

Carta al Editor

El Dr. Juan Francisco Gálvez Flórez escribió a la Revista a propósito del editorial del número anterior (vol. 38 No. 1) titulado “Un nuevo paradigma en drogas y democracia: se abre el debate”, del Dr. Carlos Gómez-Restrepo. Por considerarla de sumo interés, reproducimos la totalidad de la carta.

Farmacodependencia y abuso de sustancias: ¿un problema de salud pública colombiano olvidado, mal enfocado, distorsionado o convertido en una vendetta política?

Juan Francisco Gálvez Flórez¹

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son una problemática frecuente tanto en nuestro medio local como en el escenario internacional. La prevalencia ha aumentado de forma inexorable, a pesar de las múltiples medidas tomadas a lo largo del tiempo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reporta en el informe del año 2000 acerca del consumo de sustancias que hay un 96% de países en los cuales se reporta consumo de cannabinoides entre sus habitantes, seguido de los opiáceos en un 87% de las naciones, y de 81%, para narcóticos como la cocaína. En un 73% de ellas se consumen drogas metaanfetamínicas como el éxtasis, el 69% refiere contar con problemas asociados a la adicción causada por inhalantes o benzodiazepinas, y en un 60% de los 13 países encuestados existe tráfico, venta y consumo de alucinógenos como el LSD o la mescalina.

En 2005 la ONU reporta un incremento en el consumo de todas las sustancias psicoactivas, tales como la marihuana, el éxtasis, la cocaína, la heroína, las benzodiazepinas y el opio fumado, independientemente de las medidas de salud pública adoptadas, políticas implementadas o penas legales establecidas a las cuales fueran sometidos los pacientes farmacodependientes. Solo se describen disminuciones en el consumo

¹ Médico psiquiatra. Especialista en Psiquiatría de Enlace. Profesor del Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

de sustancias de abuso de prescripción, como barbitúricos y morfina, a lo largo del tiempo en países desarrollados.

En la única región del mundo donde se ha reportado una disminución en las tasas de consumo de sustancias ilícitas es en aquellos países de Asia Oriental donde, desafortunadamente, todavía se imponen regímenes dictatoriales, y en los cuales se castiga el tráfico y consumo de estupefacientes con la pena de muerte y cadena perpetua.

Dichas medidas punitivas no han demostrado científicamente que lleven a procesos de rehabilitación para estos enfermos, quienes generalmente sufren de trastornos psiquiátricos mayores subyacentes. Todo lo contrario: tienden a contribuir al detrimento psicoemocional de los individuos, ya que los trastornos de personalidad, afectivos, psicóticos y por descontrol de impulsos, tan frecuentes en los adictos, tienden a ser pobremente detectados en el ámbito de la justicia penal ordinaria y de los médicos legistas y profesionales de la salud encargados de procesar, medicar y rehabilitar a estos enfermos como si fueran delincuentes en las respectivas correccionales.

Los niveles de desarrollo socioeconómico y cultural alcanzados con la globalización de los mercados financieros, la internacionalización de las fronteras y la expansión desmedida de los medios de comunicación han convertido el consumo de sustancias ilícitas en una problemática de salud pública cada vez más prevalente y difícil de resolver en todas las culturas, religiones, regímenes políticos y regiones geográficas de nuestro planeta.

Las campañas publicitarias que tratan de persuadir a los ciudadanos sobre el consumo, en la mayoría de los casos, han sido erróneamente enfocadas sobre elementos éticos, místicos, punitivos o mágicos que solo han generado el efecto contrario al esperado en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes, tal como lo vienen demostrando las cifras de consumo en la última década. Por otra parte, el desarrollo de la investigación sobre tratamientos con psicofármacos y psicoterapias específicas para las adicciones es, hasta el momento, bastante limitado en términos de efectividad y eficiencia a largo plazo.

Se calcula, en general, que aproximadamente un 80% de los pacientes quienes reciben tratamientos bajo consentimientos voluntarios completando todas las fases establecidas y rehabilitación en un programa de base científica, fracasan en el intento de abstenerse de consumir la sustancia en el primer año posterior a la culminación del tratamiento.

Sumado a esto, las intervenciones psicoterapéuticas que han demostrado resultados alentadores en pacientes con trastornos asociados al consumo de sustancias ilícitas requieren la atención de personal especializado que realizan abordajes terapéuticos para los cuales se necesita un entrenamiento adicional, así como manejo de contingencia económica (bonos de dinero por no consumir) para el adicto, carentes en la mayoría de profesionales de la salud e instituciones encargadas de tratar a estos pacientes.

En Colombia, el más reciente Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM), realizado en colaboración conjunta entre el Ministerio de la Protección Social, la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Harvard en Estados Unidos, reporta tasas de consumo de sustancias en aumento. Se describe un 12,7% de consumo de medicamentos no formulados, un 10,8% de marihuana y un 4,0% de cocaína, mientras el consumo de sustancias legales y socialmente aceptadas, como el alcohol y el cigarrillo, están desbordadas, con tasas de alrededor del 94,3% y el 48,1%, respectivamente, a pesar de los claros efectos nocivos para la salud de ambas sustancias, documentados a lo largo del tiempo en el cual han sido legalizados para la venta al público.

La prevalencia de cualquier trastorno por drogas alguna vez en la vida para los colombianos es del 9,6%, con un 2,8% de prevalencia de punto a 12 meses, y un 0,9% en los últimos 30 días. En la Tabla 1 se ilustran los resultados para abuso y dependencia de alcohol, nicotina y sustancias ilícitas.

Tabla 1. Prevalencias de vida de trastornos de sustancias en Colombia

Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Total
Cualquier trastorno de sustancias	21,1%	2,7%	10,7%
Abuso de alcohol	13,4%	1,7%	6,8%
Dependencia del alcohol	5,1%	0,4%	2,4%
Abuso de drogas	2,2%	0,1%	1,0%
Dependencia de drogas	1,3%	0,2%	0,7%
Dependencia de la nicotina	2,8%	0,5%	1,5%

Fuente: Posada Villa, J. A., et al. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2003.

En términos generales, el porcentaje de abuso-dependencia del alcohol se calcula en el 11,5%, mientras los problemas relacionados con el abuso-dependencia de sustancias ilícitas es tan solo del 2,2%. Se abusa en mayor

proporción de todas las sustancias consideradas como “ilícitas” por parte de franjas de hombres solteros en el rango etario de mayor productividad laboral: entre los 18 y los 54 años.

Se destacan, por otra parte, los altos niveles educativos y socioeconómicos obtenidos por estos pacientes al compararlos con la población general, con ingresos per cápita contradictoriamente más altos que los del promedio de trabajadores, asociado, a su vez, a niveles bajos de búsqueda de empleo en la actualidad.

En el dominio de la población jubilada, tanto el tabaco como el alcohol siguen siendo las sustancias de las que más frecuentemente se abusa o de las cuales se depende, lo cual genera complicaciones médicas infinitas que incrementan de forma desproporcionada los costos de atención en salud pública, ya que estos pacientes no aportan, sino que devengan del régimen de salud y pensiones vigentes en el territorio colombiano.

No existen números concluyentes acerca de los tratamientos específicos recibidos para drogadicción. A pesar de esto, en los colombianos parece existir hoy día una mayor conciencia en cuanto a consultar a los servicios de salud de forma voluntaria por trastornos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas, en comparación con aquellos relacionados con el alcohol y el cigarrillo.

La dependencia de cualquier sustancia es considerada como severa en el 48,9% de los casos por la población encuestada, con el abuso y la dependencia de sustancias ilícitas demostrando las tasas de severidad clínica más altas: entre el 74,4% y el 100%. Es importante anotar que son más severas, pero no tan frecuentes como las problemáticas por alcohol y cigarrillo, con prevalencias de punto a 12 meses de tan solo el 0,5% y el 0,2%.

Con el fin de implementar adecuados abordajes terapéuticos para estos pacientes en nuestro sistema de salud, se requiere primero una mejor comprensión de la cronología del abuso y dependencia de sustancias en el colombiano.

Las pautas de consumo parecen alejarse, en cierta medida, de algunos patrones observados en otras culturas y países similares. El abuso-dependencia alcohólico en Colombia antecede cronológicamente, en la vida de los pacientes, al consumo de medicamentos no formulados. Posteriormente al abuso-dependencia de analgésicos y medicamentos controlados, aparecen en el escenario clínico sustancias ilícitas como la marihuana y la cocaína.

Es importante aclarar que el alcoholismo se ha convertido en la puerta de entrada a todos los trastornos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas en nuestro país. El modelo punitivo de erradicación del consumo de drogas requeriría, forzosamente, prohibiciones del consumo del alcohol simultáneamente en todo el territorio nacional, para lograr la efectividad fantaseada por sus promotores.

Sabemos que esto no es viable, por las exuberantes cantidades de dinero recaudadas en impuestos a través de la compra y consumo de licor, que permiten financiar proyectos para la nación. Además, sería un retroceso a épocas medievales. Las mafias encargadas de la distribución del licor ilegal generarían tasas de violencia y crimen organizado nunca antes vistas en Colombia. Sin embargo, la prevención de consumo no puede limitarse a lo ilegal, pues con ello se desconocerían los efectos devastadores que el alcohol produce en la sociedad y la salud de todos los colombianos.

El problema prioritario para las entidades reguladoras y las autoridades encargadas de velar por la salud y el bienestar debe ser la prevención del consumo de alcohol presente en uno de cada diez ciudadanos, e involucrado, a su vez, en el 97% de las muertes violentas reportadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia en la década pasada. Antes de penalizar el consumo de la dosis personal, es mucho más coherente prohibir el consumo de alcohol en la vía pública, generador de accidentes de tránsito, homicidios, violaciones, robos, trifulcas en los estadios de fútbol y escenarios para eventos culturales.

Contrariamente a lo observado con el alcohol, las adicciones a sustancias ilícitas se presentan tan solo en 2 o 3 de cada 100 colombianos, y no han demostrado generar los impactos negativos en términos de mortalidad, violencia y orden público, relacionados recientemente con el alcohol.

Por otro lado, es fundamental entender que, en el contexto de las adicciones a sustancias como marihuana, cocaína, heroína, basuco, y metanfetaminas, la premisa de “mejor prevenir que curar” es absolutamente verídica. Una vez instaurado el abuso-dependencia de sustancias ilícitas, es más difícil de manejar y tratar terapéuticamente que el alcoholismo, con pobres resultados en términos de efectividad clínica y remisión. Por lo tanto, es pertinente enfocar los esfuerzos y recursos de las fuerzas de trabajo en salud para campañas preventivas acerca del consumo de alcohol y estupefacientes en etapas tempranas de la vida, más que en el desarrollo de sistemas de judicialización para los adictos crónicos.

Adicionalmente a todo lo mencionado acerca de las fallas graves en la conceptualización del problema, en Colombia no contamos en el presente con los recursos suficientes para trabajar con estos pacientes bajo las condiciones adecuadas.

Es importante enfatizar que las elaboraciones apresuradas de cambios en las leyes de salud y orden, sin la adecuada asesoría clínica de expertos en farmacodependencia para la implementación de las políticas, siempre generará resultados inocuos y estériles para la realidad social que golpea a nuestro país.

La verdad es que la carencia de un adecuado cubrimiento de los tratamientos necesarios para rehabilitar estos pacientes mientras el problema de consumo crecía de forma desproporcionada, las legislaciones contradictorias acerca del consumo de estupefacientes en diferentes estados de la región americana y los intereses oscuros de las partes involucradas en su distribución, expendio o consumo local e internacional, así como la falta de conciencia por parte de las autoridades competentes sobre la necesidad de abordar a los adictos como pacientes medicamente enfermos y no como criminales, son factores que impiden generar los puentes de comunicación necesarios entre el adicto, su familia, los terapeutas y el Estado para su recuperación.

Probablemente, los tratamientos obligatorios o “justicia terapéutica”, propuesta recientemente por algunos sectores políticos, tampoco generarán soluciones significativas, pues se aleja en gran medida de las posiciones científicas, docentes, académicas y democráticas vigentes en la medicina de las adicciones.

La alternativa de judicializar a los adictos si no desean someterse a tratamiento, sin tomar en cuenta sus razones, derechos o principios personales para decidirse a recibir o no recibir ayuda terapéutica, con lo cual se los estigmatiza ante los ojos de una sociedad descompuesta, se aleja muchísimo de los proyectos democráticos de igualdad, equidad y unidad, sobre los cuales esperamos poder continuar trabajando los profesionales de salud dedicados a trabajar con enfermos mentales.

Esta política, que atropella a los enfermos con adicciones, solo alejara tanto a los pacientes farmacodependientes como a nosotros mismos de la posibilidad de lograr en algún momento un éxito terapéutico longitudinal. Debe ser una tarea fundamental e indispensable de nuestro gremio científico luchar a toda costa porque se mantengan las condiciones de

confidencialidad requerida y el consentimiento informado que rigen nuestro ejercicio profesional.

Solo pensar que a la gente se le pueda, textualmente, obligar a recibir tratamiento psiquiátrico para adicción es comparable con incriminar a la gente por el tipo de ropa que utiliza, la música que oye, el carro que maneja, la comida que le gusta, el color de piel que tiene, el perfume que emana su piel o la religión que profesa. Bajo los principios de entrenamiento medico, científico y ético, recibido por todos nosotros, no caben condiciones de encuadre forzado, las cuales se parecerían más a técnicas de tortura que a la utilización de elementos terapéuticos bajo condiciones de tratamiento preestablecidas por ambas partes, como lo requiere la técnica de nuestro trabajo.

Considero que únicamente bajo condiciones de privacidad terapéutica y parámetros que respeten los derechos básicos del hombre podremos algún día abordar esta pandemia clínica con elementos maduros y efectivos, que lleven a las partes involucradas a trabajar al unísono, y no de forma disociada o escindida, como se propone en la actualidad.

Si bien es cierto que estos pacientes deben ser abordados con mayor seriedad, detenimiento y recursos por parte del Estado, los servicios prestadores de salud y los especialistas encargados de su cubrimiento médico, considero que los recursos deben ser invertidos en un entrenamiento especializado para el escaso recurso humano disponible, centros de rehabilitación e investigación clínica, importación y registro de medicamentos específicos para adicciones, los cuales no están disponibles en el país, y la consecución de programas de corte científico-académico que nos permitan documentarnos acerca de los tratamientos y su efectividad en los colombianos, datos de los cuales todavía carecemos.

Tratar de mezclar la justicia penal ordinaria, los regimenes penitenciarios y los tratamientos psiquiátricos obligatorios para adicciones, sin un adecuado preámbulo o escenario clínico de contención, inevitablemente anticipa el rotundo fracaso y pérdida absoluta de los recursos invertidos en cualquier intervención a futuro.

Las entidades encargadas de legislar, penalizar y asesorar en la materia deben entender claramente que el consumo en aumento es más una consecuencia que la causa de los problemas sociales, económicos y éticos que nos aquejan en estos momentos. La gente consume porque existe el

narcotráfico, y no al revés. La “mata que mata” no la siembra, procesa ni distribuye quien la consume. Debemos entender que estos pacientes son también parte de las víctimas y damnificados del conflicto armado por el tráfico de drogas en Colombia, y no los “culpables” de las situaciones que a diario nos aterrorizan por la radio, la televisión y la prensa escrita.

Los adictos no pueden ser considerados, desde ninguna perspectiva, como el reflejo de los pobres resultados o el “conejillo de indias” de la lucha contra las drogas. Estas políticas retrógradas, alejadas de los principios de la OMS en términos de brindar salud y bienestar a las poblaciones, han fracasado décadas atrás en países más desarrollados que el nuestro.

Debemos pensar que es mucho más importante y perentorio resolver las problemáticas asociadas a corrupción, robos, desfalcos a la nación, contratos ilegales, beneficios económicos de dudosa procedencia en las campañas políticas, la cultura generalizada del “dinero fácil”, tan propia del colombiano, las intermediaciones, favores políticos e incompatibilidades éticas contractuales, la falta de inversión en educación, salud y servicios de carácter social para la población.

Bibliografía recomendada

- Budney AJ, Roffman R, Stephens RS, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*. 2007;4(1):4-16.
- Department of Health and Human Services. Results of the National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Washington: Office of Applied Studies. 2008.
- Posada J. Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: resultados del Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM). Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.

Correspondencia
Juan Francisco Gálvez Flórez
Departamento Psiquiatría y Salud Mental
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7ª No. 40-62
Bogotá, Colombia
juanfcogalvez@hotmail.com