

Temas de actualidad

Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas

Diana R. Vargas Pineda¹

¹ Terapeuta Ocupacional. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. E-mail: divarg@hotmail.com

La salud mental puede interpretarse como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales; así mismo, como el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (1). Una parte de la salud mental se refleja en el consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol.

Según estimaciones del Banco Mundial los trastornos mentales representan aproximadamente el 9 % de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades y el 15 % de la carga global de la enfermedad (2). Adicionalmente surgen otras manifestaciones a las cuales es necesario hacer referencia: los costos imposibles de calcular de un sinnúmero de vidas desaparecidas en situaciones generadas por la producción, tráfico, distribución y consumo de sustancias ilegales con fuertes implicaciones dentro de la estabilidad política y social de los países.

ABUSO DE SUSTANCIAS

Las manifestaciones mentales de los individuos pueden responder a patrones culturales que influyen en el comportamiento y a factores individuales o genéticos que producen la enfermedad mental o la salud mental. Estos pueden ser vistos a partir de aproximaciones biológicas o psicológicas que tratan

de entender la compleja interrelación del individuo y su entorno, y las respuestas hacia estos. Una de estas manifestaciones corresponde a las conductas adictivas hacia sustancias psicoactivas, o el abuso de sustancias, entendido como un patrón desadaptativo de consumo, expresado en consecuencias adversas significativas y recurrentes que pueden llevar al incumplimiento de obligaciones importantes, al consumo en situaciones de peligro físico, a problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales (3).

Estas conductas son expresión resultante de los diferentes factores de riesgo que están en juego con respecto a la salud mental del ser humano, y depende de las condiciones en las que se desenvuelve la persona en términos laborales, los lazos sociales y afectivos y en general al desarrollo de su personalidad y medio ambiente donde vive y se desempeña.

Las sustancias psicoactivas, bien sean aceptadas o ilegales, constituyen “sustancias exógenas que afectan el sistema nervioso central, induciendo a respuestas que generalmente son reconocidas subjetivamente como de calma, energía o placer” (4). Los costos de su consumo se miden en cuanto a los efectos adversos para la salud, que se reflejan en los gastos para el tratamiento del abuso y desórdenes asociados, así como la morbilidad y mortalidad prematuras, y la pérdida de la productividad de la persona, el crimen, la violencia, y los programas de rehabilitación social (4).

FACTORES DE RIESGO

En el desarrollo mental se encuentran en juego una serie de factores que según la capacidad de respuesta de la persona genera mecanismos de adaptación favorables o desfavorables.

Los factores de riesgo reseñados a continuación corresponden a la recopilación presentada por la Cirujana General en 1998; se refieren a las diferentes circunstancias inmersas en la vida del individuo que pueden desencadenar con mayor facilidad un comportamiento de carácter adictivo (5).

Factores de riesgo genéticos: Se refieren a la mayor vulnerabilidad por parte de algunos individuos con respecto a otros, aun compartiendo circunstancias similares; esta susceptibilidad muy probablemente es transmitida genéticamente. Cabe mencionar la relación entre estos factores genéticos y las características del medio ambiente que pueden favorecer o no su desencadenamiento.

Factores de riesgo de transmisión familiar: La mayor predisposición al alcoholismo y consumo de sustancias, es decir, a la dependencia en general, se puede originar debido a la convivencia con otros consumidores, la permisividad ante el uso de las sustancias, la carencia de vínculos afectivos adecuados entre los miembros de la familia, la pobre participación de los padres en la educación de sus hijos, el ejercicio inadecuado de la autoridad (por exceso o defecto), pautas de disciplina incorrectas o inconstantes, desintegración familiar, sobreprotección, patrones de comunicación negativos como críticas permanentes y culpabilización, y el predominio de una comunicación conflictiva (6).

Factores de riesgo individuales: La edad es un factor importante a tener en cuenta; el adolescente y el adulto joven del género masculino presentan mayor predisposición a iniciarse en el consumo. La conducta que puede resultar corresponde a estados de agresividad, violencia y en general comportamientos antisociales. De otro lado, algunos estados emocionales pueden prevalecer: la depresión, hostilidad, ansiedad y baja autoestima.

Factores de riesgo socioculturales: La sociedad de consumo lleva implícitos mecanismos de seducción, lo que es favorecido en gran parte por los medios de comunicación; por ejemplo, la atractiva publicidad relacionada con el cigarrillo y el alcohol.

Los grupos de pares son los que más se asocian con el inicio y mantenimiento del consumo, y con respecto a la escuela de manera importante opera el modelo de maestros consumidores de tabaco o alcohol. De igual forma, pueden incidir la deficiencia de alternativas para el correcto manejo del tiempo libre, el modelo autocrático de autoridad y el predominio de un currículo academicista en vez de enfatizar en la formación humana. Finalmente, la disponibilidad de las sustancias en ciertos ambientes que rodean al joven como espectáculos, discotecas y variados sitios de encuentro de estos facilitan su acceso al consumo.

Factores psicosociales: La presencia de factores relacionados con la salud y el desarrollo humano, expresados en síntomas inespecíficos como dolores difusos, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, son indicativos de la habilidad de algunos individuos para detectar con mayor facilidad las manifestaciones psicológicas que pueden indicar una respuesta negativa a eventos determinados y el control que este mismo ejerce sobre dicho factor.

FACTORES PROTECTORES

En general la literatura mundial no ha dado mayor trascendencia a los factores protectores, ya que en su mayor parte equivalen a la contraposición del factor de riesgo. Sin embargo, se encuentran: la influencia positiva del grupo de amigos (pares, prácticas sanas sin riesgo), adecuados vínculos y comunicación entre padres e hijos (apoyo emocional), el respeto a los rituales básicos familiares donde hay intercambio de experiencias, soporte emocional y compañía mutua entre los miembros lo que implica mayor apego familia, el nivel de escolaridad mas elevado, una adecuada autoestima, y la disponibilidad de áreas de esparcimiento (6).

Un estudio presentó una serie de factores protectores que evitan la llegada de la persona al consumo y abuso: religiosidad, actividades conjuntas en familia, diálogo abierto y franco, expresiones de afecto, no consumo por parte de los padres, sentido de pertenencia, toma de decisiones por parte de todos los miembros de la familia, respeto a la autonomía y claridad de normas. Específicamente relacionados con la mujer mencionan madres con roles positivos, restricción de la bebida a ocasiones especiales y el rechazo a la relación entre el modelo femenino y el consumo de alcohol (8).

SITUACIÓN INTERNACIONAL

Alcoholismo

El alcohol es una de las sustancias mas usadas a nivel mundial. El consumo de alcohol es frecuentemente permitido en niños y adolescentes, situación que explica el inicio temprano de su consumo.

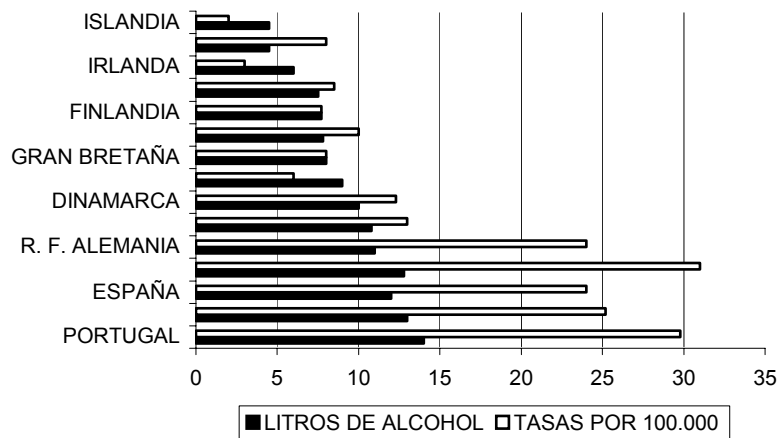
Su rol es importante en “actos violentos como accidentalidad, suicidio y homicidio; en enfermedades orgánicas como la cirrosis hepática y pancreatitis; problemas laborales y pérdida de productividad por ausentismo, accidentes de trabajo e incapacidades; años potenciales de vida perdidos; aumento de la demanda en la atención médica; y otro efectos negativos sobre el individuo, el núcleo familiar y la sociedad” (9).

Igualmente es la sustancia más relacionada con violencia doméstica y aumenta el riesgo de contraer infección por VIH debido al comportamiento sexual sin protección, frecuente cuando se está en estado de embriaguez. Es el segundo factor causante de muerte prematura después del tabaco.

A nivel mundial los mayores niveles de consumo y la mayor prevalencia de problemas relacionados con el consumo se encuentran en las regiones más desarrolladas: Europa, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.

En Europa, durante el período de 1950 a 1985 se produjo un notable aumento en la producción y el consumo de bebidas alcohólicas. En los últimos años se ha observado un estancamiento e inclusive disminución del consumo en países de la Unión Europea y Escandinavos (exceptuando países como España, Portugal y Alemania donde el bajo precio del alcohol estimula su consumo). En la Figura 1 se presenta el consumo de alcohol y una de las más directas consecuencias de su consumo la cirrosis hepática (10).

Figura 1. Consumo de alcohol puro en litros por habitante y tasas de mortalidad por cirrosis hepática, en países europeos 1985



La disminución del consumo señalado probablemente es debido a la legislación contenida en documentos como la Carta Constitucional Europea, que "...contempla acciones para regular la producción, distribución, y consumo de alcohol; así como principios éticos y estrategias para la acción, el enfoque en programas educativos en la niñez a través de leyes que limiten el impulso a la bebida y otras acciones de carácter legislativo y las medidas de política fiscal. La legislación apunta a la protección de los consumidores y la protección de la salud pública" (11).

En Estados Unidos, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Abuso del Alcohol en 1988, clasificó la mayoría de los norteamericanos como bebedores frecuentes (51,4 %); alrededor del 27 % de la muestra es-

tudiada reportó beber mas de tres veces a la semana y el número de tragos por ocasión de beber fue del orden de 2,9. Un estudio patrocinado por la misma entidad en el año de 1992 encontró que la tasa de prevalencia para el consumo del alcohol es mayor en la población de 45 años y más, y la mortalidad por suicidio predomina en adolescentes mujeres y adultas jóvenes como consecuencia de beber (4).

Como lo presenta el informe la Salud en las Américas, la mayoría de los países reportan dependencia del alcohol de un 6 % a 8 % para la población mayor de 12 años y cerca del 12 % son bebedores excesivos (12).

En América Latina se presentan cifras elevadas de defunción por cirrosis hepática en las zonas de Chile, México y Puerto Rico. En países como Argentina y Uruguay se ha reducido notablemente el consumo de alcohol y la muerte por cirrosis hepática (12).

TABAQUISMO

Si se mantienen los patrones actuales de consumo de tabaco aproximadamente 500 millones de personas, de las que casi la mitad son niños ahora, morirán por esa causa según la OMS (13). El cigarrillo es la mayor causa de mortalidad en países desarrollados, maneja costos tanto directos como indirectos, referidos los primeros a los relacionados con el cuidado de la salud y los segundos con la pérdida de productividad morbilidad, discapacidad y muerte prematura.

Dentro de su composición, el cigarrillo presenta alrededor de 4 000 compuestos entre los que se encuentran diferentes sustancias clasificadas como cancerígenas que afectan no sólo al fumador activo sino también a los fumadores pasivos, en especial a la población infantil y los ancianos.

El tabaquismo, mas que un hábito es hoy la adicción a una droga (7), con una serie de alteraciones ampliamente conocidas que provoca su consumo: enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular; cáncer pulmonar, de la cavidad oral, de laringe, esófago, estómago, renal, pancreático y de cuello uterino; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedad gastrointestinal; enfermedad periodontal y enfermedad materna-infantil como muerte neonatal, aborto espontáneo y bajo peso al nacer) (4).

Según estimaciones de la OMS el tabaco se considera la causa de 40 a 45 % de todas las muertes por cáncer, un 90 a 95 % de muertes por cáncer de pulmón, el 75 % de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva cró-

nica, alrededor del 20 % de muertes por enfermedad vascular y 35% de muertes por enfermedad cardiovascular en hombres de 35 a 69 años habitantes en los países industrializados.

Las prevalencias mundiales de consumo estimadas por género en las regiones de la OMS se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Prevalencia estimada del consumo de cigarrillo por género de 15 años y más a comienzos de los noventas

Regiones o países de la OMS	Hombres (%)	Mujeres (%)
Africana	29	4
Américas	35	22
Oriente del Mediterráneo	35	4
Sudeste de Asia	46	26
Occidental del Pacífico	60	8
Países mas desarrollados	42	24
Países menos desarrollados	48	7
Mundo	47	12

El consumo mundial se ha mantenido constante, debido a que en los países desarrollados se fuman cada vez menos cigarrillos por día, mientras que en países en desarrollo se fuman más.

La industria del tabaco se encuentra controlada por unos pocos monopolios estatales (China, Estados Unidos, India, Brasil y Turquía). La producción y exportación de tabaco es la principal fuente económica en países como Zimbawe y Malawi y una de las más significativas fuentes en otros países como la China (alto consumidor) y Estados Unidos, lo cual dificulta el cumplimiento de las políticas planteadas para su control a nivel internacional.

Las políticas mundiales tienden a controlar la producción del tabaco por medio de diferentes medidas que enfatizan la importancia de una legislación fuerte, incluyendo la prohibición total de todas las formas de promoción directa e indirecta de productos del tabaco, los aumentos regulares en los impuestos, la protección completa para los no fumadores, la educación obligatoria sobre el consumo y la prohibición de fumar en el transporte público, las escuelas y entidades de salud (14).

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen el consumo excesivo, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Aque-

llos se clasifican en trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium* inducido por sustancias, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno sicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño) (3).

Estudios específicos realizados en Estados Unidos como el “National Comorbidity Survey” y “Monitoring the Future” han presentado la proporción de personas que tienen dependencia hacia las drogas, abusan de ellas y tienen desordenes mentales relacionados. El orden descendente es así: marihuana 46,3 %, cocaína 16,2 %, estimulantes 15,3 %, ansiolíticos – sedantes e hipnóticos 12,7 %, alucinógenos 10,6 %, inhalables 6,8 % y heroína 1,5 %. El tabaco registra un uso de 76,6 % aportando la tasa de dependencia más elevada (4).

El consumo de sustancias ha evidenciado un uso creciente no sólo en los países tradicionalmente consumidores como España, Francia y Estados Unidos, sino también en países productores y distribuidores como Perú, Bolivia y México. Lo anterior puede ser explicado por la endeble composición familiar y los patrones cambiantes de actitud frente a la vida (15)

La investigación y las observaciones indican que la edad de inicio del uso de drogas es cada vez menor; lo cual se ha observado de manera especial en niños de la calle. Un estudio en ciudad de México encontró que el 12 % de las personas que había iniciado el uso del pegante lo hizo a la edad de 9 años. En Bolivia y Perú, niños de ocho años de edad informaron haber iniciado el consumo de bazuco (16,17).

SITUACIÓN EN COLOMBIA

En Colombia se encuentran algunos factores de riesgo específicos resultado de las dinámicas sociales y políticas por las que se encuentra atravesando el país. Así, “...buena parte de la población colombiana se encuentra en riesgo de ver comprometida su salud mental, y en virtud de la confluencia de una amplia serie de factores presentes actuando sinérgicamente, la probabilidad de sufrir algún tipo de alteración mental se ve multiplicada, adquiriendo un carácter exponencial en el caso de la población infantil (1). Así mismo, el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en Colombia en el año de 1997 contiene datos que pueden interpretarse como factores de riesgo específicos: una de cada cuatro personas tiene a su familia desintegrada, se evidencia el deterioro de las relaciones de apoyo social, una marcada insatisfacción, del 78,2 %, por la situación del país y la desconfianza hacia las autoridades políticas con un 71,9 %, hacia los funcionarios públicos con el 40 % y de policía con 30,7 %.

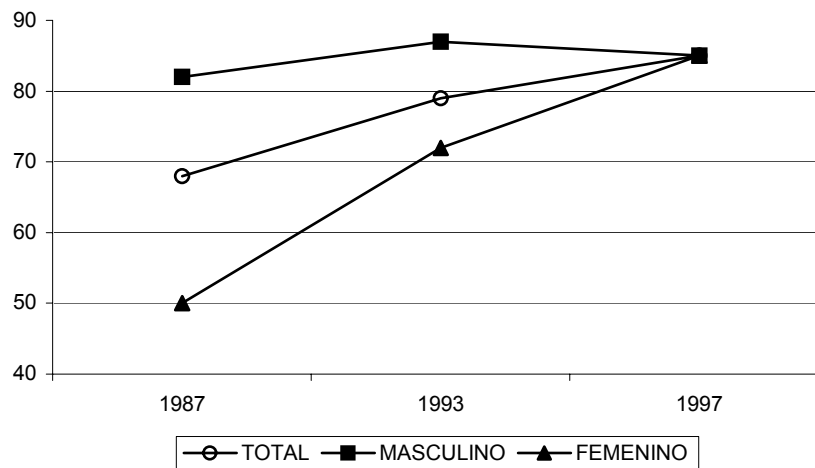
Alcoholismo

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en 1997 fue del 85,8 % de la población, lo que representó un aumento de 18,7 %, entre 1987 y 1997 (Figura 2). Por género, la prevalencia en el mismo año fue de 85,5 % para el masculino y 88,9 % para el femenino. En general, se encuentra un incremento del consumo por parte del género femenino que se puede relacionar con la mayor aceptación hacia la participación de la mujer en espacios sociales y recreativos que anteriormente le exigían mas control en el consumo de bebidas.

La edad de iniciación está en el grupo de 12 a 15 años, lo cual es importante tener en cuenta ya que la literatura refiere que “la temprana iniciación del consumo se comporta como predictor de consumo problemático, y está asociado con problemas de policonsumo y violencia juvenil” (7).

El sondeo nacional del consumo de drogas en jóvenes, realizado en 1999, en 29 ciudades colombianas por el programa “Rumbos” de la Presidencia de la República, encontró el alcohol como la sustancia de mayor consumo en la población de 10 a 24 años, con una prevalencia de vida del 73 %. Los consumos mas altos se encontraron en Bogotá, Manizales, Tunja, Riohacha, Yopal y Bucaramanga (18).

Figura 2. Tendencia de la prevalencia (%) anual de consumo de bebidas alcohólicas . 1987-1997



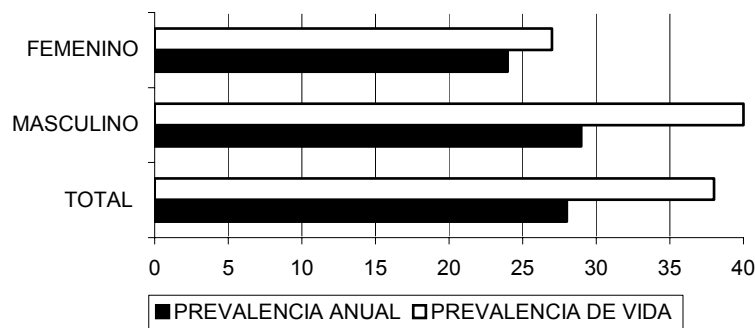
Las políticas encaminadas al control del alcoholismo se han dirigido al control de la venta a menores de edad y a mujeres en estado de gestación, y

al establecimiento del horario de transmisión de publicidad relacionada con alcohol y tabaco. De igual forma se dictan medidas de protección social y rehabilitación de toxicómanos y alcohólicos, entre otros. Con respecto al tratamiento es de resaltar acciones a nivel de organizaciones no gubernamentales como Alcohólicos Anónimos que actúa con efectividad en la rehabilitación de individuos en más de 160 países. De esta organización existen solamente en Bogotá 91 grupos sin ánimo de lucro que brindan apoyo a personas en estado de alcoholismo y a sus familias (19).

Tabaquismo

A la par con el alcohol, el tabaco se comporta como una de las sustancias “puerta de entrada” para el consumo de otras sustancias. La siguiente figura muestra la prevalencia de consumo de cigarrillo en Colombia.

Figura 3. Prevalencia de consumo de cigarrillo, según género - 1997



Los estudios de factores de riesgo I y II (ENFREC), realizados en Colombia en 1993 y 1998 muestran un descenso de la prevalencia de tabaquismo en hombres y mujeres del 21,4 % en 1993 a 18,9 % en 1998. Esta tendencia a la disminución de la prevalencia también fue encontrada por la Fundación Santafé en dos encuestas realizadas a nivel nacional; la primera, de 1993, indica una prevalencia anual de 25,8 % que disminuyó en la de 1996 a 21,4 % (20).

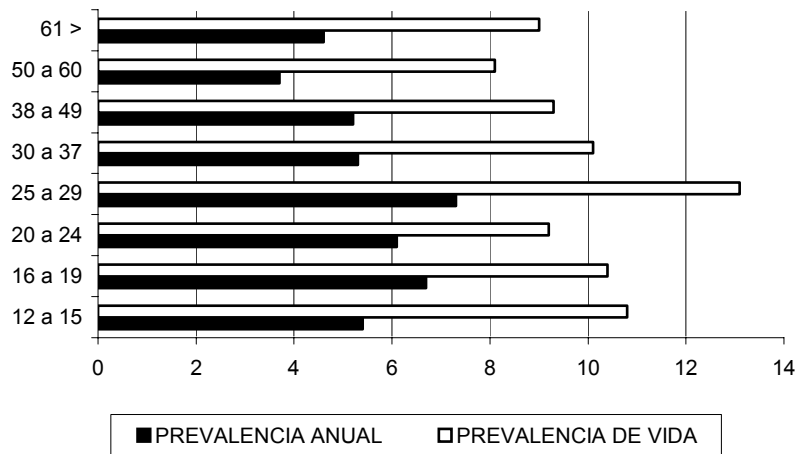
Sin embargo, la tendencia es diferente en los adolescentes entre 12 a 17 años, en los que se encontró una elevación del uso experimental del cigarrillo de un 12,7 % en 1993 a un 18,6 % en 1998. De otra parte, el consumo de cigarrillo en jóvenes es menor que el del alcohol

Sustancias Psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema de salud pública (21), según lo refiere la Política Nacional de Salud Mental (1). Se debe tener en cuenta que drogas tradicionalmente consumidas en el exterior se están utilizando con furor en Colombia, como lo es el éxtasis, especialmente en jóvenes de estratos altos (22).

Tranquilizantes Menores. En el estudio de Salud Mental de 1997 se encontraron las prevalencias presentadas en la Figura 4. Adicionalmente, se encontró mayor prevalencia en el género femenino en el rango de edad de 25 a 29 años, seguido por el rango de 16 a 19 años.

Figura 4. Prevalencia (%) de consumo de tranquilizantes menores, según edades - 1997



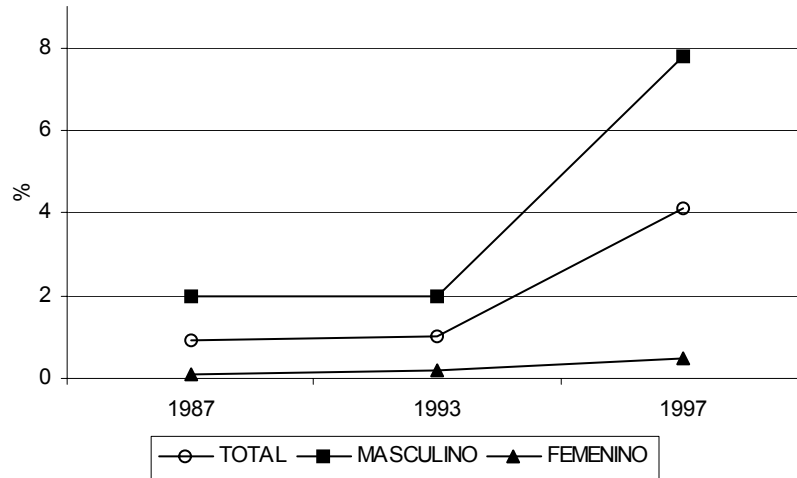
Anfetaminas. Estas sustancias presentan una menor prevalencia de consumo, son frecuentemente utilizadas por estudiantes o conductores que necesitan estar vigilantes durante periodos prolongados de tiempo.

El estudio mencionado arrojó datos de prevalencia anual del 6 por mil, sin diferencias importantes con respecto al género. El grupo de edad con mayor consumo fue el de 30 a 37 años, así como el estrato sin educación formal. De otra parte, según el Sondeo Nacional, se encontró las anfetaminas en el sexto lugar de consumo.

Marihuana. La marihuana juega un importante papel en la epidemia del consumo de sustancias; es la droga ilegal de mayor consumo en los jóvenes, tanto en el país como en el ámbito mundial.

Los estudios de 1993, 1997 y el sondeo de 1999 muestran a esta sustancia en el primer lugar de consumo en Colombia. Según el estudio de salud mental de 1997 la prevalencia para el género masculino fue mayor en el grupo de 25 a 29 años, y en la población sin educación formal. En la Figura 5 se observa la tendencia de consumo de la sustancia en el país durante la década 1987 – 1997.

Figura 5. Tendencias del consumo de marihuana
1987 - 1997



Según el Sondeo Nacional, en Medellín y las tres ciudades del eje cafetero las tasas de consumo duplican el promedio de las 29 ciudades incluidas en el estudio, seguidas de Bogotá, Cali y Bucaramanga.

En Bogotá se encuentra que el consumo de marihuana es mayor en hombres de estrato alto, con edades comprendidas entre 25 a 34 años (23).

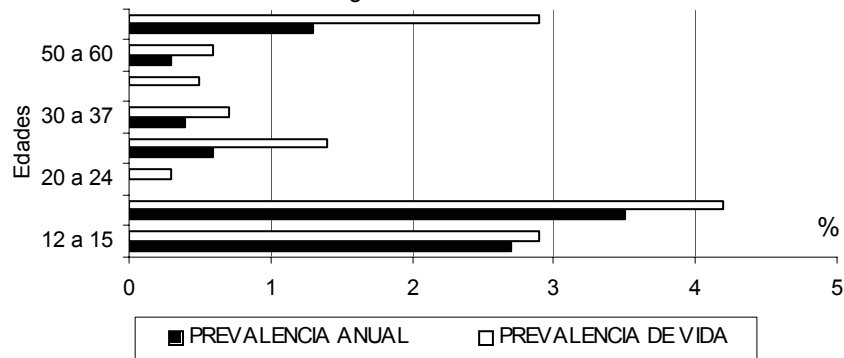
Con respecto a esta sustancia es importante mencionar el desconocimiento de los efectos reales de la misma. Es frecuente que las personas describan la marihuana como poco peligrosa ya que no produce adicción, por esto se sugiere en la Política Nacional de Salud Mental “la mayor actualización del cuerpo médico, y de la comunidad en general, sobre los efectos del consumo de la marihuana en los seres humanos” (1).

Bazuco. El bazuco fue iniciado en el Perú, y su consumo se ha dado en Colombia en forma epidémica (9). Se asocia con individuos que habitan en la calle, dado el costo y la calidad de la sustancia.

El estudio de 1993 encontró como la edad de inicio era de los 11 a los 15 años con un 16,7 %, de 16 a 18 años y de 19 a 25 años con 33,4 %. En el estudio de 1997 se encontró que los grupos de mayor riesgo fueron, en el género femenino el de 16 a 19 años y del género masculino el de 20 a 24 años.

Inhalables. Las sustancias inhalables son frecuentemente usadas por los niños callejeros para mantenerse despiertos o alerta, o al contrario para lograr dormir, eliminar el dolor físico o emocional, o para reemplazar la ingesta de alimentos. Esta sustancia es la más usada por los niños callejeros por su bajo precio y alta disponibilidad (17). Por ejemplo, el pegante se consigue en áreas donde la zapatería es común, los solventes en las áreas industriales así como varias formas de inhalables, alcohol y nicotina. El uso de droga entre las personas de la calle se relaciona estrechamente con otros problemas de salud y comportamientos de riesgo como la prostitución, la explotación sexual y el sexo inseguro, práctica que ha contribuido a una incidencia creciente de HIV/SIDA entre este grupo en particular.

Figura 6. Prevalencia de consumo de inhalables, según edad - 1998



En el estudio de 1997 se incluyó por primera vez estas sustancias, teniendo en cuenta no solo la inhalación provocada, sino la accidental y la ocupacional; por lo tanto, estos datos reflejan un monitoreo en el patrón de consumo (7), sin incluir la población realmente implicada ◀

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Colombia. Política Nacional de Salud Mental. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
2. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial .Invertir en Salud Washington: Banco Mundial; 1993.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. España: Masson; 1995.
4. Wallace R. Editor. Public Health and Preventive Medicine: Appleton & Langué; 1998.
5. Reporte del Cirujano General. Los Fundamentos de la Salud Mental y la Enfermedad Mental. Washington; 1998.
6. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI). Consumo de SPA en Adolescentes escolarizados en tres localidades de Santafé de Bogotá; 1998.
7. Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Santafé de Bogotá; 1997.
8. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI), Universidad de los Andes Programa La Casa. Segundo Estudio de Consumo de SPA en la Ciudad de Santa Fe de Bogotá; 1992.
9. Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia; Santafé de Bogotá; 1993.
10. Martínez F, Antó J. Salud Pública. Madrid: Mc Graw Hill; 1998.
11. Lehto J. The Economics of Alcohol Policy European Alcohol Action Plan. In: European Series No. 61. WHO; 1995.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volúmenes I y II. Washington. PC 569; 1998.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Epidemia del Tabaquismo. Washington. PC 577; 2000.
14. World Health Organization. Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva; 1997.
15. Cohen W, Inaba D. Drogas: Estimulantes, Depresores, Alucinógenos: Grupo Editorial Latinoamericano. Argentina; 1992.
16. Anderson P. Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse. En: WHO Regional Publications, European Series. No. 59. WHO;1995.
17. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI). Consumo de Sustancias Inhalables en Santafé de Bogotá; 1998.
18. Programa Presidencial Rumbos. Sondeo Nacional de Consumo de Drogas en Jóvenes 1999 – 2000. Santafé de Bogotá; 2000.

19. Alcohólicos Anónimos. Preguntas y Respuestas acerca del Programa para la recuperación de la enfermedad del Alcoholismo. Medellín: Oficina de Servicios Generales; 1999.
20. Ministerio de Salud de Colombia. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II. Tomo II: Tabaquismo. Santafé de Bogotá; 1999.
21. Roldán I. El abuso de las drogas, una perspectiva internacional. Revista Fac. Med. U. Nal. Abril – Junio 2000. Vol. 48 (2): 77- 88.
22. Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá. Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI). Extasis ¿La nueva promesa? Estudio exploratorio sobre el consumo de MDA en Santa Fe de Bogotá.
23. Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá. Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI). II Estudio Epidemiológico sobre el consumo de Sustancias Psicoactivas en la ciudad de Santa Fe de Bogotá en 1992, Santafé de Bogotá; 1994.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>