de los servicios ambulatorios, con la excepción del Caribe, donde se reporta que el 80% de las unidades ambulatorias entrega información a las autoridades de salud del nivel central. En América Central, sólo un 56,5% de las unidades de psiquiatría en hospitales generales transmiten la información a los niveles centrales. Por lo tanto, se concluye que el sistema de información en salud mental es deficitario y requiere urgente atención para poder mejorarlo.

Drogas de Abuso: Clasificación y efectos ⁽¹⁾

Sustancia	Clasificación por su efecto en el cerebro	Vía de administración	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
Marihuana <i>Cannabis sativa</i> , componente activo delta-9-tetrahidrocannabinol o THC. Su forma más concentrada se llama hachís.	Depresor del SNC /alucinógeno	Inhalación Vía Oral	- Distorción de la percepción sensorial - Leve sensación de euforia y desinhibición - Enrojecimiento de la conjuntiva - Alteración de la memoria a corto plazo, de la atención, la orientación y la coordinación viso – motora. - En algunos individuos ansiedad, crisis de angustia, síntomas psicóticos transitorios - Aumento de la frecuencia cardiaca y disminución de la presión arterial	- Dependencia - Síndrome amotivacional - Deficiencia inmunológica - Disminución de la fertilidad - Incrementa el riesgo de padecer ansiedad y depresión - Problemas respiratorios e incrementa el riesgo de cáncer - Durante la adolescencia: - Riesgo de decremento de habilidades cognitivas, esquizofrenia, depresión y ansiedad en etapas posteriores de la vida - Dependencia - Ansiedad, irritabilidad - Puede ocasionar ataques de pánico y síntomas psicóticos - Problemas en las vías respiratorias, reacciones alérgicas y riesgo de infecciones (vía intravenosa) - Pérdida de peso y desnutrición - Complicaciones graves: - Accidentes cerebro-vasculares e infartos, gangrena en vía digestiva, muerte - Durante el embarazo: - Daños al producto: Bajo peso, parto prematuro, alteraciones en el desarrollo psicomotriz, etc.
Cocaína Sal de clorhidrato (polvo) ; Crack (roca de cristal) Pasta base	Estimulante de SNC	Inhalación o aspirada vía nasal Vía intravenosa	- Sensación de euforia, aumento de energía, irritabilidad, ansiedad y paranoia. - Incremento de la temperatura corporal, ritmo cardiaco y presión arterial - Disminución del apetito y sueño - En altas dosis: - Puede provocar conducta errática y violenta - Riesgo de falla respiratoria, convulsiones, dolor abdominal, náuseas, complicaciones gastrointestinales y muerte súbita	- Tolerancia, cambios drásticos en la percepción - Desorientación, confusión y alteraciones en la memoria - Síntomas psicóticos - Puede ocasionar síndrome amotivacional - Dependencia - Dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria y problemas de aprendizaje - Ansiedad, alucinaciones, disgregación del pensamiento - Trastornos respiratorios (Rinitis, bronquitis crónica) - Complicaciones graves: - Daño cerebral y en la médula ósea, pérdida de la audición y neuropatía óptica, muerte - Durante el embarazo: - Daños al producto: Síndrome de disolvente fetal (microcefalia, retardo en el crecimiento, aprendizaje, lenguaje y coordinación motora) - Dependencia - Confusión, depresión, dificultad para dormir y ansiedad - Dificultad para ejecutar tareas cognitivas - Complicaciones graves: - Se asocia con muerte por infarto al miocardio
Alucinógenos (LSD, peyote, PCP, psicocibina)	Acción sobre el sistema serotoninérgico (involucrado en la regulación del estado de ánimo, función motriz, percepción, sensorial, control de la temperatura, apetito, etc)	Vía Oral Tópico	En función de la cantidad y tipo de sustancia: - Sinestesias - Oscilaciones afectivas - Dilatación pupilar - Alucinaciones, delirios, pánico - Incremento de la temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial - Síntomas similares a la intoxicación alcohólica: - Desinhibición, sensación de euforia, problemas en el habla, fallas en la atención y la coordinación motriz) - Pérdida del apetito, náuseas y vómitos - Complicaciones graves: - Pérdida de la conciencia, muerte súbita por arritmia o asfixia	- Dependencia - Dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria y problemas de aprendizaje - Ansiedad, alucinaciones, disgregación del pensamiento - Trastornos respiratorios (Rinitis, bronquitis crónica) - Complicaciones graves: - Daño cerebral y en la médula ósea, pérdida de la audición y neuropatía óptica, muerte - Durante el embarazo: - Daños al producto: Síndrome de disolvente fetal (microcefalia, retardo en el crecimiento, aprendizaje, lenguaje y coordinación motora) - Dependencia - Confusión, depresión, dificultad para dormir y ansiedad - Dificultad para ejecutar tareas cognitivas - Complicaciones graves: - Se asocia con muerte por infarto al miocardio
Inhalables (Sustancias volátiles, como aerosoles, disolventes, nitratos y solventes)	Depresores del SNC	Inhalación	- Euforia, sensación de incremento en las capacidades mentales, mental, incremento en la percepción sensorial y en la energía - Náusea, escalofríos, sudoración, calambres musculares y visión borrosa. - Dificultad para regular la temperatura corporal, incremento de la frecuencia cardiaca y de presión arterial - Complicaciones graves: - Hipertermia, convulsiones, daño cerebral	- Dependencia - Dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria y problemas de aprendizaje - Ansiedad, alucinaciones, disgregación del pensamiento - Trastornos respiratorios (Rinitis, bronquitis crónica) - Complicaciones graves: - Daño cerebral y en la médula ósea, pérdida de la audición y neuropatía óptica, muerte - Durante el embarazo: - Daños al producto: Síndrome de disolvente fetal (microcefalia, retardo en el crecimiento, aprendizaje, lenguaje y coordinación motora) - Dependencia - Confusión, depresión, dificultad para dormir y ansiedad - Dificultad para ejecutar tareas cognitivas - Complicaciones graves: - Se asocia con muerte por infarto al miocardio
MDMA (éxtasis, tachas)	Estimulante del sistema nervioso central; acción sobre el sistema serotoninérgico.	Vía Oral	- Euforia, sensación de incremento en las capacidades mentales, mental, incremento en la percepción sensorial y en la energía - Náusea, escalofríos, sudoración, calambres musculares y visión borrosa. - Dificultad para regular la temperatura corporal, incremento de la frecuencia cardiaca y de presión arterial - Complicaciones graves: - Hipertermia, convulsiones, daño cerebral	- Dependencia - Dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria y problemas de aprendizaje - Ansiedad, alucinaciones, disgregación del pensamiento - Trastornos respiratorios (Rinitis, bronquitis crónica) - Complicaciones graves: - Daño cerebral y en la médula ósea, pérdida de la audición y neuropatía óptica, muerte - Durante el embarazo: - Daños al producto: Síndrome de disolvente fetal (microcefalia, retardo en el crecimiento, aprendizaje, lenguaje y coordinación motora) - Dependencia - Confusión, depresión, dificultad para dormir y ansiedad - Dificultad para ejecutar tareas cognitivas - Complicaciones graves: - Se asocia con muerte por infarto al miocardio

Sustancia	Clasificación por su efecto en el cerebro	Vía de administración	Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
Metanfetaminas cristal, crank, /ce o vidrio	Estimulante del sistema nervioso central; acción sobre distintos neurotransmisores (dopamina, norepinefrina y serotonina)	Vía intravenosa Inhalada vía nasal Vía Oral	- Euforia intensa "rush", incremento en la energía y en el estado de alerta - Confusión, ansiedad, conducta suspicaz y violenta - Dosis altas: - Arritmias, convulsiones, hipertermia	- Dependencia - Insomnio y pérdida del apetito - Hipertensión - Problemas dentales - Vía intravenosa: - Riesgo de contagio de VIH y Virus de Hepatitis C
Opiáceos Derivados de la planta amapola (morfina, heroína, meperidina y codeína)	Depresor del SNC	Vía Intravenosa Vía Oral Sublingüea Sublingual Inhalada Vía rectal e intranasal	- Inicialmente sensación intensa de bienestar - Somnolencia, sedación, confusión e indiferencia al entorno - Sequead bucal, enrojecimiento y incremento en la temperatura de la piel, miosis - Disminución de la función intestinal, de la frecuencia respiratoria y de la presión arterial (al ponerse de pie) - En altas dosis: - Muerte	- Dependencia - Problemas cardíacos, renales, hepáticos y pulmonares - Disminución de la función inmunológica - Abortos espontáneos - Vía intravenosa: - Riesgo de contagio de VIH y Virus de Hepatitis C
Alcohol	Depresor del Sistema Nervioso Central	Vía Oral	- Dependiendo del nivel en sangre (y de la tolerancia del individuo): - Euforia, desinhibición - Irritabilidad, agitación, somnolencia, cefalea, alteraciones en el habla y la coordinación, náusea y vómito - Lenguaje incoherente, disminución del tono muscular y del nivel de conciencia (estupor o coma) - Paro cardío respiratorio y muerte	- Dependencia - Desnutrición - Problemas cardíacos (cardiomiopatía) e hipertensión arterial - Cirrosis - Pérdida de la memoria (demencia) - Deficiencia del sistema inmune - Incrementa el riesgo de cáncer (hígado, vía digestiva) - Durante el embarazo: - Alteraciones en el producto: Síndrome alcohólico fetal (microcefalia, retraso psicomotriz, retraso mental, etc.)
Tabaco	Estimulante del Sistema Nervioso Central	Inhalación Vía Oral	- Incremento en la atención, disminución de la ansiedad, sensación de placer - Incremento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria	- Dependencia - Disminución en el gusto y el olfato - Enfisema - Infartos y eventos vasculares cerebrales - Incremento significativo en el riesgo de cáncer (pulmón, boca, páncreas, vejiga, etc.) - Durante el embarazo: - Daños al producto: Retraso del crecimiento, bajo peso, muerte súbita del neonato, problemas de aprendizaje y de la conducta
Medicamentos de prescripción Opiáceos: hidrocodona, oxicodona, propoxifeno, hidromorfona, meperidina, difenoxilato Dextrometorfano (presente en los jarabes para la tos) Barbitúricos y Benzodiacepinas: diazepam, alprazolam, clonazepam, etc.	Opiáceos, Barbitúricos y Benzodiacepinas: Depresores del Sistema Nervioso Central Dextrometorfano: Inhibidor Sistema Nervioso Central (modifica la síntesis de taquicinas, y actúa sobre receptores a glutamato, en el centro del sistema nervioso central que regula el reflejo de la tos,) Anfetaminas y derivados: Estimulantes del Sistema Nervioso Central	Opiáceos y benzodiacepinas: Vía Oral Vía Intravenosa Barbitúricos (pentobarbital): Vía intravenosa Anfetaminas y derivados Dextrometorfano Vía Oral	<i>Nota: Los efectos de los medicamentos del prescripción se relacionan con consumo en dosis o periodos mayores y/o fuera de un ámbito clínico que justifique su empleo.</i> Opiáceos - Ver Apartado de opiáceos - Muerte por sobredosis Anfetaminas y derivados: - Ver apartado de metanfetaminas Benzodiacepinas y barbitúricos: - Efectos similares a la intoxicación por alcohol - Disminución de la presión arterial - Muerte por sobredosis (en el caso de los barbitúricos, en el caso de las benzodiacepinas se requieren dosis extremadamente altas...)	Opiáceos - Ver Apartado de opiáceos Anfetaminas y derivados: - Ver apartado de metanfetaminas Benzodiacepinas y barbitúricos: - Dependencia - Alteraciones en la memoria Dextrometorfano: - Insomnio, fatiga - Alteraciones en la memoria, ansiedad, síntomas psicóticos - Daño hepático

<p>Anfetaminas y derivados: Dextroanfetamina metilfenidato anfetaminas</p>			<p>Dextrometorfano: - Inquietud, euforia, alucinaciones - Confusión, somnolencia - Vómito, dolor estomacal</p> <p>Dosis Altas: - Taquicardia, dificultad respiratoria Convulsiones, pérdida del estado de alerta, muerte</p>	
---	--	--	---	--

1.

www.drugabuse.gov.

Programas preventivos

Programa	Eficacia	Estudios que sustentan su eficacia	Países donde se realizaron los estudios	Comentarios
ESCOLARES				
Life Skill Program y otros programas escolares basados en el desarrollo de aptitudes sociales y para la vida	Evidencia de eficacia para: Disminuir la frecuencia de intoxicación con alcohol y de "binge drinking" Disminución en el uso de cannabis y también en el uso de otras drogas	1 Meta – análisis consumo de alcohol en menores de 18 años 2 Consumo de sustancias ilícitas en menores de 18 años (Babor T, 2010; Faggiano F, 2008; Foxcroft DR, 2011)	Los meta – análisis incluyen estudios realizados en E.U.A y Canadá	Los programas basados en el desarrollo de habilidades sociales disminuyen entre 1 y 23% la probabilidad de consumir cannabis y disminuyen entre 34% y 85% la probabilidad de consumir otras drogas (tras un seguimiento de 5 a 7 años) Para la prevención del uso peligroso de alcohol son más efectivos los programas con objetivos generales (intervenciones dirigidas también a disminuir el consumo de drogas y las conductas antisociales)
Modificaciones de la gestión en el aula y en el entorno escolar "Good Behavior Game"	Disminución en el uso de cannabis y otras drogas.	1 Meta – Análisis Consumo de drogas ilícitas en menores de 18 años (comparado con otros modelos) Datos derivados de un ensayo – clínico controlado y una cohorte de replicación (Faggiano F, 2008; Kellam S, 2011; Poduska JM, 2008)	Ensayo clínico desarrollado en E.U.A El meta – análisis incluye estudios realizados en Estados Unidos y Canadá.	En un estudio el "Good Behavior Game" redujo el uso indebido de drogas a los largo de la vida en hasta 50% en los varones 14 años. Menor uso de servicios de salud (en general) en los varones llegados a los 19 – 21 años. Especialmente efectivo en niños identificados como agresivos. No efectivo en el caso de las niñas.
Programas basados sólo en la difusión de información en el aula y Educación afectiva	No han mostrado ser efectivos para reducir el consumo de alcohol y drogas	1 Meta – análisis Consumo de drogas ilícitas en menores de 18 años 1 Meta – análisis Consumo de alcohol en menores de 18 años (comparan programas basados en difusión y educación afectiva vs. otros tipos programas escolares) (Faggiano F, 2008; Foxcroft DR, 2011)	Incluye estudios realizados en Estados Unidos	Pocos estudios bien controlados
Programas basados en incentivos para reducir el consumo de drogas en adolescentes	Han mostrado ser efectivos para reducir el consumo de tabaco en adolescentes	1 Meta- análisis en menores de 18 años(solo 5 estudios) (Johnston V, 2009)	EUA (1 estudio)	Poca información, existe evidencia pero es necesario replicar los resultados.

D.A.R.E (Drug Abuse Resistance Education)	No ha mostrado efectividad para reducir el consumo de alcohol, drogas y tabaco	3 Meta – análisis, consumo de alcohol, drogas ilícitas y tabaco en menores de 18 años (Faggiano F, 2008; Foxcroft DR, 2011; West SL, 2004)	Dos de los meta – análisis incluyen estudios realizados en Estados Unidos y Canadá; Un meta – análisis incluye estudios en EUA	El programa ha llegado a ser adoptado (en algunos aún continúa vigente) en varios países de América y el Caribe (incluyendo Canadá, Costa Rica, el Salvador, México, Chile, Nicaragua, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, las Islas Caimán, Granada, Honduras, las Islas Vírgenes, Panamá, San Vicente y las granadinas, Monserrat, Barbados, Brasil, Colombia, Guatemala, República Dominicana, San Cristóbal y Nieve y Puerto Rico)
Tamizaje aleatorio del consumo de drogas	No ha mostrado efectividad	2 Estudios (Yamaguchi R, 2003; Kern J, 2006; McKeganey N, 2005)	EUA	No hay pruebas que respalde su efectividad, sin embargo el programa ha sido adoptado en varias escuelas
Programas de prevención “de normas sociales” para el consumo de alcohol en estudiantes universitarios	Evidencia de efectividad a acorto y mediano plazo para disminuir el consumo peligroso de alcohol	1 Meta – análisis Moreira MT, 2009	EUA	Evidencia de que los programas de prevención “de normas sociales” administrados cara – cara o vía Internet son efectivos, aunque el efecto se pierde a largo plazo
Programas basados en entrevistas motivacionales	Evidencia de efectividad para disminuir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios	1 Meta – análisis Babor T, 2010	EUA	Los resultados son mejores si se combinan con otras maniobras, como retroalimentación personal y “normas sociales”
Programa	Eficacia	Estudios que sustentan su eficacia	Países donde se realizaron los estudios	Comentarios
PROGRAMAS BASADOS EN INTERVENCIONES FAMILIARES Y COMUNITARIAS				
	Algunos de los programas han mostrado ser efectivos para disminuir el consumo de alcohol, tabaco y drogas	2 Meta – análisis, consumo de alcohol, drogas ilícitas y tabaco en menores de 18 años 1 Meta – análisis Consumo de alcohol en menores de 18 años (Gates S, 2006; Petrie J, 2007; Foxcroft D 2011)	En los meta- análisis se incluyen estudios realizados en E.UA y 1 estudio realizado en Chile	Resultados positivos para prevenir el uso de tabaco, alcohol y cannabis con en los programas orientados a las habilidades de porcentaje: SPF (Iowa Strengthening Families Programme) y PDFY (Preparing For The Drug Free Years) Resultados positivos a largo plazo del Programa Universal de Fortalecimiento de las Familias (niños de 10 a 14 años de edad). Evidencia de costo – efectividad. Otros programas para la familia y/los padres no han sido evaluados en forma tan positiva.
Programas de múltiples componentes	No han mostrado efectividad	1 Meta – análisis consumo de alcohol en menores de 18	Estudios realizados en E.U.A	La magnitud de los efectos tiende a ser pequeña o insignificante.

		años 1 Estudio para prevención/reducción en el uso de tabaco 3 Estudios para prevención/reducción en el uso de tabaco, alcohol, drogas (Biglan A, 2000; Flay RB, 2004; Foxcroft DR, 2011; Schinke SP, 2000; Perry CL, 2003)			
Programa	Eficacia	Estudios que sustentan su eficacia	Países donde se realizaron los estudios	Comentarios	
MEDIOS DE DIFUSIÓN Y MERCADEREO SOCIAL BASADOS					
Medios de Difusión	No ha mostrado efectividad	2 Reportes (Hawks D, 2002; Orwin R, 2004;	EUA	Pocas evaluaciones científicas de gran calidad. Puede concluirse que el uso exclusivo de los medios de difusión no previene ni reduce el consumo de sustancias	
Mercadeo Social	Evidencia de efectividad para disminuir el consumo de cannabis	1 Estudio (Slater MD, 2006	EUA	Un solo estudio Una intervención de mercadeo social logró disminuir la probabilidad de iniciar el consumo de marihuana entre 10% y 72% a dos años de la intervención.	
Programa	Eficacia	Estudios que sustentan su eficacia	Países donde se realizaron los estudios	Comentarios	
TAMIZAJE INTERVENCIÓN BREVE					
Tamizaje e intervención breve para disminuir el consumo de alcohol y drogas	Evidencia de efectividad para disminuir el consumo de alcohol y drogas Evidencia moderada sobre su eficacia para disminuir daños asociados al consumo de alcohol	2 Meta – análisis Consumo de alcohol 1 Meta – análisis consumo de drogas Estudios para disminución del consumo de alcohol y drogas	EUA, Canadá (Meta – análisis) Estudios: E.U.A, Brasil, Colombia, México	Efectivo para reducir el consumo peligroso de alcohol en pacientes que acudieron a un servicio de primer nivel por motivos no relacionados con el consumo de alcohol sometidos (usuarios del sexo masculino) Otros estudios que analizan el empleo de intervenciones breves en usuarios de alcohol y drogas confirman que este tipo de abordaje es efectivo. En un estudio multicéntrico (que incluyó a Brasil y E.U.A) se empleó instrumento de tamizaje conocido como ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) seguido de	

			1 Meta – análisis impacto sobre daños secundarios al consumo de alcohol (accidentes fatales y no fatales, lesiones por violencia) (Vasilaki EI, 2006; Alarcón LF, 2008; MLS-G, 2011; De-Micheli D, 2004; Martínez-Martínez, 2008; Dinh-Zarr TB, 2009)		intervención breve, evidencia de eficacia del modelo en Brasil. Otros modelos de intervención breve han mostrado ser útiles en distintos países de América Evidencia moderada del impacto de sobre daños secundarios al consumo de alcohol.
REDUCCIÓN DE DAÑOS					
Mantenimiento con metadona para los usuarios de drogas intravenosas (opiáceos)	Evidencia de que logra reducir las conductas de riesgo para transmisión de VIH/VHC, la seroconversión y la muerte por sobre dosis	Meta – revisión 2 Meta – Análisis Revisión de evidencia (Amato L, 2005; Gowing L, 2011 Macarthur GJ, 2012; Rhodes T, 2010)	Los meta – análisis, la meta revisión y la revisión de la evidencia incluyen estudios realizados en EUA y Canadá		Efecto relacionado con la dosis Evidencia de ser una intervención Costo - Efectiva Programas de sustitución en otros países de América (Brasil, Argentina), cuyo impacto está siendo valorado. Mejores resultados se acompañan de intervenciones psicosociales. Asociado a una disminución en las conductas de riesgo, pero no posible asegurar que disminuya la transmisión de VIH
Programa	Eficacia	Estudios que sustentan su eficacia	Países donde se realizaron los estudios		Comentarios
REDUCCIÓN DE DAÑOS					
Intercambio de jeringas o acceso a jeringas estériles en máquinas dispensadoras/farmacias Administración supervisada de drogas	Evidencia de los programas de intercambio de jeringas para la disminución de conductas de riesgo Respecto a los programas que permiten el acceso de jeringas estériles en farmacias o en máquinas dispensadoras, los programas en prisiones y la administración vigilada, el número y metodología de los estudios realizados no proveen la suficiente evidencia para conocer su efectividad	Revisión de la evidencia (Rhodes T, 2010; Committee on the Prevention of-HIV Infection Among Injecting Drug Users in High Risk Countries, 2006)	Algunos de los estudios incluidos en la revisión de la evidencia se han realizado en EUA y Canadá. Estudios en curso en Brasil (Domanico A, 2012)		El intercambio de agujas puede reducir las conductas de riesgo asociadas a la transmisión de VIH No puede afirmarse aún que esta intervención disminuya la seroconversión por VIH y las infecciones por VHC. El intercambio de agujas no aumenta el inicio del uso de drogas por vía intravenosa Estos programas nunca han sido sometidos a un ensayo clínico aleatorizado.
Programas para la reducción de daños en usuarios de crack	No hay evidencia que indique que estos programas son efectivos	1 Estudio (Malchy LA, 2011)	Canadá		Muy poca información Los datos indican que los equipos que se proporcionan a los usuarios de crack no disminuyen las conductas de riesgo (empleo de equipos contaminados, conductas sexuales de riesgo)

Prevenición de incidentes violentos relacionados con el consumo de alcohol mediante el entrenamiento del personal de los bares	Nivel de evidencia moderado	Revisión de la evidencia (Babor T, 2010)	Revisión de la evidencia: Estudios realizados en EUA	El entrenamiento del personal de los bares par manejar situaciones potencialmente peligrosas puede contribuir a que existan menos eventos de agresión física en sujetos en estado de ebriedad
Programas de revisión aleatoria de los niveles de alcohol en conductores y suspensión de la licencia	La evidencia apoya que estos programas son útiles para la reducción de daños (el más eficaz es la revisión aleatoria de los niveles de alcohol)	Revisión de la evidencia (Babor T, 2010)	Revisión de la evidencia: Estudios realizados en EUA, Canadá	Existe evidencia suficiente para afirmar que los puntos que la revisión aleatoria de los niveles de alcohol en los conductores disminuye los accidentes automovilísticos asociados con el alcohol. El fijar el umbral en niveles más bajos también es una maniobra útil, sobre todo en los conductores jóvenes.
Programa	Eficacia	Estudios que sustentan su eficacia	Países donde se realizaron los estudios	Comentarios
INTERVENCIONES ORIENTADAS A DISMINUIR LA DISPONIBILIDAD FÍSICA Y ECONÓMICA				
Incremento en el precio del alcohol	La evidencia apoya efectividad de la maniobra para reducir el consumo del alcohol y los daños asociados. Intervención costo - efectiva	Revisión de la evidencia Estudio costo – efectividad (Babor T, 2010; Medina-Mora M E, 2010)	Revisión de la evidencia: Estudios realizados en EUA Evidencia de costo efectividad en México.	Existe evidencia suficiente para afirmar que el incremento en el costo es una intervención efectiva y eficaz para disminuir el consumo de alcohol y los daños asociados.
Restricción de la venta de tabaco a menores de edad mediante la supervisión de los locales.	Evidencia de un mayor apego de los locales a la restricción de la venta a menores No hay evidencia contundente sobre el impacto en el consumo de tabaco por menores de edad	1 Meta – análisis (Stead LF, 2005)	El Meta – Análisis incluye EUA y Canadá	Las vigilancia y supervisión de los negocios que venden tabaco resulta eficaz para lograr que un mayor número de establecimientos se apege a esta medida Sin embargo no existen datos que apoyen que esta intervención deriva en un menor acceso de los menores al tabaco
Restricción del consumo de tabaco en lugares públicos	Evidencia de efectividad (disminución en el número de fumadores en lugares públicos, evidencia de menor admisión de sujetos a unidades de ciudades intensivos)	1Meta – análisis (Callinan JE, 2010)	El meta – análisis incluye estudios realizados en EUA	Evidencia de efectividad sobre todo en los programas integrales en instituciones públicas (que además de la prohibición de fumar incluyen diseminación de la información y tratamiento para el tabaquismo) Mejoría en indicadores de salud (autoreporte e ingreso a unidades de cuidados intensivos) Existen datos que sugieren una tendencia a la baja en el número de fumadores activos

Anexo 3

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Síndrome de abstinencia a alcohol.

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamiento con Gamma hidroxibutirato (GHB)	Meta – análisis 13 ensayos clínicos controlados ⁽¹⁾ .	Incidencia de síndrome de abstinencia durante la desintoxicación Abstinencia	Más eficaz que naloxona y disulfiram para mantener la abstinencia. Eficaz para prevenir síndrome de abstinencia (equivalente a la eficacia de las benzodiazepinas).	Aunque es un tratamiento eficaz, existe cautela respecto a su uso debido al riesgo de abuso de la sustancia.
Distintos tratamientos farmacológicos (benzodiazepinas BZD, anticonvulsivos, GHB, baclofén)	Meta – Análisis 114 estudios controlados (placebo o control activo) ⁽²⁾ .	Crisis convulsivas, delirium, intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia	Comparadas con placebo las BZD fueron significativamente más efectivas para prevenir las crisis convulsivas. No se alcanzaron diferencias significativas al comparar entre sí a los fármacos, aún que los resultados con clordiazepóxido fueron los más favorables.	Los resultados indican que las BZD son el tratamiento más efectivo para evitar las crisis convulsivas. La calidad de la evidencia en este sentido se considera moderada.
Tratamientos con benzodiazepinas (BZD)	Meta- análisis 64 estudios controlados (placebo o control activo) ⁽³⁾ .	Crisis convulsivas, delirium, intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia.	Las benzodiazepinas ejercen un efecto protector contra los síntomas de abstinencia (respecto placebo). Tendencia a la significancia al compararse con otros fármacos.	La adición de BZD a otro medicamento no resultó en diferencias significativas. Respecto al perfil de cada fármaco, los mejores resultados se obtuvieron con el clordiazepóxido.
Tratamientos con anticonvulsivantes	Meta- análisis 56 estudios controlados (placebo o control activo) ⁽⁴⁾ .	Crisis convulsivas, delirium, intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia.	Al comparar los anticonvulsivantes con placebo no se encontraron diferencias. Superioridad respecto al lorazepam y oxacepam para disminuir la intensidad de los síntomas de abstinencia.	No existe evidencia suficiente que apoye la superioridad del tratamiento con anticonvulsivantes en el SAA, aunque la carbamazepina podría ser más eficaz que algunas benzodiazepinas.
Tratamientos con baclofén	1 ensayo clínico controlado ⁽⁵⁾ .	Crisis convulsivas, delirium, intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia.	Se reporta que los pacientes tratados con baclofén requirieron menores dosis de benzodiazepinas para controlar síntomas de abstinencia.	Evidencia insuficiente para evaluar la utilidad del baclofén en SSA

Dependencia a etanol

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamiento con naltrexona	Meta – análisis 50 ensayos clínicos controlados (vs. placebo o control activo) ⁽⁶⁾ .	Consumo intenso de alcohol Número de días de consumo Cantidad de alcohol consumido Abstinencia	Eficaz para disminuir el riesgo de consumo intenso y el número de días de consumo	El tratamiento no se asoció a una mayor abstinencia (aunque los resultados si muestran tendencia a una diferencia significativa)
Tratamiento con acamprosato	Meta – análisis 24 ensayos controlados (vs. placebo o control activo) ⁽⁷⁾	Consumo Tiempo en abstinencia	Eficaz para disminuir el riesgo de consumo intenso y e incrementar el tiempo de abstinencia	Aunque el tamaño del efecto es moderado, este es de utilidad clínica debido a que son escasas las opciones de tratamiento. El efecto adverso reportado con más frecuencia es diarrea.

Tratamiento con disulfiram	Meta – análisis 24 ensayos (no controlados o controlados con placebo o control activo)(8).	Consumo de alcohol Tiempo en abstinencia	Eficaz para mantener la abstinencia a corto plazo, al compararse con otros tratamientos y placebo.	La calidad de la evidencia se considera moderada. La mayoría de los estudios son de corto seguimiento. Aparentemente tienen un mejor efecto en los primeros meses después de la desintoxicación
----------------------------	---	---	--	---

Dependencia a cocaína

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamiento con estimulantes (metilfenidato, derivados anfetamínicos, modafinil, selegilina)	Meta – análisis 16 ensayos clínicos controlados (9).	Abstinencia Permanencia en tratamiento	Resultados contradictorios. No se establece una conclusión respecto a su eficacia. Posible efecto de algunos medicamentos (bupropión, derivados anfetamínicos)	El tratamiento con estimulantes no se asoció a una mayor retención de pacientes en tratamiento ni a mayor abstinencia (aunque en esta variable se encontró una tendencia a la significancia)
Tratamiento con agonistas a dopamina (levodopa/carvidopa, amantadita, bromocriptina)	Meta – análisis 23 ensayos clínicos (agonista dopa c/s intervención psicosocial vs. no TX o placebo u otro tratamiento activo)(10).	Abstinencia Permanencia en tratamiento	No se encontró evidencia de que los agonistas dopaminérgicos sean eficaces para mantener la abstinencia en los sujetos dependientes a cocaína	El resultado contradice otro obtenido previamente, que favorece el uso de agonistas dopaminérgicos + intervenciones psicosociales.
Tratamiento con antidepresivos	Meta – análisis 23 ensayos clínicos (antidepresivos c/s intervención psicosocial vs. no TX o placebo u otro tratamiento activo)(11).	Abstinencia Permanencia en tratamiento	No se encontró evidencia de que los antidepresivos sean eficaces para mantener la abstinencia en los sujetos dependientes a cocaína	Excepto en el caso de pacientes seleccionados los antidepresivos no pueden considerarse un tratamiento de elección para la dependencia a cocaína.
Tratamiento con disulfiram	Meta – análisis 7 ensayos clínicos (disulfiram c/s intervención psicosocial vs. no TX o placebo u otro tratamiento activo)(12).	Abstinencia Permanencia en tratamiento	Se reportó superioridad del disulfiram vs. placebo en un estudio. Sin evidencia de eficacia mayor que otros tratamientos.	Existe aún muy poca información para poder determinar si el disulfiram puede ser útil en el tratamiento de la dependencia a la cocaína.
Tratamiento con carbamazepina	Meta – análisis 5 ensayos clínicos controlados (carbamazepina vs. placebo)(13).		No existe evidencia de que la carbamazepina sea de utilidad en el tratamiento de la dependencia a la cocaína.	Los autores comentan que el desarrollo de otros estudios posiblemente no lleve a cambios en la evidencia sobre el efecto del fármaco.

Abstinencia y dependencia a anfetaminas

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamiento de la abstinencia a anfetaminas	Meta – análisis 4 ensayos clínicos controlados (TX farmacológicos c/s intervenciones psicosociales) ⁽¹⁴⁾ .	Síntomas de abstinencia Craving	No fue posible identificar ninguna intervención eficaz para el tratamiento de los síntomas de abstinencia a anfetaminas.	Información insuficiente y contradictoria sobre la utilidad de la mirtazapina para tratar los síntomas de abstinencia
Tratamiento del abuso y dependencia a anfetaminas	Meta – análisis 4 ensayos clínicos controlados (TX farmacológicos vs. placebo) ⁽¹⁵⁾ .	Uso de anfetaminas Abstinencia Craving	No fue posible concluir que alguna de las intervenciones es eficaz para el tratamiento del abuso y dependencia	Beneficio parcial de los antidepresivos. La fluoxetina se asoció a un menor craving en el corto plazo y la imipramina a una mayor adherencia al tratamiento.

Abstinencia a Cannabis

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Distintos tratamientos farmacológicos	4 Ensayos clínicos controlados, realizados en un laboratorio (placebo vs. dronabinol; divalproex; bupropión; nefazodona) ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ .	Intensidad de los síntomas de abstinencia	El dronabinol fue el tratamiento más eficaz para manejar los síntomas de abstinencia a cannabis. La nefazodona y la lofexidina fueron eficaces para la disminución de la ansiedad y la inquietud. El tratamiento con bupropión y divalproex durante la fase temprana de abstinencia ocasionó disminución del estado de ánimo.	La eficacia del dronabinol para el manejo de los síntomas de abstinencia en el ambiente habitual de los pacientes ⁽²⁰⁾ .

Dependencia a cannabis

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Buspirona	Ensayo clínico controlado (buspirona + terapia motivacional vs. placebo + terapia motivacional) ⁽²⁰⁾ .	Consumo de cannabis (auto reporte y detección en orina) Apego al tratamiento	Se encontró una tendencia a la significancia a favor de la buspirona en el número de pacientes que permanecieron en abstinencia	Aunque el resultado del estudio no demuestra la superioridad de la buspirona vs. placebo, se nota un efecto con tendencia a ser significativo, que sugiere que este medicamento puede ser útil en el tratamiento de los pacientes con dependencia a cannabis.
Dronabinol + lofexidina	Ensayo clínico controlado (dronabinol vs. lofexidina vs. dronabinol + lofexidina vs. placebo) ⁽¹⁹⁾ .	Consumo de cannabis Gasto en compra de cannabis	El tratamiento con lofexidina o dronabinol no fue eficaz para disminuir el consumo de cannabis, sin embargo la combinación de ambos fármacos duplicó el porcentaje de pacientes que permaneció en abstinencia (25 vs. 50%)	En comparación a los otros grupos, los sujetos tratados con dronabinol refirieron un menor gasto en la compra de cannabis
Dronabinol	Ensayo clínico controlado (dronabinol + terapia motivacional vs. placebo + terapia motivacional) ⁽²⁰⁾ .	Consumo de cannabis Apego al tratamiento Síntomas de abstinencia	No se encontraron diferencias en el porcentaje de pacientes que se mantuvieron en abstinencia durante el seguimiento	Los pacientes tratados con dronabinol reportaron menos síntomas de abstinencia y un menor porcentaje abandonó el seguimiento.

Dependencia a benzodicepinas (mono – dependencia)

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamientos farmacológicos	Meta – análisis 8 ensayos clínicos controlados (vs. placebo) ⁽²¹⁾ .	Abstinencia del uso de benzodicepinas Apego al tratamiento	En un estudio la carbamazepina fue eficaz para disminuir los síntomas de abstinencia durante la disminución gradual de las benzodicepinas, aunque su impacto en el abstinencia a largo plazo no resultó significativo. Otros tratamientos no mostraron resultados favorables (propranolol, antidepressivos tricíclicos, progesterona, manejo con BZD de vida media más larga).	Se confirma que la discontinuación debe realizarse en forma lenta y progresiva. Los autores refieren la necesidad de ampliar los estudios que valoren la utilidad de la carbamazepina y de otras alternativas farmacológicas.

Abstinencia a Opiáceos¹⁴⁴

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamiento con buprenorfina	Meta – análisis 22 ensayos clínicos controlados (vs. dosis bajas de metadona, agonistas alfa2 adrenérgicos, tratamiento sintomático) ⁽²³⁾ .	Severidad y duración de los síntomas de abstinencia	Más eficaz que los alfa – agonistas para la resolución de los síntomas de abstinencia. Comparada con la metadona la resolución de los síntomas es más rápida.	Existe evidencia de que la buprenorfina es un tratamiento eficaz para la abstinencia a opiáceos. En el manejo de pacientes internos puede resolver el síndrome más rápido de que la metadona y se asocia a un mayor porcentaje de apego a al desintoxicación.
Tratamiento con agonistas alfa2 adrenérgicos	Meta – análisis 24 ensayos controlados (vs. dosis decrecientes de metadona o tratamiento sintomático) ⁽²⁴⁾ .	Severidad y duración de los síntomas de abstinencia	La clonidina y la lofexidina son más eficaces que el placebo para el manejo de los síntomas de abstinencia.	No se encontró superioridad respecto al manejo con dosis decrecientes de metadona, aunque el tratamiento con agonistas alfa2 adrenérgicos se asoció a más efectos adversos.
Tratamiento con dosis descendentes de metadona	Meta – análisis 16 ensayos controlados (vs. otros tratamientos o placebo)	Severidad y duración de los síntomas de abstinencia	Superioridad de la metadona vs. placebo. Se refiere importante heterogeneidad en el diseño de los estudios, no se logra demostrar diferencia entre la metadona y otros tratamientos farmacológicos.	Evidencia de que la metadona es eficaz, sin embargo no fue posible determinar si es superior a otros tratamientos.

¹⁴⁴ Durante la fase de desintoxicación (es decir, cuando se cesa en consumo pueden aparecer síntomas de abstinencia, e involucra el uso de estrategias, como la administración de un opiáceo, que se disminuye gradualmente (metadona), la administración de un agonista parcial (como la buprenorfina) o el cese abrupto del consumo de opiáceos, empleando un tratamiento como los agonistas alfa2 adrenérgicos. Por otro lado, el tratamiento de mantenimiento para la dependencia a opiáceos consiste en la administración controlada de un medicamento opiáceo, con la finalidad de evitar que el sujeto reinicie el consumo de heroína.²². Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence: UNOCD.

Dependencia a opiáceos

Intervención	Estudio (s)	Desenlace	Evidencia	Comentario
Tratamiento con metadona	Meta – análisis 11 estudios (vs. placebo o tratamiento no farmacológico) ⁽²⁵⁾ .	Abstinencia Conducta delictiva Mortalidad	El tratamiento con metadona una intervención eficaz para el tratamiento de los pacientes con dependencia a opiáceos.	El tratamiento con metadona fue es eficaz para reducir el consumo de heroína. No se alcanzaron efectos significativos sobre la actividad criminal o la mortalidad de los pacientes.
Tratamiento con naltrexona	Meta – análisis 13 estudios (vs. placebo o control activo) ⁽²⁶⁾ .	Abstinencia Encarcelamiento Actividades delictivas	No se encontró evidencia de superioridad de la naltrexona comparada con otros tratamientos (buprenorfina, benzodicepinas)	El diseño metodológico de los estudios no permite obtener una conclusión suficientemente válida sobre la utilidad de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos.
Tratamiento con naltrexona de liberación prolongada.	Meta – análisis Sólo se incluyó un estudio (naltrexona de liberación prolongada vs. placebo)	Días en tratamiento Abandono de tratamiento	Información insuficiente para concluir si la naltrexona de liberación prolongada es eficaz en el tratamiento de los sujetos con dependencia a opiáceos.	Los efectos adversos asociados con la naltrexona de depósito se reportan como leves y limitados en el tiempo (sobre todo en el sitio de la inyección).
Tratamiento con buprenorfina	Meta – análisis 24 estudios (buprenorfina vs. placebo o vs. metadona) ⁽²⁷⁾ .	Uso de heroína Apego al tratamiento	Las dosis media y alta de buprenorfina disminuyeron el uso de heroína respecto al placebo. Las dosis medias de buprenorfina son menos eficaces que las dosis medias de metadona para la continuación del tratamiento y para disminuir el uso de heroína.	La buprenorfina es eficaz en el tratamiento de mantenimiento de los pacientes con dependencia a opiáceos, pero no constituye una mejor opción que la metadona.
Tratamiento supervisado de heroína	Meta – análisis 8 estudios (heroína c/s metadona vs. otros tratamientos) ⁽²⁸⁾ .	Apego al tratamiento Actividad delictiva Consumo de sustancias ilícitas Encarcelamiento Mortalidad	Los sujetos que recibieron tratamiento con heroína dosificada, con o sin metadona, presentaron mayor a apego al tratamiento y menos consumo de sustancias ilícitas.	Los resultados indican que hay una tendencia a una menor actividad delictiva en los sujetos con administración supervisada de heroína. Puede considerarse una opción en el caso de pacientes con adicción a opiáceos refractarios a otros tratamiento.

1. Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*2010;17(2):CD007380.
2. Amato L, Minozzi S, Pani PP, Sollimini R, Vecchi S, Zuccaro P, Davoli M. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*2011;12:CD003352.
3. Pani P, Trogu E, Vecchi S, Amato L. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. *Cochrane Database Syst Rev*2011;12:CD002950.
4. Pani PP, Trogu E, Vacca R, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*2010;1:CD007024.
5. Lima-Reisser AA, Silva-de-Lima M, Soares BG, Farrell M. WITHDRAWAL: Carbamazepine for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*2009;1:CD002023.
6. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F, Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev*2010;17(2):CD006266.
7. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*2011;6:CD008537.
8. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*2010;3:CD005063.
9. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*2010;3:CD005064.
10. Liu J, Wang L. Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*2011;1:CD008502.
11. Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev*2006;3:CD0005194.

12. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2010;12:CD001867.
13. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2010;8(9):CD004332.
14. Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. Alcohol Clin Exp Res 2011;35(10):1749-58.
15. Shoptaw SJ, Kao U, Heinzerling K, Ling W. Treatment for amphetamine withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:CD003021.
16. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Kittiratnapaiboon P. Treatment for amphetamine dependence and abuse. Cochrane Database Syst Rev 2001;4:CD003022.
17. Haney M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW. Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. Psychopharmacology 2001;155(2):171-9.
18. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Nasser J, Bennett A, Zubarán C, Foltin RW. Marijuana withdrawal in humans: Effects of oral THC or Divalproex. Neuropharmacology 2004;29(1):158-70.
19. Haney M, Hart CL, Ward AS, Foltin RW. Nefazodone decreases anxiety during marijuana withdrawal in humans. Psychopharmacology 2003;165(2):157-65.
20. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, Reed SC, Foltin RW. Effects of THC and lofexidine in a human laboratory model of marijuana withdrawal and relapse. Psychopharmacology 2008;197(1):157-68.
21. Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, Moore BA, Bahrenburg B. Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. Drug Alcohol Depend 2007;86(1):22-9.
22. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2009;3:CD002209.
23. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2011;4:CD001333.
24. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2008;2:CD002207.
25. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD003410.
26. Gowing L, Ali R, White JM. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2009;3:CD002025.
27. Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:CD002024.

Tratamientos conductuales para pacientes con trastornos por uso de sustancias.

Intervención	Descripción
Terapia Cognitivo – Conductual	La terapia cognitivo conductual es un método que se desarrolló inicialmente para prevenir las recaídas de los pacientes con dependencia a etanol y posteriormente se adaptó para el tratamiento de la dependencia a otras sustancias. Las estrategias cognitivas – conductuales parten del principio de que la adicción involucra un proceso de aprendizaje. Esta técnica busca identificar y modificar pensamientos y conductas mal adaptativas, anticipar los problemas, mejorar el autocontrol y el monitoreo, identificar situaciones que pueden desencadenar el deseo de consumir nuevamente, desarrollar estrategias que permitan evitar situaciones de riesgo y manejar contingencias que puedan facilitar las recaídas. Existe evidencia de que este tipo de terapia es eficaz para el tratamiento de la dependencia a alcohol, marihuana, cocaína, metanfetaminas y nicotina.
Programa 12 pasos	El programa de 12 pasos consiste en la formación de grupos de autoayuda, que promueven la abstinencia. Las ideas fundamentales de esta intervención son: 1) Conciencia y aceptación de la enfermedad, como un problema crónico y progresivo de salud sobre el cual el sujeto no tiene control, y donde la abstinencia es la única alternativa; 2) El seguimiento del programa, que establece 12 pasos. Involucra aceptar la existencia de una “fuerza superior” y aceptar el compañerismo y apoyo de otros miembros del grupo que se encuentran en abstinencia; 3) Involucramiento activo en las reuniones y actividades de los grupos de 12 pasos. Este tipo de enfoque ha mostrado ser eficaz para el tratamiento de la dependencia a etanol y promete ser una estrategia efectiva para el manejo de otras dependencias. Un meta – análisis publicado en el 2006, en el que se comparó el empleo del programa de 12 pasos con otras modalidades de tratamiento refiere que no existen datos contundentes sobre la superioridad de este tipo de intervención, aunque los sujetos en el P12P tienden a aceptar y permanecer un mayor tiempo en tratamiento.
Terapia Motivacional	La terapia motivacional es un método de consejería que ayuda al individuo a resolver la ambivalencia respecto a llevar un tratamiento y suspender el consumo de drogas. Busca despertar en forma rápida una motivación al cambio, más que guiar al paciente hacia el proceso de recuperación. Consiste en una evaluación individual, seguida de 2 a 4 sesiones en las que se provee retroalimentación, se motiva la discusión y se busca que el sujeto desarrolle compromisos personales de cambio. La entrevista motivacional también busca construir una estrategia para el cambio y desarrollar estrategias para enfrentar situaciones de riesgo para el uso de sustancias. En sesiones subsiguientes el terapeuta da un seguimiento a las modificaciones en la conducta y pensamientos del sujeto, se revisan las estrategias empleadas y se estimula el compromiso con la abstinencia. Existe evidencia de que esta terapia puede ser útil para el tratamiento de la dependencia de alcohol, marihuana y nicotina.
Estrategia de reforzamiento comunitario + vales	Se trata de una intervención intensiva, orientada al tratamiento de pacientes con dependencia a alcohol o cocaína. Emplea distintos reforzadores sociales, recreacionales, familiares y vocacionales, junto con incentivos materiales. Los objetivos son principalmente dos: mantener la abstinencia el tiempo suficiente para que el sujeto desarrolle nuevas habilidades que le ayuden a cesar el consumo y reducir el consumo de alcohol en aquellos sujetos en los que el empleo de esta sustancia se asocia al consumo de cocaína. Los pacientes acuden a una o dos sesiones semanales y se realizan pruebas de detección de drogas dos a tres veces a la semana, que de ser negativas se premian con vales que pueden caerse por bienes compatibles con un estilo libre de drogas. Este abordaje ha resultado útil para el tratamiento de pacientes con dependencia a alcohol, cocaína y/o opiáceos.
Modelo Matrix	Provee un marco para el tratamiento de usuarios de estimulantes (cocaína o anfetaminas). Los pacientes reciben información crítica acerca de las adicciones, el tratamiento y las recaídas, así como dirección en el desarrollo de un programa de autoayuda. El terapeuta también juega el papel de maestro, empleando el vínculo terapéutico para reforzar el cambio conductual. La relación con el paciente busca ser honesta y directa, pero no paternalista. El paciente es monitoreado con pruebas de detección en orina.

<p>Terapia conductual familiar</p>	<p>La terapia conductual familiar ha demostrado dar resultados satisfactorios, tanto en adultos como en adolescentes con trastornos por uso de sustancias, y otros problemas comórbidos (desempleo, trastornos de conducta). La terapia conductual familiar involucra el contrato conductual y estrategias para el manejo de contingencias, que involucran terceras personas que cohabitan con el sujeto en tratamiento. El terapeuta busca motivar a la familia para que aplique las estrategias conductuales y mejorar el ambiente. En el caso de los padres con trastornos por abuso de sustancias se busca favorecer el desarrollo de habilidades de crianza. En cada una de las sesiones el cumplimiento de los objetivos es revisado.</p>
<p>Principles of drug addiction treatment: A research-based guide: National Institute on Drug Abuse; 2012; Ferri M, Amato M, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev2006;3:CD005032</p>	

1. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. Cochrane Database Syst Rev2010;17(2):CD006266.
2. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. Cochrane Database Syst Rev2011;6:CD008537.
3. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev2010;3:CD005063.
4. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev2010;3:CD005064.
5. Liu J, Wang L. Baclofen for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev2011;1:CD008502.
6. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev2010;12:CD001867.
7. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehter P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev2010;8(9):CD004332.
8. Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. Alcohol Clin Exp Res2011;35(10):1749-58.
9. Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev2010;17(2):CD007380.
10. Amato L, Minozzi S, Pani PP, Solimini R, Vecchi S, Zuccaro P, Davoli M. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev2011;12:CD003352.
11. Pani P, Trogu E, Vecchi S, Amato L. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. Cochrane Database Syst Rev2011;12:CD002950.
12. Pani PP, Trogu E, Vacca R, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Disulfiram for the treatment of cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev2010;1:CD007024.
13. Lima-Reisser AA, Silva-de-Lima M, Soares BG, Farrell M. WITHDRAWN: Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev2009;1:CD002023.
14. Shoptaw SJ, Kao U, Heinzerling K, Ling W. Treatment for amphetamine withdrawal. Cochrane Database Syst Rev2009;2:CD003021.
15. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Kittirattanaipoon P. Treatment for amphetamine dependence and abuse. Cochrane Database Syst Rev2001;4:CD003022.
16. Haney M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW. Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. Psychopharmacology2001;155(2):171-9.
17. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Nasser J, Bennett A, Zubarán C, Foltin RW. Marijuana withdrawal in humans: Effects of oral THC or Divalproex. Neuropharmacology2004;29(1):158-70.
18. Haney M, Hart CL, Ward AS, Foltin RW. Nefazodone decreases anxiety during marijuana withdrawal in humans. Psychopharmacology2003;165(2):157-65.
19. Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, Reed SC, Foltin RW. Effects of THC and lofexidine in a human laboratory model of marijuana withdrawal and relapse. Psychopharmacology2008;197(1):157-68.
20. Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, Moore BA, Bahrenburg B. Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. Drug Alcohol Depend2007;86(1):22-9.
21. Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. Cochrane Database Syst Rev2006;3:CD0005194.
22. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence: UNOCD.
23. Gowing L, Ali R, White JM. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev2009;3:CD002025.
24. Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev2009;2:CD002024.
25. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev2009;3:CD002209.
26. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev2011;4:CD001333.
27. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev2008;2:CD002207.
28. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database Syst Rev2011;12:CD003410.

Anexo 4.

Programas de Prevención en América y el Caribe.

PAÍS	Política de Drogas	Dependencias gubernamentales en el área de prevención de las adicciones	Presupuesto asignado a la prevención de las adicciones	Publicidad (audiovisual)		Publicidad (impresa)		Programas escolares		Programas comunitarios		Programas familiares		Grupos vulnerables	Evaluación
				%	Evaluación	%	Evaluación	%	Evaluación	%	Evaluación	%	Evaluación		
Antigua Barbuda	✓	✓	✓	---	---	---	---	✓	---	X	---	---	---	X	---
Argentina	✓	✓	X	✓	---	---	---	✓	<10	X	<1	X	---	✓	---
Barbados	X	✓	✓	---	---	---	---	✓	---	X	X	X	---	X	---
Belice	✓	✓	✓	✓	---	---	---	✓	25-49	X	---	X	---	X	---
Bahamas	✓	✓	X	✓	25-49	75-100	75-100	✓	49	X	X	X	---	X	---
Bahamas	✓	✓	✓	✓	75-100	100	100	✓	75-100	X	X	X	---	X	---
Brasil	✓	✓	✓	---	---	---	---	✓	100	✓	---	---	X	✓	---
Brasil	✓	✓	✓	---	---	---	---	✓	10%	✓	---	---	---	✓	---
Bolivia	✓	✓	✓	---	---	---	---	✓	50-74	✓	<2	X	---	✓	X
Canadá	✓	✓	✓	✓	---	---	---	✓	74	✓	5	---	---	✓	---
Canadá	✓	✓	✓	✓	---	---	---	✓	80-100	✓	---	---	10	✓	---
Chile	✓	✓	✓	---	---	---	---	✓	100	✓	---	---	---	✓	---
Chile	✓	✓	✓	---	---	---	---	✓	80	✓	80	X	---	✓	X
Colombia	✓	✓	✓	✓	---	---	---	✓	10	X	---	---	---	✓	X
Colombia	✓	✓	✓	✓	75-100	---	---	✓	74	X	---	---	---	✓	---
Costa Rica	✓	✓	✓	✓	25-49	---	<25	✓	75-100	✓	<1	---	---	X	---
Cuba	X	✓	X	✓	25-49	---	---	✓	10-60	✓	10	X	---	✓	X
Dominicana	X	✓	✓	✓	25-49	---	50-74	✓	10-60	✓	10	X	---	✓	---
Ecuador	✓	✓	✓	X	---	---	---	✓	<25	✓	X	---	---	X	---
El Salvador	X	✓	X	✓	<25	---	<25	✓	30	✓	30	X	---	X	---
EUA	✓	✓	✓	✓	---	---	---	✓	---	✓	---	---	---	✓	---
Guatemala	✓	✓	X	✓	---	---	---	✓	75-100	✓	---	---	---	✓	---
Guatemala	✓	✓	X	✓	---	---	---	✓	75-100	✓	---	---	75-100	✓	X
Guyana	✓	✓	X	---	---	---	---	✓	---	X	X	---	---	✓	---
Granada	X	✓	✓	---	---	---	---	✓	75-100	✓	75-100	X	---	✓	---
Haití	X	✓	X	---	---	---	---	✓	---	X	---	---	---	✓	---
Honduras	X	✓	X	---	---	---	---	✓	---	X	---	---	X	✓	---
Jamaica	✓	X	X	✓	25-49	---	<25	✓	50-74	✓	<1	X	---	X	---
México	✓	✓	✓	✓	50-74	---	---	✓	74	✓	0	---	---	✓	---
México	✓	✓	✓	✓	50-74	---	---	✓	50-74	✓	50-74	---	---	✓	---
Nicaragua	X	✓	X	✓	<25	---	<25	✓	74	✓	50-74	X	---	X	---

Panamá	✓	✓	✓	25-49	✓	25-49	✓	25-49	✓	25-49	✓	74	X	✓	X
Paraguay	X	✓	✓	<25	✓	<25	✓	<10	✓	<10	✓	<1	X	✓	X
Perú	✓	✓	✓	25-49	✓	<25	✓	25-49	✓	25-49	✓	<2	X	✓	X
San Cristóbal y Nieves	✓	✓	---		---		---	75-100	✓	75-100	✓	5		X	
San Vicente y las Granadinas	X	X	---		---		X		X		X			X	
Santa Lucía	✓	✓	✓	25-49	X		✓		X		✓			✓	
Surinam	✓	✓	✓	50-74	✓	<25	✓	50-74	✓	50-74	X			X	
Trinidad y Tobago	✓	✓	✓	<10	X		---	<10	✓	<10	✓	<2	X	X	
Uruguay	✓	✓	✓	50-74	---	50-74	✓	50-74	✓	50-74	✓	<2	---	X	
Venezuela	✓	✓	✓	75-100	---	75-100	✓	<25	✓	<25	✓	<2	X	X	
Aruba	----	----	---		---		---		---		---			---	
Guadalupe	----	----	---		---		---		---		---			---	
Islas Caimán	----	----	---		---		---		---		---			---	
Islas Turcas y Caicos	----	----	---		---		---		---		---			---	
Islas Vírgenes	----	----	---		---		---		---		---			---	
San Bartolomé	----	----	---		---		---		---		---			---	
Martinica	----	----	---		---		---		---		---			---	

X Ausente; [Presente; ---- Sin información

Tamizaje e intervenciones breves en el primer nivel de atención

Intercambio de jeringas

Administración supervisada

Distribución de medios de antisepsia

Distribución de Metadona

Unidades móviles para atención de UDI

PAIS	Tamizaje e intervenciones breves en el primer nivel de atención	Intercambio de jeringas	Administración supervisada	Distribución de medios de antisepsia	Distribución de Metadona	Unidades móviles para atención de UDI
		Evalua ción %	Evalua ción %	Evalua ción %	Evalua ción %	Evalua ción %
Antigua y Barbuda		X		X	X	X
Argentina	-----	✓	-----	✓	-----	-----
Barbados	X		X	✓*	X	X
Belice	✓ (limitado)		X		X	X
Bahamas	✓		X		X	X
Brasil	✓	7*	X	✓	X	-----
Bolivia	-----		X		X	X
Canadá	X	✓	✓	✓	✓	✓
Chile	✓		X		X	X
Colombia	✓		X		X	X
Costa Rica	✓ (limitado)		X		X	X
Cuba	-----		-----		-----	-----
Dominicana	✓ (alcohol)	X	X	X	X	X
Ecuador	✓ (limitado)	X	X	X	X	X
El Salvador	✓ (limitado)	X	X	X	X	X
EU	✓	✓	X	✓	✓	✓
Guatemala	X		X		X	X
Guyana	-----		X		X	X
Granada	-----		X		X	X
Haití	-----		X		X	X
Honduras	X		X		X	X
Jamaica	✓		X		X	X
México	✓ (limitado)		X		X	X
Nicaragua	✓ (limitado)		X		X	X
Panamá	✓		X		X	X
Paraguay	✓ (limitado)	✓				
Perú	X		X		X	X
San Cristobal y Nieves	-----		X		X	X
San Vicente y las Granadinas	-----		X		X	X
Santa Lucía	✓ (alcohol)	✓	X	✓	X	X
Surinam	✓ (limitado)	X	X	X	X	X
Trinidad y Tobago	-----		X		X	X
Uruguay	✓ (limitado)	X	X	X	X	X
Venezuela	✓		X		X	X
Aruba	-----		-----		-----	-----
Guadalupe	-----		-----		-----	-----
Islas Caimán	-----		-----		-----	-----



* Total de usuarios de drogas intravenosas del países, 68% de cobertura en Salvador, Brasil

Anexo 5

Cantidad, distribución y accesibilidad de recursos humanos para prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos por uso de sustancias.

Tabla 1. Recursos humanos que trabajan en el sector salud mental por 1.000 habitantes. Las Américas y el mundo.

Fuente: Mental Health Atlas 2011, WHO.

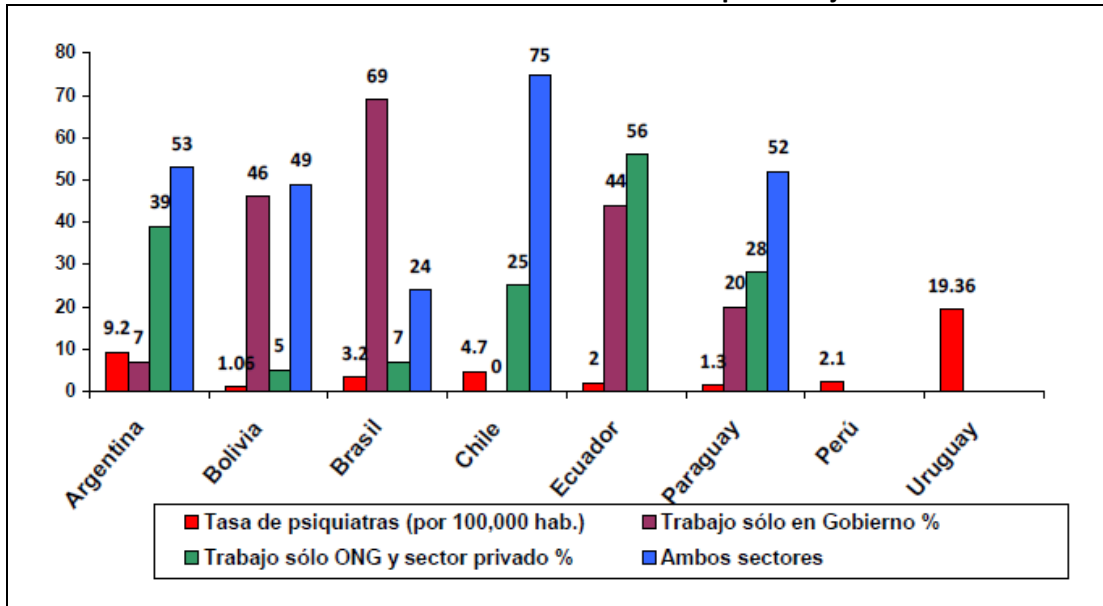
Tipo de trabajador	Las Américas	Total Mundial
Psiquiatras	1,57	1,27
Otros médicos	0,72	0,34
Enfermeras	3,92	5,8
Psicólogos	1,29	0,3
Trabajadores sociales	0,39	0,23
Terapeutas ocupacionales	0,12	0,05
Otros trabajadores de la salud	6,37	2,65

Tabla 2. Recursos humanos: tasas de profesionales en salud mental por 100.000 h. Países de las Américas.

País	Psiquiatras	Psicólogos/as	Enfermeros/as
Anguilla	7.3	0	14.6
Antigua y Barbuda	1.1	1.2	9.3
Argentina	9,20	106	n/d
Barbados	4	8.9	39.8
Belice	0.6	0.3	8
Bolivia	1,06	0,46	0,34
Brasil	3,2	10,19	1,69
Chile	4,7	12,30	1,70
Costa Rica	3,06	1,88	4,13
Dominica	2.8	0	11.2
Ecuador	2,0	1,34	0,94
El Salvador	1,39	1,68	2,11
Granada	1.8	0	15
Guatemala	0,57	0,35	1,28
Guyana	0.5	0	0.4
Honduras	0,81	0,77	2,58
Islas Turcas y Caicos	3	3	3
Islas Vírgenes Británicas	3.6	18.2	14.5
Jamaica	1.1	0.3	7.6
Montserrat	20.8	0	145.3
Nicaragua	0,90	2,11	1,7
Panamá	3,46	2,99	4,38
Paraguay	1,31	28,94	1,58
Perú	2,1	1,78	1,94
R. Dominicana	2,07	3,17	1,61
Saint Kitts y Nevis	2	4	19.8
San Vicente y las Granadinas	2	0	11
Santa Lucía	1.8	3.6	18
Suriname	1.5	0.63	14
Trinidad y Tobago	1.7	0.3	32.7
Uruguay	19,36	3,19	0,69

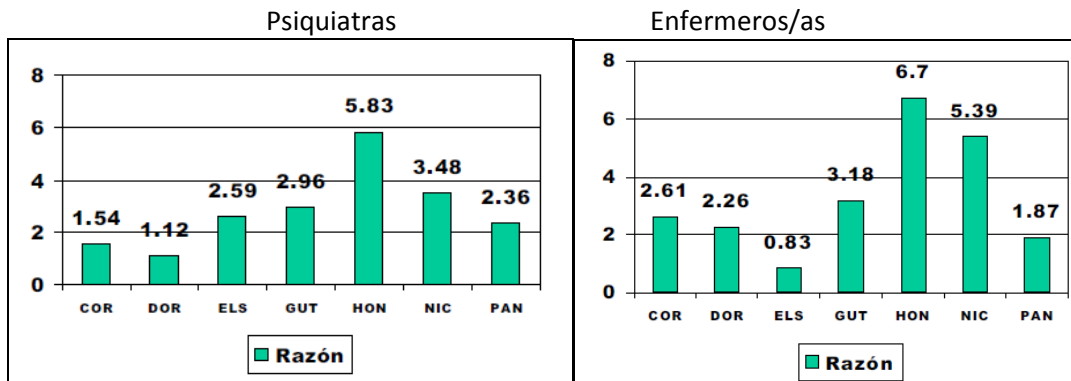
Fuente: Informes IESM-Organización Mundial de la Salud: América del Sur, Caribe y Centroamérica y República Dominicana.

**Figura 1. Sector institucional de prestación de servicios de psiquiatras.
Países de América del Sur. Valores en porcentaje.**



Fuente: Informe IESM-Organización Mundial de la Salud: América del Sur: página26.

**Figura 2. Razón entre la tasa de psiquiatras y enfermeros que trabajan dentro o cerca de la ciudad más grande por 100.000 habitantes en comparación con el conjunto del país.
Países de Centroamérica y República Dominicana**



Fuente: Informe IESM-Organización Mundial de la Salud: Centroamérica y República Dominicana: páginas 24 y 25.

Tabla 3. Establecimientos de salud mental en países de Centroamérica.

Países	Hospitales psiquiátricos	Establecimientos ambulatorios de Salud Mental	Hospitales de día	Servicios psiquiátricos en hospitales generales	Establecimientos residenciales
Costa Rica	2	38	2	26	35
República Dominicana	1	56	1	9	1
El Salvador	2	49	0	0	0
Guatemala	2	32	2	2	0
Honduras	2	31	1	0	0
Nicaragua	1	34	5	3	31
Panamá	1	103	3	8	0
TOTAL	11	343	14	48	67

Fuente: Informe IESM-Organización Mundial de la Salud: Centroamérica.

Tabla 4. Número de camas por 100.000 h y plazas para personas con abuso de sustancias. Países de América del Sur.

Países	Camas por 100.000 h	Plazas para personas con abuso de sustancias
Argentina	17	450 (1)
Bolivia	9,6	1276
Brasil	27,2	n/d
Chile	9,1	1226
Ecuador	1,2	n/d
Paraguay	7,8	n/d
Perú	4,0	n/d
Uruguay	34,9	6 (2)

Fuente: Informe IESM-Organización Mundial de la Salud: América del Sur.

Notas:

(1) Incorpora plazas para personas con abuso de sustancias y para personas con discapacidad intelectual

(2) Corresponde a 6 residencias

ISBN 978-0-8270-6001-2



Organización de los
Estados Americanos

1889 F. Street, NW, Washington, DC 20006
Tel: + 1.202.370.5000
www.oea.org