

Temas a manejar en el capítulo de Drogas y adolescentes

- Antecedentes históricos sobre las drogas
- Acercamiento al marco de las políticas mundiales y nacionales sobre drogas.
- Datos generales de consumo mundiales y nacionales y algunos de tráfico
- Investigaciones de consumo de SPA en adolesc. Adelantados en España (revista Adicciones, 2000) , en Bogotá por la UCPI (1998) Serie prevenir es futuro No. 12 de la UPIC, Panorama actual del consumo de SPA en santa fé de Bogotá (1988–1992), VESPA y La Encuesta adelantada de Rumbos (2001), Estudio de salud mental
- Conceptualizaciones sobre usos y abusos de drogas (material sobre el proyecto de cárceles en Colombia 1. Elementos conceptuales)
- Evaluación
- Intervencion
- Prevención de recaídas
- Manejos grupales o comunitarios en prevención
- Modelo de reducción del daño
- Libro de Becoña

- Antecedentes históricos sobre las drogas

Historia del uso de sustancias

Dr. Andrew Weil¹ afirma que todas las culturas, a lo largo de su historia han hecho uso de químicos para alterar su conciencia. La única excepción que se ha encontrado son los esquimales quienes tuvieron que esperar que el hombre blanco le hiciera llegar el alcohol, ya que ellos no podían cultivar nada. Las personas han tendido a categorizar las sustancias de diferentes maneras, como "ilícitas" o "lícitas", como "buenas" o "malas", como se observará y así es descrito también en el Informe de la Comisión de Drogas de U.S.A. no se encuentran justificaciones objetivas, además varían de generación en generación y de país en país. Escotado² plantea que el concepto de "droga" generalmente admitido antes de las leyes represivas, fue el griego. *Phármakon* es una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno; no una cosa u otra, sino ambas a la vez. Paracelso dijo "sólo la dosis hace que algo sea veneno". El hecho de ser nociva o benéfica depende de a) dosis, b) ocasión para la que se emplea, c) pureza, d) condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso.

A continuación se presenta un breve recuento histórico sobre el uso de diferentes sustancias, en la historia de la humanidad.

Alcohol. Las bebidas alcohólicas consisten principalmente en agua y etanol o alcohol etílico. Se produce con la fermentación de frutos, vegetales o granos. Una de las primeras menciones al vino se encuentra en papiros egipcios que datan de 3.500 A.C. Sin embargo su origen se puede encontrar en la prehistoria, y pudo ser descubierto accidentalmente en el estadio de la pre-agricultura. La preparación de vinos y cervezas se reporta desde la prehistoria y se usaba en múltiples ritos y ceremonias sociales y religiosos. El alcohol es probablemente la droga más antigua de uso.

Se comercializó y regularizó tanto su preparación como su comercio desde las primeras civilizaciones. El código de leyes más antiguo, el código de Hamurabi de Babilonia (1770 A.C.) reguló sobre los lugares de bebida. En los registros encontrados de la

¹ Entregado en el Informe a la Comisión de drogas en Estados Unidos.

² Escotado, A. (1995) Aprendiendo de las drogas. Barcelona: Editorial Anagrama.

civilización egipcia y mesopotámica ya se revelan datos de personas que presentaban exceso consumo de alcohol.

Opio , el origen de su cultivo se encuentra en Mesopotamia por los sumerios en el año 3400 A.C. Los sumerios pasan esta planta a los Asirios, y de ellos a los Babilonios quienes a su vez lo hicieron con los Egipcios. En el año 1300 A.C. florecieron de manera importante los cultivos de opio en la ciudad de Thebas (capital de Egipto), igual lo hicieron los Fenicios y la llevaron a través del mediterráneo a Grecia³. Griegos y romanos creían que las *triacas* (antídotos genéricos) protegían de enfermedades y envenenamientos si se tomaban dos o tres veces al día. Estos preparados contenían un 20% de opio. El opio y las harinas eran las únicas mercancías subvencionadas por el Estado romano. Ningún texto romano ni griego habla de adicción al opio como si se habla en esa época de los alcohólicos.

El cambio según Escotado⁴acontece al entronizarse el cristianismo en Europa, pues a partir de entonces no solo el opio sino las demás sustancias psicoactivas clásicas caen bajo el estigma genérico de “plantas infernales y preparaciones diabólicas”, al mismo tiempo que el vino (reverenciado ya en el Antiguo Testamento) pasa a glorificarse como sangre del redentor (significado de la metáfora). En 1527 durante la época de la Reforma el opio es vuelto a introducir en Europa por Paracelso como laudano, para aliviar el dolor.

Hacia 1600 se inicia el mercado del opio hacia Inglaterra, trayendo el opio desde la India, posteriormente Inglaterra establece el monopolio en el comercio del opio. En 1839 se precipita la primera guerra del opio dada la prohibición del tráfico por la China del mercado del opio. La China queda muy deteriorada después de esta guerra. la segunda guerra del opio se presenta en 1856, cuando Francia e Inglaterra renuevan sus hostilidades hacia la China. Hasta 1906 Inglaterra y la China acuerdan un tratado restringiendo el mercado del opio. Es importante tener en cuenta también que son los ingleses quienes llevan el opio a Estados Unidos en 1840.

³ Frontline (1998): Opium throughout history.

⁴ Escotado, A. Op. Cit.

Linnaeus, el padre de la botánica clasifica, en 1753, la base de flor (poppy) como *Papaver somniferum*, o inductor del sueño.

- **Morfina.** En 1803 Friedrich Sertuerner (alemán) descubre el ingrediente activo del opio, el alcaloide, principium somniferum o la morfina. La compañía alemana E. Merck & Company inicia la comercialización de la morfina hacia 1827. En 1841, el doctor Alexander Wood de Edimburgo descubre una forma diferente de administrar la morfina a través de la jeringa.
- **Heroína.** En 1874, el investigador Inglés, C.R. Wright sintetiza por primera vez la heroína o la diacetylmorfina. En 1895 la empresa alemana Bayer & Company comercializa la venta de la heroína. Hacia 1902, médicos norteamericanos señalan su preocupación sobre las características adictivas de la heroína al igual que de la morfina. Después de la Guerra del Vietnam, hacia 1970, el número de adictos a la heroína en estados Unidos se calcula en 750.000 personas.

Café surge hacia el siglo X en algún punto de la península arábiga (Arabia y Turquía). Su bebida fue en un principio condenada por la ortodoxia islámica, aunque más tarde se le consideró como algo providencial para rezar sin sueño y como sustituto del alcohol. Encontró resistencia en algunos países europeos protestantes (Alemania, Suecia, Austria, Suiza) que castigaron su comercio y su consumo. Desde el siglo XVIII en adelante es considerado sinónimo de droga intelectual. El café se convierte en una bebida muy popular a pesar de los grandes esfuerzos represivos, e incluso a pesar de las advertencias que grupos médicos señalaron. Incluso se observa que esta oposición médica se continuó durante el siglo XX. Es importante anotar que a mediados del siglo XIX los grandes cafetales emigran del Medio Oriente a América del Sur.

El café, el te, el Cacao, el mate, el guaraná, el betel y la cola, tienen como alcaloide estimulante alguna metilxantina (cafeína, teofilina, teobromina). El te es originario de la China (contiene además de cafeína, teofilina). El cacao fue empleado en el México azteca como estimulante.

El mate es una bebida nacional del cono suramericano. El betel (semillas de una palmera) se ha consumido masivamente en india e indonesia. El guaraná proviene de

una trepadora amazónica y es también ampliamente consumido en Suramérica. La nuez de cola es otro estimulante de origen africano

El cat, arbusto originario del Yemen, es la planta con mayor poder estimulante dentro de las conocidas. Sus alcaloides son la cantina y la cantinona, que son afines a las anfetaminas.

Todas estas plantas (así como la coca que se detalla más adelante) han sido empleadas por los diferentes pueblos para combatir la desganancia laboral y la mala alimentación (disminuye la sensación de hambre), además no se conocen casos de sobredosis mortífera.

Tabaco Cristóbal Colón introdujo el tabaco a Europa. Desde su primer viaje se interesó por las hojas de tabaco que fumaban los indígenas, ya fuera enrollando las hojas y prendiéndolas, o introduciéndolas en pipas. El consumo del tabaco se acrecentó de manera importante en Inglaterra, pero igualmente sucedió de manera posterior en Europa Central. La naturaleza adictiva del tabaco fue anotada claramente por Sir Francis Bacon. La Iglesia católica (el Papa Urbano VIII y el Papa Inocencio X) buscó persuadir de manera importante a la comunidad y a sus clérigos contra el uso del tabaco. Bavaria lo prohibió en 1652, Sajonia en 1653 y Zurich en 1667. Sin embargo aún la Iglesia tuvo que capitular en su intención.

El tabaco se introdujo en África por los portugueses, e igualmente se incrementó rápidamente su consumo. Los portugueses también lo llevaron al Japón.

Lo que es observado por la Comisión Nacional de Drogas de U.S.A. es que una vez un país aprende el uso del tabaco no deja su práctica. Además ninguna otra sustancia, desde 1492, ha podido tomar el lugar del tabaco. Incluso en los casos de los fumadores de opio o de marihuana, también mantienen el consumo del tabaco, o sea no es sólo el hábito de fumar. En el siglo XVIII, en Inglaterra, se retiró durante un tiempo el estilo de fumar tabaco, se inhalaba la nicotina con dosis regulares.

Coca originaria en los valles andinos, ejerció influencia importante sobre muchas culturas indígenas nativas suramericanas. Los indígenas acostumbraban mascar la hoja de coca

unida a cenizas vegetales, o con cal. Se ha descubierto que ese acompañamiento libera los alcaloides y acelera su entrada en la corriente sanguínea. Los Incas trataron de monopolizarla para uso palaciego. Los conquistadores empezaron a utilizarla proporcionándola libremente a los indígenas para controlarlos, mantenerlos como esclavos, hacerlos trabajar mas fuertemente con menos alimentación. Los eclesiásticos señalaron como “apóstatas” los consumidores de coca. En 1573 el Virrey Francisco de Toledo trasforma la prohibición en gravamen fiscal. A principios de siglo mas de cinco mil patentes farmacéuticas occidentales usaron extracto de coca como ingrediente activo. Entre ellas encontramos Coca Cola y Co. que usa además de la cocaína, el extracto de cola, elaborada en Estados Unidos por John Styth Pemberton, semejando el elixir elaborado por el corso Angelo Mariani. Estos elixires y vinos rojos, elaborados por Mariani, conteniendo coca, fueron introducidos en Europa durante el siglo XIX. El Signor Mariani fue condecorado por el vaticano porque “apoyaba el ascético retiro de Su Santidad el Papa León XIII”. La **Cocaina**, el principio psicoactivo de la coca, fue descubierto en 1859.

En 1914 se decreta en Estados Unidos la prohibición de la cocaína con el “Harrison Narcotic Act”, en el cual se clasifica la coca como narcótico, y desde ese momento la coca es sujeta a la misma legislación que el opio, la morfina y la heroína.

Crack la elaboración de la cocaina realizada en los laboratorios clandestinos, pasa por obtener primero la pasta base de coca, y luego la purifican con lavados ya sea con eter, con acido clorhídrico o acetona. El crack es una amalgama de pasta de base de coca con bicarbonato sódico, y resulta 15 veces más barato

Marihuana. La experiencia humana con marihuana y hachís se remonta al cuarto milenio A.C. en la China, dónde se han encontrado restos de fibra de cáñamo. La religión védica arcaica veneró la planta, que denominaron “fuente de felicidad y vida”. Las tradiciones brahmánicas posteriores también valoraron su uso. El budismo rescató su uso y la utilizó como herramienta importante auxiliar para la meditación trascendental. La Europa céltica, antes de la conquista romana, tenía grandes extensiones de tierra cultivada de cáñamo. En la civilización grecorromana parece haberse utilizado como instrumento recreativo en las fiestas de ricos pues era un producto muy costoso importado de Egipto. Los hipocráticos o los galénicos no le

atribuyeron funciones medicinales y con el dominio del cristianismo sufrió el mismo eclipse que las otras drogas consideradas paganas.

Su uso se popularizó ampliamente en Francia, durante la segunda década del siglo XIX y se llegó a conformar incluso el llamado “Club de haschichiens”.

Hasta una década posterior los principales productores de marihuana fueron México, Colombia, y algunas zonas del Caribe (Panamá y Jamaica) para pasar a ser el primer productor mundial Estados Unidos con técnicas avanzadas de cultivo. Los principales países productores de haschís son los países asiáticos (Afganistán, Pakistán, Nepal) y países musulmanes mediterráneos (Turquía, Egipto, Líbano y Marruecos).

Sustancias psicodélicas. La propiedad central de estas sustancias es el engrandecimiento de la experiencia. Desde el punto de vista químico son sustancias muy parecidas a varios neurotransmisores, como las encefalinas o las endorfinas, que pueden producirse espontáneamente en el cerebro. Parecen concentrar su acción en el hipotálamo y suelen metabolizarse de modo rápido, incluso antes de llevarse a cabo la modificación psíquica⁵. Sus efectos dependen muchas veces de factores ajenos a sus compuestos específicos y a las mismas dosis. Se ha encontrado, que a medida que la complejidad de la situación aumenta la variabilidad de las respuestas que presentan las personas que han consumido la sustancia aumenta en variabilidad. Por lo anterior, se considera importante tener en cuenta tanto el llamado “setting” (o preparación), como el “set”, o sea tanto el ambiente, como las actitudes, la motivación, las preconcepciones y las intenciones de los individuos al consumirlas.

Osmond en 1957 acuñó la palabra “psicodélica” para referirse a estas sustancias, las cuales se habían denominado psicomiméticas o alucinógenas simplemente. Aunque el uso de estas sustancias en nuestra cultura es bastante reciente, el uso de estas sustancias de sus plantas originarias es bastante antiguo. Los escritos que se han encontrado relatando su uso datan de 1250 A.C.⁶

⁵ Escotado E. Op.cit.

⁶ Aaronson, B. Y Osmond H. (1970) The uses and implications of hallucinogenic drugs. N.Y.: Doubleday & Company.

En general se encuentran tres fuentes principales de estas drogas: unas son sustancias naturales de algunas plantas, por ejemplo el peyote, otras son extraídas de estas sustancias como la mescalina, y otras son manufacturadas sintéticamente como el LSD y la psilocybina entre otras. Las plantas que producen estas sustancias crecen prácticamente en cualquier terreno y temperatura. El efecto de estas sustancias ha sido considerado a lo largo de la historia como un fenómeno místico y religioso, que acerca al hombre a los dioses y a la naturaleza.

Peyote. Es un cactus, cuyo botón fue muy usado en los ritos y ceremonias religiosas precolombinas de las culturas mejicanas. Los conquistadores españoles consideraron el uso común del peyote en la cultura azteca como una práctica diabólica. Sin embargo ni la inquisición española logró eliminar su uso, y todavía se mantiene entre los Cora, Huichol y Tarahumare , culturas del norte de México⁷. Incluso la tribu Apache, norteamericana, adoptó esta costumbre de los indígenas mexicanos. Análogo en muchos sentidos al uso del peyote se encuentra el yahé y la ayahuasca, utilizados originariamente en las cuencas del Amazonas y del Orinoco. En Africa se encuentra el uso de bwiti. En Polinesia y Micronesia se utiliza el kava o yagona.

Hongos. Se encuentran unos setenta hongos, que contienen psilocibina y psilocina, diseminados por América, Europa y Asia. Datos arqueológicos señalan su culto en Guatemala desde hace unos 3500 años.

Drogas sintéticas

La clasificación de una sustancia como sintética no es clara. Según Perez⁸ pueden incluirse todos los productos producidos en laboratorio con usos médicos o no. Perez categoriza cinco tipos de sustancias sintéticas:

1. Los opioides o sustancias cuya estructura molecular las emparenta con el opio y sus derivados.
2. Las feniletilaminas, emparentadas químicamente con las anfetaminas.
3. Las arilexilaminas.
4. Los derivados de la metacualona.

⁷ Brecher, E. Op.Cit.

⁸ Perez Gomez. A. (1997) Sustancias sintéticas el desafío del futuro.

5. Las benzodiazepinas y otros ansiolíticos.

Los sintéticos derivados del opio: son la metadona, la bupremorfina y la pentazocina.

En el grupo de las feniletilaminas se encuentra el Extasis, descubierto en 1912 en los laboratorios Merck de Darmstadt, donde se aisló de modo accidental la MDMA o metilenedioximetanfetamina, conocida como “**éxtasis**”. La primera comunicación científica sobre sus efectos en los seres humanos es de 1976, estudiada por el químico y farmacólogo A. Shulgin. Actualmente se ha incrementado de manera muy significativa variantes de esta droga sintética.

Las anfetaminas son un gran grupo de drogas sintéticas con efectos muy semejantes a los de la cocaína pero de mayor duración. Ejemplos se encuentra la dextroanfetamina, (dexedrina), la metanfetamina, (methedrina y dexosyn) y la misma anfetamina, (benzedrina)

En el grupo de las arilexilaminas se encuentra la fenclidina (o “polvo de ángel”), así como otros productos llamados ácidos como el LSD. El LSD o dietilamida del ácido lisérgico fue descubierto casualmente, hacia 1938 por A. Hofman, pero sus efectos en los humanos no se dilucidaron hasta 1943.

Las benzodiazepinas y otros ansiolíticos son las que constituyen más rápidamente dependencia y tolerancia. Entre ellas se encuentra el Ativán, el Valium, el Librium y el Rohypnol. La suspensión brusca de estas sustancias provoca convulsiones.

Se observa a manera de primeras conclusiones el que los usos de las drogas a través de la historia se observan tanto a nivel de uso colectivo como de uso individual. Sus funciones han tenido que ver con el uso recreativo o lúdico, el uso curativo o terapéutico y el uso religioso.

En relación con algunos aspectos de orden religioso se encuentra que el Cristianismo acepta el vino y rechaza las demás sustancias psicoactivas por ser consideradas diabólicas. De otra parte el islam se apoya en el rechazo al vino y su adhesión al opio y al café.

Las prohibiciones o las leyes represivas se presentan cuando las sustancias empiezan a ser utilizadas en otras culturas. Las prohibiciones tienen su origen en razones principalmente económicas y no sanitarias.

El término **droga** tiene diferentes connotaciones dependiendo del contexto o marco en el cual es utilizado. Es así como en las diferentes convenciones de Naciones Unidas se utiliza el término para referirse exclusivamente a las sustancias de control internacional. En el campo médico es cualquier sustancia que puede potencialmente prevenir o curar una enfermedad o aliviar una dolencia física o mejorar el bienestar de un individuo. En el campo farmacológico se refiere a cualquier sustancia química que altere los procesos bioquímicos o fisiológicos de un organismo. El uso común se orienta a las sustancias psicoactivas y en muchos casos específicamente a las drogas categorizadas como ilícitas. Sin embargo, la cafeína, el tabaco, el alcohol entre otras sustancias, también son sustancias psicoactivas considerando sus efectos⁹.

La definición clásica dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sirve de guía para la mayor parte de escritos sobre el tema

Dice la OMS: "Droga" es toda sustancia, natural o sintética, que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Así, el término droga se utiliza para referirse a todas las **sustancias que provocan una alteración del sistema nervioso central** y son capaces de producir adicción. Este término incluye no solo las sustancias ilegales sino también las legales como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen derivados de la cafeína o la teofilina, como el café o el té; igualmente las sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles.

Se encuentran diferentes clasificaciones de las sustancias: según su origen (vegetal o sintético), según la óptica social (lícitas, intermedias, ilícitas y otras), según sus efectos (depresoras, estimulantes, alucinógenas o mixtas) o según el sistema de clasificación diagnóstica (DSM IV).

DSM IV	Origen	Optica social	Efecto	Ejemplos
Alcohol	Vegetal	Legal	Depresor	Vino, cerveza
Alucinógenos	Vegetal o sintético	Illegal	Alucinógeno	LSD, mescalina, Yahé, peyote
Anfetaminas (ATS)	Sintético	Illegal	Estimulante	Speed,
Cafeína	Vegetal	Legal	Estimulante	Café, cola, cacao
Cannabis	Vegetal	Illegal	Mixta	Marihuana,
Cocaína	Vegetal	Illegal	Estimulante	Cocaina, bazuco
Fenciclidina	Sintético	Illegal	Mixto	Polvo de angel
Inhalantes	Sintético	Otras ¹⁰	Depresor	Pegantes, gasolina, solventes
Nicotina	Vegetal	Legal	Estimulante	Tabaco
Opiáceos	Vegetal o semi-	Intermedia e	Depresor	Morfina, heroína

⁹ UNODCCP (2000) Demand Reduction. A Glossary of Terms. Viena, Austria

¹⁰ Fabricados para un fin concreto y se los utiliza para otro

	sintético	ilegal		
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	Sintético	Intermedia ¹¹	Depresor	Metacualona, Benzodiacepinas (Rohypnol)

En relación con el **consumo** de sustancias psicoactivas, también se observan diferencias en los conceptos utilizados. En el caso de los tratados internacionales se refieren al abuso de drogas entendido como el consumo de cualquier sustancia controlada, no importando la frecuencia en el uso, con propósitos diferentes a médicos o científicos, incluyendo uso sin formula médica, en dosis excesivas o durante un periodo injustificado de tiempo¹². De otra parte, en el sistema de clasificación diagnóstica de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM IV) se establecen una serie de criterios para determinar que un individuo presenta abuso de sustancias. Además, este sistema diferencia el abuso de sustancias, de la dependencia a las mismas (ver cuadro).

Igualmente se presenta La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)¹³ el cual incluye en el capítulo V sobre trastornos mentales y del comportamiento aquellos debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)

¹¹ Se incluyen todos los medicamentos de venta libre o que requieran receta médica

¹² UNODCCP (2000) Demand Reduction. A Glossary of Terms. Viena, Austria

¹³ El CIE 10 es un sistema de clasificación de enfermedades que permite un registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis posterior

CRITERIOS DE DSM IV

ABUSO DE SUSTANCIAS

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

CIE -10
CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS
RELACIONADOS CON LA SALUD Décima Revisión
Volumen 1
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

FO9 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todas atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de las sustancias psicoactivas debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información: estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otras evidencias, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común .0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-9).

Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19.-) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente.

Excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías F10-F19:

.0 Intoxicación aguda

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia, y se resuelvan con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños titulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración.

Embriaguez aguda en el alcoholismo

Embriaguez SAI

Intoxicación patológica

“Mal viaje” (drogas)

Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicoactiva

.1 Uso nocivo

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol). Abuso de sustancia psicoactiva

.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces un estado de abstinencia por dependencia física. Pude haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancias (por ejemplo drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico, Dipsomanía, Drogadicción

.3 Estado de abstinencia

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de sus consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

.4 Estado de abstinencia con delirio

Afección en la que el estado de abstinencia definido en el cuarto carácter común .3 se complica con delirio según los criterios en F05. También se pueden presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8. Delirium tremens (incluido por alcohol)

.5 Trastorno psicótico

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

Alucinosis

Celotipia

Paranoia

Psicosis SAI

alcohólica

Excluye: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas (F1-F6) con cuarto carácter común .7).

.6 Síndrome amnésico

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados en relación con las demás perturbaciones.

Psicosis o síndrome de Korsakov inducido por el alcohol u otras sustancias psicoactivas o no especificadas

Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas

Excluye: psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04).

.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de sustancia psicoactiva. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí sólo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir es estado a los efectos residuales de la sustancia psicoactiva. Las retrospectivas (flashbacks) deben ser diferenciadas del estado psicótico en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Demencia alcohólica SAI, Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente, Síndrome cerebral alcohólico crónico

Trastorno (de la):

- Afectivo residual
- Percepción postconsumo de alucinógenos
- Psicótico de comienzo tardío inducido por sustancias psicoactivas
- Residual de la personalidad y del comportamiento

Excluye: estado psicótico inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10-F19 con cuarto carácter común .5).

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10-F19 con cuarto carácter común .6).

.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento.

..9 trastorno mental y del comportamiento, no especificado

Algunas Tendencias Mundiales Sobre Prevalencia Anual Del Consumo De Drogas Ilícitas

Prevalencia anual del uso de drogas – estimado de 2001-2003							
	Todas	Cannabis	Estimulantes tipo anfetaminico		Cocaína	Opiáceos	Heroína
			Anfetaminas	Extasis			
GLOBAL (millones personas)	185	146.2	29.6	8.3	13.3	15.2	9.2
% de la población global	3.0%	2.3%	0.5%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%
% de la población global mayor de 15 años	4.7%	3.7%	0.7%	0.2%	0.3%	0.4%	0.2%

Fuente: UNODC, World Drug Report 2004

Prevalencia anual del uso de drogas – estimado de 2000-2001							
	Todas	Cannabis	Estimulantes tipo anfetaminico		Cocaína	Opiáceos	Heroína
			Anfetaminas	Extasis			
GLOBAL (millones personas)	200	162.8	34.3	7.7	14.1	14.9	9.5
% de la población global	3.4%	2.7%	0.6%	0.1%	0.2%	0.3%	0.16%
% de la población global mayor de 15 años	4.7%	3.9%	0.8%	0.2%	0.3%	0.4%	0.22%

Fuente: UNODC, Global Illicit Drug Trends 2003

Prevalencia anual del uso de drogas- finales de la década de los 90						
	Todas	Cannabis	Estimulantes tipo anfetaminico*	Cocaína	Opiáceos	Heroína
GLOBAL (millones personas)	180	144.1	28.7	14	13.5	9.2
% de la población global	3.0%	2.4%	0.5%	0.2%	0.2%	0.15%
% de la población global mayor de 15 años	4.2%	3.4%	0.7%	0.3%	0.3%	0.22%

*Incluye metanfetaminas, anfetaminas y sustancias del grupo “éxtasis”
Fuente: UNODCCP, Tendances mundiales des drogues illicites 2001

EL CONSUMO EN COLOMBIA

En Colombia se han llevado a cabo dos estudios nacionales de consumo (1992 y 1996), así como una Encuesta nacional en jóvenes escolarizados de 10-24 años y actualmente se está terminando el Estudio de Salud Mental de Colombia que contempla un componente de abuso de sustancias.

El "Segundo estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia" realizado en 1996 por la DNE con el apoyo del Centro de Estudios de la Fundación Santafé de Bogotá, con personas de 150 municipios ubicados en 30 departamentos, con edades comprendidas entre 12 y 60 años, reveló que la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas es del 6.5% ; es decir, 1.674.510 colombianos, alguna vez en su vida han consumido cualquier SPA ilegal como basuco, marihuana, cocaína u opiáceos, frente a un 5.9% en 1992 ; al comparar esta cifra con las del estudio de 1992 se observa un incremento en el consumo global del 0.6%.

Este segundo estudio mostró además:

- Una estimación en 111.453 el número de nuevos consumidores de alguna droga ilegal. En su gran mayoría corresponden al grupo de edad de 12 a 17 años, están estudiando, su nivel de instrucción es la secundaria y se encuentran en los sitios de mayor concentración de gente, donde existe mayor desarrollo económico como es el eje cafetero y en las regiones con capitales como Bogotá, Medellín y Cali.
- El consumo de marihuana ha sido y sigue siendo, el de mayor aporte al consumo de drogas ilegales. El 5.4% de la población la ha consumido al menos una vez en la vida, mientras que los consumos de cocaína y basuco en la población se estima en 1.6% y 1.5%, respectivamente. Al comparar en forma independiente el consumo entre 1992 y 1996, de cada sustancia ilegal, nos encontramos que el aumento en el consumo global del último año, se atribuye en su gran mayoría a un aumento en el consumo de marihuana de 0.6% a 1.1%.
- El aumento tiene implicaciones importantes para los esfuerzos que se deben hacer en cuanto a tratamiento y prevención. Desde el punto de vista de la prevención, hay una necesidad obvia de enfocar atención inmediata en niños y adolescentes. A largo plazo, la proporción creciente de joven que usa las drogas ilícitas probablemente resulte presionando al sistema de tratamiento en futuros años, dado que muchos nuevos usuarios de droga progresan a la adicción.
- El 18.5% de la población estudiada consumió cigarrillo en el último mes y 21.4% en el último año. Las proporciones se diferencian de manera significativa según el sexo aumentan con la edad, siendo el grupo de 25 a 44 años el que aporta mayor número de consumidores actualmente. Con respecto a las diferencias encontradas con 1992, se muestra una disminución estadísticamente significativa de aproximadamente 3% en el consumo del último mes y de 4% en el último año.
- El consumo en el último año de cualquier bebida con contenido de alcohol, fue de 59.8% y el consumo en último mes fue de 35%. Los niveles de consumo más altos en el último año se encuentran en

hombres, personas entre los 18 y 44 años, que están trabajando y que tiene nivel educativo universitario.

- El índice CAGE de alcoholismo muestra que el 15.8% de la población de 12 a 60 años, esta en riesgo de ser alcohólica o es alcohólica, mientras que en el grupo de consumidores en el ultimo año, dicha prevalencia es de 25.6%.
- Se estima que en el ultimo año unas 182 mil personas, es decir 0.7% de la población de 12 a 60 años, consumió alguna pastilla psicoactiva. El consumo de pastillas es superior en mujeres que en hombres, siendo un poco mas de dos veces esta relación.
- El consumo de inhalables fue de 6.7%. Dicho consumo es superior en hombres que en mujeres. El grupo de trabajadores de 25 a 44 años son los de mayor riesgo de exposición. Las regiones Oriental y Pacífica, presentan las prevalencias más altas.

El estudio en general muestra un aumento en el consumo con respecto al mismo en 1992, sin ser un crecimiento geométrico. Es preocupante que en cuatro años las estimaciones muestren un consumo en el último año del doble.

Según resultados de la encuesta adelantada por Rumbos en el 2001 con jóvenes escolarizados de 10 a 24 años: Población encuestada: 200.876 (94.605 hombres y 103.739 mujeres)

En relación con sustancias legales

- El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes. Según prevalencia de vida, Tunja (90.4%), Manizales(88.8%) y Bogotá(88.3%) presentan los mayores índices. Sin embargo Tunja y Bogotá presentaron el menor número de casos nuevos.
- Arauca (57.5%), Leticia (60.1%), Sincelejo (67%) y Montería (74.7%) presentan el menor consumo de alcohol
- La edad de inicio de consumo de alcohol más frecuente reportada está en el rango de 10-14 años.
- En todas las ciudades los estudiantes universitarios y hombres, presentan el mayor consumo de alcohol.
- El cigarrillo presenta el mayor consumo en las ciudades de Tunja (54.6%), Bogotá (50.2%), Medellín (48.3%) y Manizales (48.1%)

En relación con sustancias ilegales

- La marihuana y la cocaína son las sustancias ilícitas de mayor consumo entre los jóvenes encuestados
- Las ciudades que presentan el mayor consumo global de marihuana, cocaína, heroína o éxtasis son: Medellín (21.4%), Manizales (11.6%), Armenia (11.6%), Pereira (11.5%) y Mocoa (11.1%). Bogotá presenta un consumo global de estas sustancias de (9.5%).
- El consumo de marihuana y cocaína lo presentan los estudiantes universitarios hombres.
- La edad de inicio de estas sustancias se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y 19 años.
- En la costa Atlántica se presenta la menor cantidad de jóvenes que ha consumido sustancias ilícitas.

- En relación con el consumo de otras sustancias ilegales se encuentra en general para todo el país: tranquilizantes (2.4%), Inhalables (2.2%), Extasis (2.2), Hongos (1.3%), Basuco (1.2%), Anfetaminas (1.1%), Heroína (1.1%) y Acidos (0.7%).

En general la ciudad donde se encuentra las mayores prevalencias es Medellín, seguida de Manizales, Armenia, Cali y Bogotá.

Diferentes estudios realizados entre 1990 y el 2002 permiten la identificación de tendencias de consumo de SPA en Colombia. Pese a problemas entre los diferentes estudios disponibles, hay evidencia suficiente que indica que la prevalencia de consumo de SPA en jóvenes es mayor que la población general. Los factores de riesgo asociados a las condiciones de vida en las ciudades generan una demanda por diferentes tipos de SPA que las cadenas de distribución ilícitas abastecen. Las grandes tendencias identificadas coinciden los diferentes estudios disponibles son las siguientes:

- Los jóvenes residentes en zonas urbanas son mas vulnerables
- El consumo tiende a iniciarse a edades mas tempranas
- El consumo en las mujeres tiende a igualarse con el de los hombres
- La demanda por nuevas sustancias de origen químico industrial tiende a aumentar

Estas tendencias ameritan la respuesta sistemática del estado y la sociedad. Los patrones generales identificados coinciden con las tendencias que las Naciones Unidas han detectado para el mundo en general

De acuerdo al informe de avance (documento para revisión) del Estudio de Salud Mental de Colombia 2003 llevada a cabo con en una muestra probabilística de 4,593 adultos (18 – 65) y 1,586 adolescentes (13 – 17), provenientes de 5,526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 420 manzanas de 60 municipios distribuidos en 25 de los departamentos del país.

El universo de estudio es, entonces, la población civil, no institucional, de 13 a 65 años de las zonas urbanas de 1070 municipios de los 25 principales departamentos.

Para efectos de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental fue diseñado un instrumento que permitiera la recolección de datos que aportaran diagnósticos de trastornos mentales, además de información de carácter sociodemográfico, condiciones físicas, uso de servicios, datos referentes a sucesos de la infancia entre otros.

Para el diseño de la sección diagnóstica de este instrumento se tomo como base la Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI) que es una entrevista estructurada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores debidamente entrenados para tales fines; esta entrevista genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con las definiciones y los criterios del CIE-10 y del DSM-IV.

Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (24.0% alguna vez), seguidos por los trastornos afectivos (13.9%) y los trastornos de uso de sustancias (10.7%) En los últimos 12 meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos y en seguida por los de uso de sustancias, y este orden se mantiene en los últimos 30 días. Además un análisis detallado permite observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Prevalencias de abuso y dependencia de drogas (2004):

El análisis nos muestra que la Prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6%. El abuso de alcohol es el principal problema. La Prevalencia de vida para alcohol es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 30 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

Al abuso de alcohol le sigue en importancia la dependencia a esta sustancia (alcoholismo) con una Prevalencia de 2.3%. Igual que el abuso, la dependencia al alcohol es 15 veces mayor en hombres que en mujeres. Le siguen en importancia la dependencia a la nicotina con una Prevalencia de vida de 1.6%, siendo seis veces mayor en hombres que en mujeres (Prevalencia de 2.9% y 0.5% respectivamente. Por otro lado, una de cada 100 personas abusa de droga y aproximadamente una de cada 200 tiene dependencia a estas. El problema global del consumo de sustancias psicoactivas se observa fundamentalmente en el sexo masculino: ocho de cada 40 hombres comparado con una de cada 40 mujeres.

Cuando se analiza el uso de drogas, el de mayor Prevalencia de vida es la marihuana con un 11.1%, seguida de la cocaína con 3.7% y tranquilizantes 2.6%. Al analizar por grupos de edad, el uso alguna vez en la vida se observa que tres de cada 20 personas entre los 18 y 29 años, seis de cada 50 entre los 30 y 44 años y siete de cada 50 entre los 45 y 59 años han consumido drogas.

En cuanto al abuso de drogas, este es mayor en el grupo de edad de 18 a 29 años (1.4%), disminuye a la mitad en el grupo de 30-44 años y se incrementa nuevamente en el grupo de 45-59 años. Si se analiza abuso/dependencia simultáneamente tenemos que dos de cada 90 personas entre 18 y 29 años tienen estos dos problemas y una de cada 70 de las personas entre 30 y 44 años y una de cada 90 entre los 45-59 años, suman requisitos para ambos diagnósticos.

En cuanto a la atención recibida en los 12 últimos meses por diferentes tipos de profesionales de la salud, encontramos que uno de cada 100 consultó al psiquiatra, uno de cada 30 fueron a otro especialista (Psicólogo o Psicoterapeuta o Enfermera, Trabajador Social y Orientador en escenarios de Salud Mental), uno de cada 250 consultaron con médico general, cuatro de cada 100 recurrieron a medicina alternativa.

Uso de drogas alguna vez en la vida en los últimos 12 meses por sexo, tipo de droga y edad.

Tipo de droga	Hombre				Mujeres				Total			
	Alguna vez		Ult.12 meses		Alguna vez		Ult.12 meses		Alguna vez		Ult.12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es)	%	Es	%	Es	%	Es
Marihuana	20.0	1.8	3.4	0.6	4.2	0.9	0.8	0.3	11.1	1.0	1.9	0.4
Cocaína	7.2	0.9	1.3	0.4	1.0	0.3	0.4	0.2	3.7	0.4	0.8	0.3
Tranquilizantes	4.2	1.2	1.7	1.1	1.3	0.4	0.9	0.4	2.6	0.6	1.2	0.5
Otra droga	1.6	0.4	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.8	0.2	0.1	0.1

Grupos de edad	Hombre				Mujeres				Total			
	Alguna vez		Ult.12 meses		Alguna vez		Ult.12 meses		Alguna vez		Ult.12 meses	
	%	Es*	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
18 – 29	22.7	3.7	9.4	3.7	8.0	1.8	4.0	1.3	15.0	1.9	6.6	1.9
30 – 44	20.3	2.7	3.3	0.8	5.1	1.5	0.8	0.3	11.6	1.5	1.9	0.5
45 – 59	29.7	5.1	3.3	1.5	4.6	1.4	1.0	0.6	14.4	2.5	1.9	0.6
60+	13.9	6.3	5.5	4.3	0.1	0.1	0.0	0.0	6.6	3.1	2.6	2.0
Subpro	22.8	2.0	5.9	1.7	5.7	0.9	1.9	0.5	13.2	1.0	3.7	0.8

Abuso, dependencia de drogas alguna vez en la vida y últimos 12 meses según el DSM-IV, por edad, sexo y total. Estudio de Salud Mental Colombia 2003.

Grupos de Edad	Total											
	Abuso alguna vez		Abuso ult. 12 mese		Dep. alguna vez		Dep. ult. 12 meses		Ab/dep. alguna vez		Ab/ dep ult. 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	1.4	0.5	0.6	0.3	0.9	0.3	0.3	0.1	2.3	0.6	0.9	0.3
30-44	0.7	0.2	0.1	0.1	0.7	0.4	0.4	0.2	1.4	0.4	0.5	0.2
45-59	1.0	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	1.1	0.4	0.1	0.1
60+	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Subpob.	1.0	0.2	0.3	0.1	0.6	0.2	0.2	0.1	1.6	0.3	0.5	0.1

Grupos de edad	Hombres											
	Abuso alguna vez		Abuso ult. 12 mese		Dep. alguna vez		Dep. ult. 12 meses		Ab/dep. alguna vez		Ab/ dep ult. 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es)	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	2.7	0.9	1.2	0.5	1.8	0.6	0.3	0.2	4.4	1.1	1.6	0.6
30-49	1.5	0.5	0.2	0.1	1.3	0.8	0.6	0.4	2.8	0.9	0.8	0.4
45-59	2.4	1.1	0.1	0.1	0.3	0.3	0.0	0.0	2.8	1.0	0.1	0.1
60+	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Subpob.	2.1	0.4	0.6	0.2	1.2	0.4	0.3	0.1	3.3	0.6	0.9	0.3

Grupos de edad	Mujeres											
	Abuso alguna vez		Abuso ult. 12 meses		Dep. alguna vez		Dep. ult. 12 meses		Ab/dep. alguna vez		Ab/ dep ult. 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es)	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.4	0.2	0.3	0.2
30-49	0.1	0.1	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
45-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60+	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Subpob.	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1

ALGUNOS FACTORES EXPLICATORIOS SOBRE EL ABUSO DE DROGAS

Las características de una sustancia son importantes para tratar de entender el abuso de drogas pero son insuficientes. Se requieren otros elementos para lograr dar una explicación comprensiva al fenómeno, que implica una relación entre un sujeto particular y una sustancia específica, enmarcada en un contexto socio-cultural determinado. Rocío Fernández Ballesteros¹⁴ plantea que la explicación del abuso de sustancias conlleva el analizar la función inicial que tenga el consumo para el sujeto y las características individuales o repertorios básicos de conducta del individuo. De igual manera es necesario considerar que los factores que facilitan el que una persona experimente por primera vez con una sustancia no son necesariamente los mismos que explican su abuso posterior. Además, desde esta perspectiva hay una diferencia importante entre la génesis y mantenimiento del consumo de sustancias legales de aquellas ilegales. **Hablar sobre la búsqueda de placer o satisfactores**

Es necesario diferenciar:

- Génesis del consumo de drogas
- Constitución o consumo habitual
- Abuso o adicción a las drogas

Aunque el decidir experimentar consumiendo una sustancia psicoactiva es una decisión personal, no así sucede con el desarrollar dependencia después de su uso repetido, tampoco es una decisión conciente e informada del individuo ni tampoco es debido a alguna debilidad moral del sujeto. La dependencia es más el resultado de un fenómeno complejo de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Además, el interjuego de estos factores que pueden poner a un individuo en riesgo de abusar de las sustancias pueden cambiar de una comunidad a otra y de un individuo a otro. De otra parte el tipo de sustancia a su vez genera efectos psicológicos y fisiológicos diferentes en el consumidor. (ver cuadro de sustancias)

De acuerdo con lo anterior, el consumo y el abuso de sustancias psicoactivas están determinados por múltiples factores que interactúan, son dinámicos y pueden variar de una comunidad a otra y de un individuo a otro. El lograr desarrollar un programa de prevención efectivo requiere la identificación previa de un número importante de estos factores para la comunidad, localidad o municipio dónde se busca implementar el programa. El documento de UNODC sobre lecciones aprendidas en la prevención del abuso de sustancias (2002) señala algunos de estos factores que las investigaciones adelantadas en el tema han logrado clarificar (cuadro XX) . El foco de trabajo en prevención busca por lo tanto minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores así como fortalecer las competencias de los individuos.

Las investigaciones han determinado la existencia de algunos factores generales tanto de riesgo como de protección en el abuso de sustancias. La

¹⁴ Fernández ballesteros, R. (1994) *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Ed. Pirámide.

validez de la información y de las campañas orientadas a prevenir el abuso han mostrado ser insuficientes para muchos grupos objetivo. El fortalecer los factores protectivos ha ganado prominencia y ha probado por lo menos ser tan importante como la reducción del riesgo en la medida que proporciona a las personas oportunidades, competencias, habilidades y la capacidad para llevar a cabo toma decisiones informadas.

Cuadro sobre factores de riesgo y protectores según el informe The World Drug Report 2000

<p><u>Factores de riesgo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ En la familia { Familias disfuncionales Criminalidad y abuso de drogas en la familia Supervisión inefectiva➤ En los grupos de amigos y pares➤ En la Escuela (Pobre atención en las escuelas, bajo rendimiento escolar, abandono escolar)➤ En el ambiente (Disponibilidad de drogas, reglas sociales, valores y normas en relación con el uso del cigarrillo, alcohol y sustancias ilícitas)➤ En el individuo (Baja autoestima, deficiencias en autocontrol y habilidades sociales, necesidad de búsqueda de sensaciones fuertes, eventos de vida estresantes y problemas afectivos o emocionales) <p><u>Factores protectores</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ En la familia (existencias de vínculos y relaciones familiares positivos, alta supervisión parental consistente)➤ En la Escuela (Aspiración a niveles altos de educación, buenas relaciones Profesores-alumno)➤ En el individuo (autoestima elevada, baja impulsividad, altos niveles motivacionales)➤ En las competencias personales y sociales(percepción de control, optimismo, búsqueda de deportes)

Es ampliamente aceptada la importancia de iniciar las actividades en reducción de la demanda focalizando particularmente grupos vulnerables. Los grupos que son considerados vulnerables en la mayor parte de las sociedades son:

- Trabajador@s sexuales
- Personas privadas de la libertad
- Hijos de padres consumidores de drogas
- Población indigente
- Niñ@s habitantes de o en la calle
- Poblaciones étnicas minoritarias
- Menores infractores de la ley penal
- Población económicamente marginada
- Población excluida
- Población desplazada
- Trabajadores de la industria del espectáculo o del entretenimiento

d) *Algunas consecuencias del consumo de drogas*

Las consecuencias del abuso de drogas son amplias e incluyen condiciones tales como intoxicación, uso perjudicial, dependencia y trastornos psicóticos. (ver cuadro DSM). Además, el abuso no sólo afecta al individuo en particular sino que puede tener un impacto importante en su familia, amigos y eventualmente en su comunidad.

El abuso de drogas puede estar influido pero a su vez afectar:

- El individuo \longleftrightarrow Factores físicos, psicológicos y sociales
- La familia \longleftrightarrow Fuente de problemas o impactado por¹⁵, o factor protector o de soporte
- La comunidad \longleftrightarrow Alta relación con problemas sociales (prostitución, SIDA, conductas ilegales¹⁶)

▪ Efectos en el individuo

Problemas de salud incluye efectos nocivos para el feto durante el embarazo, problemas en el desarrollo físico, problemas psicológicos y depresión, problemas en la adolescencia, bajo rendimiento escolar, tensiones en las relaciones con los otros y otras enfermedades tales como enfermedades coronarias, hepáticas y cáncer. El uso problemático de sustancias puede afectar la capacidad laboral del individuo.

Los efectos negativos que tiene el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas en asumir comportamientos sexuales de riesgo hacen de estos consumidores propensos a adquirir enfermedades de transmisión sexual como el HIV.

▪ Efectos en la familia y en amigos

La familia es tanto una fuente potencializadora de problemas de abuso de drogas, pero igualmente es una fuente potente para la prevención y el tratamiento. Por ejemplo, el abuso de sustancias se encuentra correlacionado más fuertemente con la desintegración de la familia que con la pobreza. Los efectos en la familia incluyen tanto factores psicológicos como económicos, puede facilitar el rompimiento o la desintegración de la familia, generar impacto negativo en el desarrollo integral de los niños y facilitar el que el individuo consumidor se involucre en actividades delictivas.

▪ Efectos en la comunidad

La relación entre la adicción a las sustancias y problemas sociales y de salud como prostitución, violencia intrafamiliar, criminalidad, accidentalidad, HIV/sida, y otras enfermedades se han demostrado claramente y crean problemas para la sociedad como un todo.

¹⁵ El abuso de sustancias se encuentra correlacionado más fuertemente con la desintegración de la familia que con la pobreza

¹⁶ El lazo entre droga y crimen es un aspecto que cada vez requiere más atención. Sus relaciones varían desde actos violentos cometidos bajo los efectos farmacológicos de algunas sustancias, actos llevados a cabo para mantener el hábito de abuso de sustancias, hasta actividades criminales asociadas con la oferta de drogas.

Algunos datos sobre los costos del abuso de sustancias:

Costos privados

- Para los consumidores de drogas
- Para la investigación en prevención
- Para atención de familias de los adictos
- Para atención a víctimas de accidentes ocasionados por personas bajo el efecto de sustancias
- Para empresas donde laboran las personas adictas

Costos públicos

- Servicios de Atención de la Salud Pública
- Gastos orientados a programas de prevención
-
- Gastos dedicados al control

Resumen de la Declaración sobre los Principios Rectores de la reducción de la Demanda de Drogas

Acerca del contexto

- *Todos los países se ven afectados por las consecuencias del uso indebido y tráfico ilícito de drogas.*
- *Las políticas y programas de reducción de la demanda de drogas debe dirigirse a todos los sectores.*
- *El problema es complejo y requiere un enfoque integral, equilibrado y coordinado.*

Los principios rectores para la reducción de la demanda de drogas:

- *Se encuentran enmarcados en los principios de la carta de las Naciones Unidas y del derecho internacional en particular respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, las libertades fundamentales y el principio de responsabilidad compartida.*
- *Se busca un enfoque integral que adopte un balance entre la reducción de la demanda de drogas y la reducción a la oferta.*
- *Las políticas deberán:*
 - *Orientarse a la prevención del uso de drogas y a la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido.*
 - *Fomentar la participación activa y coordinada de todos los actores de la comunidad*
 - *Respetar y tener en cuenta especificidades culturales y de género.*
 - *Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable.*
- *Las acciones estarán basadas en:*
 - *Evaluaciones actualizadas sobre la índole y magnitud de los problemas de consumo y el uso indebido de drogas y los problemas conexos en la población.*
 - *Conocimientos adquiridos mediante la investigación y de las lecciones aprendidas.*
- *Las acciones estarán dirigidas a:*
 - *Reducir factores de riesgo*
 - *Fomentar factores de protección*
 - *Fortalecer las potencialidades de las personas*
 - *Abarcar todos los aspectos de la prevención*
 - *Incorporar servicios de asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento e inserción social.*

▪ **Promoción**

El objetivo del acercamiento en promoción de la salud busca cambiar los determinantes de salud, individuales, sociales y ambientales, desde una perspectiva holística con el objetivo de empoderar a la comunidad a tomar fácilmente decisiones saludables. No se centra en la ausencia de enfermedad sino en lograr mejorar la calidad de vida de las personas y grupos de la sociedad. La primera conferencia Internacional sobre promoción de la salud realizada en Ottawa, Canadá en 1986, delimitó los principios básicos de la promoción de la salud.

Esta conferencia definió la promoción de la salud como el proceso de capacitar a las personas para que logren mejorar su salud y aumentar el control sobre la misma. Para alcanzar un estado del bienestar mental y social físico completo, un individuo o el grupo debe poder identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades, y cambiar o hacer frente al ambiente. La salud, por lo tanto, se considera como una fuente de vida diaria, no el objetivo de vivir. La salud es un concepto positivo que acentúa recursos sociales y personales, así como

capacidades físicas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es justa la responsabilidad del sector de la salud, sino va más allá de formas de vida sanas al bienestar.

Principios básicos de la promoción de la salud de acuerdo a la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986

- **Construir política pública de salud:** Poner la salud en la agenda de todos
- Crear ambientes de soporte
- Fortalecer la participación comunitaria
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios de salud
- Planear con visión de futuro

Un factor de protección muy importante es la resiliencia o resistencia al sufrimiento. Implica tener competencias de afrontamiento efectivas en respuesta a situaciones de riesgo o de adversidad.

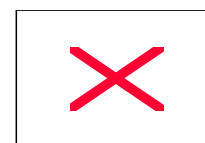
- **Prevención**

Las iniciativas de prevención buscan evitar el abuso de sustancias y el daño ocasionado con este. Estas iniciativas buscan reducir factores de riesgo, incrementar factores protectores del individuo, en grupos de alto riesgo, en comunidades dadas o en la sociedad como un todo.

Los primeros programas de prevención de abuso de sustancias se basaron esencialmente en la divulgación de la información sobre drogas y sus efectos, basados en el supuesto que una vez el individuo conociera las consecuencias negativas del uso de las sustancias tomaría la decisión de no consumirlas. La evaluación que se llevó a cabo de estos programas mostró que la información clara y confiable en materia preventiva es necesaria pero no suficiente para lograr resultados de impacto a largo plazo.

Otra debilidad encontrada por muchos programas de prevención llevados a cabo en el pasado tiene que ver con el papel directivo de los agentes de prevención asumidos ante la comunidad tanto en la definición de los problemas como en el planteamiento de las alternativas de solución. Las evaluaciones de los programas de prevención han señalado la necesidad de promover y posibilitar la participación de la comunidad en todas los momentos del proceso preventivo. Actualmente, todos los programas orientados a la reducción de la demanda de sustancias requieren la participación directa de la comunidad propiciando la comprensión integral del **problema, de las necesidades y de las potencialidades** y una actuación **reflexionada** en su propio contexto socio-cultural y desde su cotidianidad.

(incluir proceso de programas de prevención descritos por Becoña hay cuadro)



- Información mejora el conocimiento sobre los efectos negativos de las sustancias pero no es claro que tengan impacto en la reducción de la demanda a largo plazo.
- La información que exagera o magnifica las consecuencias negativas la hace menos creíble a la población objeto y puede tener el efecto contrario al esperado.

Es necesario que la comunidad y el grupo focal participen activamente tanto en la formulación del problema como en la búsqueda de alternativas de solución

Prevención es:

Algunas definiciones

De acuerdo con el glosario de términos de Naciones Unidas, prevención se define ampliamente como la intervención diseñada para cambiar los factores sociales y ambientales determinantes del consumo de drogas, incluyendo el retraso en la demora de inicio hasta disminuir las consecuencias negativas del consumo.

Las actuaciones preventivas adoptan diferentes modalidades¹⁷:

Campañas

Utilización de materiales

Actos lúdicos

Programas estandarizados

Planes nacionales, y locales, etc..

Qué busca la prevención¹⁸

- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas
- Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas
- Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia

¹⁷ Alvira Martín, Francisco Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid

¹⁸ Becoña Iglesias, E (2002) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen sustancias o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas
- Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludable.

Algunos programas se centran en el logro de la abstinencia total de la sustancia mientras que otros programas buscan el uso controlado de la misma. Especialmente en el caso del alcohol se encuentran estos dos puntos de vista.

Un programa de prevención es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultánea o sucesivamente con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar unos objetivos determinados (impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo o de abuso de drogas) en una población definida¹⁹

Principios a seguir en los programas de prevención²⁰

- Bienestar, promoviendo buena salud y sentirse bien
- No daño, es decir reducir inconvenientes o efectos colaterales negativos al máximo
- Respeto por la autonomía,
- Justicia, las ventajas y las desventajas deben ser equitativas.

Tipos de prevención

Prevención universal: Programas dirigidos a un universo o población definida (ej, adolescentes). Se encuentran la mayoría de los programas preventivos escolares (desarrollo de habilidades, formación en valores, habilidades para la vida etc..)

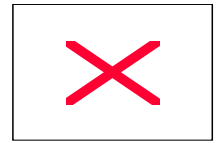
Prevención selectiva: Programas dirigidos a un subgrupo del universo o población arriba definida pero con características de ser población con riesgo de ser consumidores mayor que el general de esa población. (población en riesgo)

Prevención indicada: tienen como objetivo población consumidora o población de alto riesgo ya sea por problemas de comportamiento asociados al consumo o conductas problemas consecuentes del consumo.

¹⁹ Alvira Martín, Francisco Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid

²⁰ van der Stel, J (Ed) (1998) Handbook prevention: Alcohol, Drugs and Tobacco. Pompidou Group – Council of Europe & Jellinek Consultancy

Algunas herramientas sobre.... las estrategias



- Información mejora el conocimiento sobre los efectos negativos de las sustancias pero no es claro que tengan impacto en la reducción de la demanda a largo plazo.
- La información que exagera o magnifica las consecuencias negativas la hace menos creíble a la población objeto y puede tener el efecto contrario al esperado.

Es necesario que la comunidad y el grupo focal participen activamente tanto en la formulación del problema como en la búsqueda de alternativas de solución

Teniendo en cuenta que los programas de prevención no contribuyen de manera inmediata al mejoramiento de la salud pública y de la salud mental, el realizar la investigación evaluativa del programa es extremadamente importante. Los conceptos claves para la evaluación de los programas de prevención son **efectividad y eficiencia....Definirlos..** También tenemos que tener en cuenta que es importante que estos programas contemplen estrategias de largo plazo con el fin de trabajar en la sostenibilidad de estos programas preventivos. Estos programas deben estar integrados a las políticas de orden nacional y regional.

▪ Tratamiento

El tratamiento se centra en ayudar a las personas que tienen problemas relacionados con las drogas y es parte de la estrategia comprehensiva de la reducción de la demanda. El tratamiento debe tener (según lessons learned de UN) tres objetivos: reducir la dependencia a las sustancias, reducir la morbilidad y la mortalidad causada o asociada con el uso de sustancias y asegurar que los consumidores puedan maximizar sus capacidades y habilidades físicas, mentales y sociales como resultado de tener acceso oportuno de servicios de atención.

Incluir elementos del cuadro de tratamiento de UN

TIPOS DE INTERVENCIONES

- Intervenciones Breves
- Intervenciones de asistencia integral y de bajo umbral
- Desintoxicación hospitalaria
- Farmacoterapia
- Psicoterapia y asesoría/consejería
- Autoayuda/autoapoyo
- Servicios sociales
- Cuidado continuado

Los mejores resultados se dan cuando:

- Se permanece mas tiempo en el tratamiento
- Se refuerzan e incentivan la asistencia, la permanencia y la abstinencia
- Se tiene un asesor o terapeuta personal
- Se cuenta con servicios especializados si se tienen problemas psiquiátricos, familiares u ocupacionales
- Se cuenta con medicamentos que alivian las ansias, bloquean la acción de las drogas de las que se abusa y reducen los síntomas psiquiátricos
- Se participa en grupos de autoayuda después de terminar los ciclos principales de tratamiento.

- Inserción social

AMBITOS DE LA PREVENCIÓN

- Escolar
- Familiar
- Comunitaria
- Laboral
- Con grupos específicos

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Modelos de intervención en adolescentes

Objetivos de tratamiento

- ABSTINENCIA TOTAL
- USO RACIONAL DE LA SUSTANCIA
- REDUCCION DEL DAÑO

Aspectos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de adolescentes

1. Siempre es mejor iniciar algún tipo de tratamiento que no iniciar ninguno
2. Incorporar diversos niveles: individual, familiar, grupal, actividades comunitarias y extracurriculares
3. La opción de tratamiento adaptada al tipo de sustancia
4. Disminuir interrupciones en el desarrollo social y educativo del paciente

ETAPAS DEL PROCESO

1. Precontemplación
2. Contemplación
3. Preparación
4. Acción
5. Mantenimiento
6. Terminación

OMS: Tratamiento con dosis altas no debe confundirse con desintoxicación y “aunque la abstinencia total de la droga que causa un problema es un objetivo ideal, dicha abstinencia no es el único criterio para evaluar la eficacia del tratamiento, particularmente cuando se plantean objetivos intermedios y cuando se anticipa una progresión lenta”

15° Comité de expertos en Drogas que producen adicción 1966

- ✓ P.O'Hare: "... se trata de reducir las consecuencias nefastas del uso de drogas y de las políticas de lucha contra la droga, y sobre todo de intentar ocuparse de aquellos usuarios de drogas que no quieren, o no pueden, dejar de consumirlas, y que por tanto no acceden a los dispositivos de tratamiento con objetivos de abstinencia". Es decir, intentar minimizar, más que exacerbar, los daños derivados de ciertos usos de drogas.

Estrategias para desarrollar motivación

- Revisar información sobre efectos problemáticos de la sustancia
- Completar la matriz de toma de decisiones

Matriz para la toma de decisiones

	Consecuencias inmediatas		Consecuencias a largo plazo	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Dejar de consumir				
	Consecuencias inmediatas		Consecuencias a largo plazo	
Continuar consumiendo				

La planeación de la recuperación incluye

- Recibir información sobre el problema específico de consumo
- Desarrollar el interés de cambio
- Desarrollar habilidades de afrontamiento a las demandas de sobriedad
- Definir metas específicas de cambio

- Desarrollar planes de acción para ayudar al cambio
- Desarrollar plan de prevención de recaídas

La rehabilitación es un proceso en el cual se busca tanto el lograr un control sobre el consumo de la sustancia (abstinencia, disminuir las consecuencias problemáticas) como aprender habilidades dirigidas tanto al cambio en la persona como a su estilo de vida.

Hoja de trabajo sobre planeación de metas

Area de cambio	Meta	Pasos para lograr el cambio
Físico		
Emocional y psicológico		
Familiar		
Social e interpersonal		
Espiritual		
Otros (laborales, económicos)		