



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

## **PROTOCOLO DE VIGILANCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA CENTROS DE ATENCIÓN A LA DROGADICCIÓN (CAD)**

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL**

**ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI**

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - PRIORIDAD SALUD MENTAL**

**Santiago de Cali**

**2009- 2010-2011**



## Tabla de Contenido

1. Objetivos .....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos específicos .....	3
2. Alcance .....	3
3. Responsabilidad.....	3
4. Definición del evento.....	4
5. Importancia del evento .....	4
5.1. Descripción del evento .....	4
5.2. Caracterización epidemiológica .....	4
6. Justificación del Sistema de Vigilancia VESPA.....	5
7. Fuentes de información .....	7
8. Recolección de información.....	7
Figura 1. Flujograma de la vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas a partir de información generada desde los Centros de Atención a la Drogadicción: .....	8
9. Procesamiento de datos .....	8
10. Control de calidad .....	10
11. Análisis de datos.....	10
12. Difusión de resultados e Indicadores de Gestión.....	12
13. Conceptos básicos .....	13
14. Bibliografía .....	22
Anexo 1 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>



## 1. Objetivos

### Objetivo General

Implementar un Sistema de Vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas con datos provenientes de los Centros de Atención a la Drogadicción (CAD) habilitados en el Municipio de Cali y región circunvecina, que permita orientar la toma de decisiones en programas de prevención y atención integral al consumo de sustancias psicoactivas.

### Objetivos específicos

- Recolectar información estandarizada y confiable que permita consolidar una base de datos que genere evidencia y conocimiento de las drogodependencias en nuestra región.
- Caracterizar la población que ha iniciado tratamiento con base en variables socio- demográficas básicas.
- Describir las características de las personas que han iniciado tratamiento con base en variables demográficas básicas.
- Monitorear los cambios en las tendencias en relación al tipo de droga, vía de administración, variables socio demográficas, otros efectos.
- Generar mínimo un espacio trimestral intersectorial de toma de decisiones donde el análisis epidemiológico que se presente sea complementado con otro tipo de información, lo que permitirá hacer un análisis de realidad holístico para la atención y prevención de SPA desde las instituciones en los diversos niveles.

## 2. Alcance

Este documento define la metodología para la notificación, recolección y análisis de los casos de abuso del Consumo de Sustancias Psicoactivas (CSPA) en la Ciudad de Santiago de Cali.

## 3. Responsabilidad

Es responsabilidad de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, a través de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, coordinar la notificación, recolección y análisis de la información necesaria para realizar la vigilancia del CSPA a través del presente documento y en congruencia con las labores de las siguientes instituciones:

- Ministerio de la Protección Social-Centro Nacional de Enlace.
- Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.
- Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca.
- Unidades primarias generadoras de datos a nivel municipal.



## 4. Definición del evento

Se considerará un caso para efectos de la vigilancia toda persona que ingrese o se encuentre recibiendo atención en un CAD para el abuso en el consumo o adicción a las sustancias psicoactivas, por un tiempo mínimo de 15 días.

## 5. Importancia del evento

### 5.1. Descripción del evento

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública de orden mundial, y con repercusiones en los niveles individual, relacional, comunitario y social. Un problema para su abordaje es la ambivalencia de la sociedad, la cual estimula e incentiva su uso (las drogas legales) además mantiene una actitud de marginación y censura a quienes sufren de una adicción.

Análisis previos han permitido determinar que el consumo de sustancias psicoactivas trae consecuencias sociales graves para las personas con deterioro progresivo de los vínculos familiares, disminución del rendimiento laboral, aumento de conductas antisociales, mayor morbilidad y mortalidad precoz. Dentro de las causas del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, se ha encontrado una influencia conjunta de factores socioculturales, familiares, psicodinámicos, de personalidad y genéticos.

Las fuertes interrelaciones existentes entre el consumo de psicoactivos y temas como el tráfico de drogas, la violencia, asaltos, lesiones, patologías mentales, enfermedad, discapacidad entre otras, obligan a los gobiernos de todo el mundo a llevar a cabo estrategias que permitan su conocimiento real para enfrentarlo.

### 5.2. Caracterización epidemiológica

A nivel mundial las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas presentan variaciones, principalmente entre países desarrollados y países en desarrollo. El consumo de sustancias ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el consumo de cigarrillos o alcohol, y también tiene mayor prevalencia entre los jóvenes que en los grupos de más edad. Los datos muestran que el 2,7% de la población mundial total y el 3,9% de las personas de 15 años o más han consumido marihuana al menos una vez entre los años 2000 y 2001. En muchos países desarrollados, como Canadá, los Estados Unidos de América (EE.UU.) y los países europeos, más del 2% de los jóvenes referían haber consumido heroína y cerca del 5% referían haber probado la cocaína en algún momento de su vida. En efecto, el 8% de los jóvenes de Europa Occidental y más del 20% de los jóvenes de los EE.UU. refiere haber consumido al menos un tipo de sustancia ilícita distinta de la marihuana. El 8.9% del total de la carga de morbilidad a nivel mundial obedece al consumo de sustancias<sup>1</sup>.

En países de Latinoamérica como Chile, una investigación llevada a cabo en el 2005 mostró que las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas ilegales fueron: prevalencia de vida de uso de marihuana 19,0% (26,8% en hombres y 12,0% en mujeres), cocaína 4,5% (7,2% en hombres y 2,1% en mujeres) pasta base 2,2% (3,1% en hombres y 1,4% en mujeres) La prevalencia anual de uso de marihuana fue de 5,4% (8,7% en hombres y 2,4% en mujeres), para el consumo de cocaína 1,8% (3,1% en hombres y 0,7% en mujeres) y para el consumo de pasta base 0,8% (1,1% en hombres y 0,5% en mujeres)<sup>2</sup>

Los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas<sup>3</sup> indican que en el Valle el consumo de sustancias legales, se encuentra por debajo del nivel de consumo nacional. En el caso del tabaco, el 42,3% de los encuestados en el Valle manifestó haberlo consumido alguna vez en la vida, este porcentaje es 4,9%



menor que el observado a nivel nacional (44,5%); y también 7,2% menor que el observado en la ciudad de Cali (45,6%).

En cuanto a las sustancias ilegales, la marihuana es la droga con el nivel más alto de consumo, levemente por encima de los indicadores nacionales. En el Valle del Cauca, el 8,2% de las personas han consumido marihuana alguna vez en la vida; a nivel nacional es el 8%. En la ciudad de Cali se estima que el porcentaje es de 10,6%, esto quiere decir que la prevalencia total del Valle es 22,6% menor que la encontrada en Cali. En el Valle del Cauca el 2,7% de las personas a consumido marihuana en el último año, este porcentaje es 17% más alto que el observado en Colombia (2,3%), pero es 30% más bajo que el observado en la ciudad de Cali (3,9%).

Contrastando los datos del Valle con resultados de encuestas comparables en otros países de la región, se encuentra que supera las tasas presentadas en Ecuador y Perú (inferior al 1% en cada caso) y es inferior a las de Bolivia (4,3%) y Argentina, Chile y Uruguay (entre 6 y 7,5%). En general, 9,4 de cada 100 personas habría consumido alguna sustancia ilegal en algún momento de la vida en el Valle del Cauca<sup>4</sup>.

La muestra para el caso del Valle fue de 2.306 personas, número que dificulta la estimación precisa de algunas prevalencias de consumo en la ciudad según algunas variables de interés como son el sexo, la edad, el estrato, entre otros; aunque permite establecer los niveles de consumo de las sustancias de mayor uso.

La Dirección Nacional de Estupeficientes a través del Observatorio de Drogas de Colombia realizó durante el 2008 un estudio sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas. En todo el país se hicieron 39.000 encuestas y solo se aplicaron en municipios mayores a 30.000 hab. y en personas de 12 a 64 años. Dicho estudio solo permitió lograr estimaciones y conclusiones óptimas a nivel nacional y subregional y de poca validez estimaciones a nivel departamental. Lo anterior, se constituye en motivación adicional para implementar un Sistema de vigilancia para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Municipio de Cali, dada la imperiosa necesidad de información para la acción local.

## 6. Justificación del Sistema de Vigilancia VESPA

La Política Nacional de Salud Pública<sup>5</sup> tiene como Propósito número 1, mejorar el estado de salud de la población, lo que incluye el Consumo de Sustancias Psicoactivas (CSPA); los enfoques 2 y 3 sobre determinantes de la salud y gestión del riesgo, indudablemente tienen conexión con el tema del CSPA. De otro lado; las 5 líneas de política<sup>1</sup> incluyen de manera transversal e implícita el tema del CSPA, en las estrategias para llevar a cabo cada una de las obligaciones a cargo de las entidades territoriales. El capítulo IV acerca del panorama de la situación de Salud en el país del Plan Nacional de Salud Pública, posiciona el tema de CSPA y los trastornos de la salud mental como eventos de importante incidencia en el país, así como la violencia y las lesiones de causa externa, temas, en ocasiones fuertemente relacionados con el consumo.

Específicamente, las metas nacionales en el tema CSPA son: Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años<sup>2</sup>; promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las escuelas de básica primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo y realizar abogacía para la reglamentación del convenio marco de lucha anti-tabáquica, ajustando la regulación sobre la comercialización y publicidad del tabaco. Dentro del objetivo 6, las líneas de política números 2 y 3, que tratan acerca de la prevención

1 (1) La promoción de la salud y la calidad de vida. (2) La prevención de los riesgos. (3) La recuperación y superación de los daños en la salud. (4) La vigilancia en salud y gestión del conocimiento. (5) La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

<sup>2</sup> Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004



de los riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud; en el ítem E se plantea el desarrollo e implementación de las guías de atención integral para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, en la Línea de política número 4 acerca de la Vigilancia en salud y gestión del conocimiento, tiene cabida la implementación del presente Sistema de Vigilancia.

En Colombia desde el año 2003 se ha dado el fenómeno de la descentralización de los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, pasando a ser liderados por los municipios y departamentos. Esta estrategia presenta una ventaja y es la posibilidad de adaptar o implementar programas en el contexto local, permitiendo lograr mejores impactos debido a la flexibilidad metodológica de las acciones tanto de vigilancia como de control que pueden implementarse debido a la contextualización de las acciones.

La decisión de ejercer vigilancia epidemiológica sobre el “consumo de drogas” condujo a la estructuración del sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas (VESPA) que se llevó a cabo en un comienzo en el contexto del plan municipal de prevención en Medellín y se extendió en algunas ciudades de Colombia a mediados de los noventa.

El VESPA desarrolló componentes en el sector educativo a través de encuestas periódicas, propuso una ventana para los centros de urgencia, otra para los centros de atención a la drogadicción (CAD), un formulario de recolección para líneas de ayuda, una encuesta de hogares y se elaboró un cuestionario que se implementó en instituciones de justicia e incluyó al Instituto Nacional Penitenciario de Colombia.

En el Municipio de Santiago de Cali, la Secretaría de Salud Municipal (SSPM), retomó el funcionamiento del Sistema VESPA en el año 2009, para iniciar un proceso de reporte de casos en los CAD. En la actualidad 5 de los CAD ubicados en Cali se encuentran reportando la información a al SSPM a través del Sistema VESPA vía web.

El presente documento pretende servir como protocolo para la Vigilancia Epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas en centros de atención a la drogadicción (CAD) del municipio de Santiago de Cali. Algunas partes del documento han sido tomadas de un documento inédito que ha construido la Dirección Nacional de Estupefacientes desde el año 2009.

La iniciativa surge como una respuesta en la medida en que las dinámicas actuales del consumo demandan respuestas basadas en el conocimiento de la realidad y los grupos; en la evidencia; de la misma manera cada vez mas aparecen nuevos patrones de consumo caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes. Desde el punto de vista de la Salud Pública es necesario tener información veraz y actualizada que permita su abordaje. El propósito fundamental del Sistema de Vigilancia es proveer de forma periódica información útil, válida, confiable, oportuna y comparable para orientar la toma de decisiones.

En el presente documento se presenta la inclusión de un capítulo acerca de los Conceptos básicos, que es punto de referencia para la comprensión más amplia del panorama del abuso de sustancias psicoactivas, lo que facilita el desarrollo del sistema de vigilancia en Centros de Atención a la Drogadicción (CAD). En su gran mayoría las definiciones han sido tomadas del Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas<sup>5</sup> del Centro de Estudios Sobre Prevención de la Salud de España que a su vez recoge las definiciones de organismos como la OMS, y la ONU - UNDCP.

Se espera que este documento sea usado de forma amplia, por diversos públicos y que sea de revisión obligatoria para todas las personas e instituciones encargadas de implementar el sistema de vigilancia del abuso de sustancias psicoactivas en el Municipio de Santiago de Cali.



## 7. Fuentes de información

Se consideran Unidades Primarias Generadoras de Datos para este evento todas las instituciones que ofrecen servicios de rehabilitación o tratamiento para abuso de sustancias del departamento del Valle del Cauca. El sistema permitirá información proveniente de CAD que se encuentren fuera de su área departamental, únicamente de aquellos usuarios que tienen como departamento de residencia el Valle del Cauca y el municipio de Santiago de Cali. En estas instituciones la recolección de información será de fuente primaria mediante entrevista personal con los pacientes atendidos y de forma complementaria, cuando sea necesario, consulta en la historia clínica de este. Solo serán consideradas como fuentes de información, para esta ventana de centros de tratamiento aquellos CAD que estén habilitados legalmente para funcionar.

En la actualidad se encuentran habilitados 8 CAD en la ciudad de Cali, los cuales tienen la capacidad de enviar los datos de los pacientes atendidos a la SSPM. (Tabla 1). Adicionalmente la Fundación Nuevo Despertar, ubicada en Miranda, Cauca, podría vincularse al Sistema VESPA debido a que trata a población residente de la ciudad de Cali.

**Tabla 1.** Centros de Atención a la Drogadicción habilitados en la ciudad de Cali.

Centros de Atención a la Drogadicción habilitados en la ciudad de Cali	
1	Fundacion Hogares Claret
2	Corporación Caminos
3	Fundar del Valle
4	Vive la Vida
5	Corpovser
6	Fundación Yolima
7	Fundacion Sembrando Esperanza
8	Fundación Obra Social las Gaviotas
9	Fundación Nuevo Despertar

## 8. Recolección de información

El sistema funcionará de forma permanente. La recolección se realizará de forma pasiva, a partir de la ficha VESPA (Anexo 1) que será aplicada por los profesionales encargados de entrevistar a los pacientes, los cuales introducirán la información directamente en medio magnético, ya sea con conexión directa a internet en la dirección electrónica <http://www.vespacalivalle.org/vespa/index.php> o con posterior envío de archivos planos al correo electrónico [vespa@gmail.com](mailto:vespa@gmail.com). La persona que llene la información en cada CAD deberá tener un instructivo básico, bien sea en medio físico o accederá a él en RED.

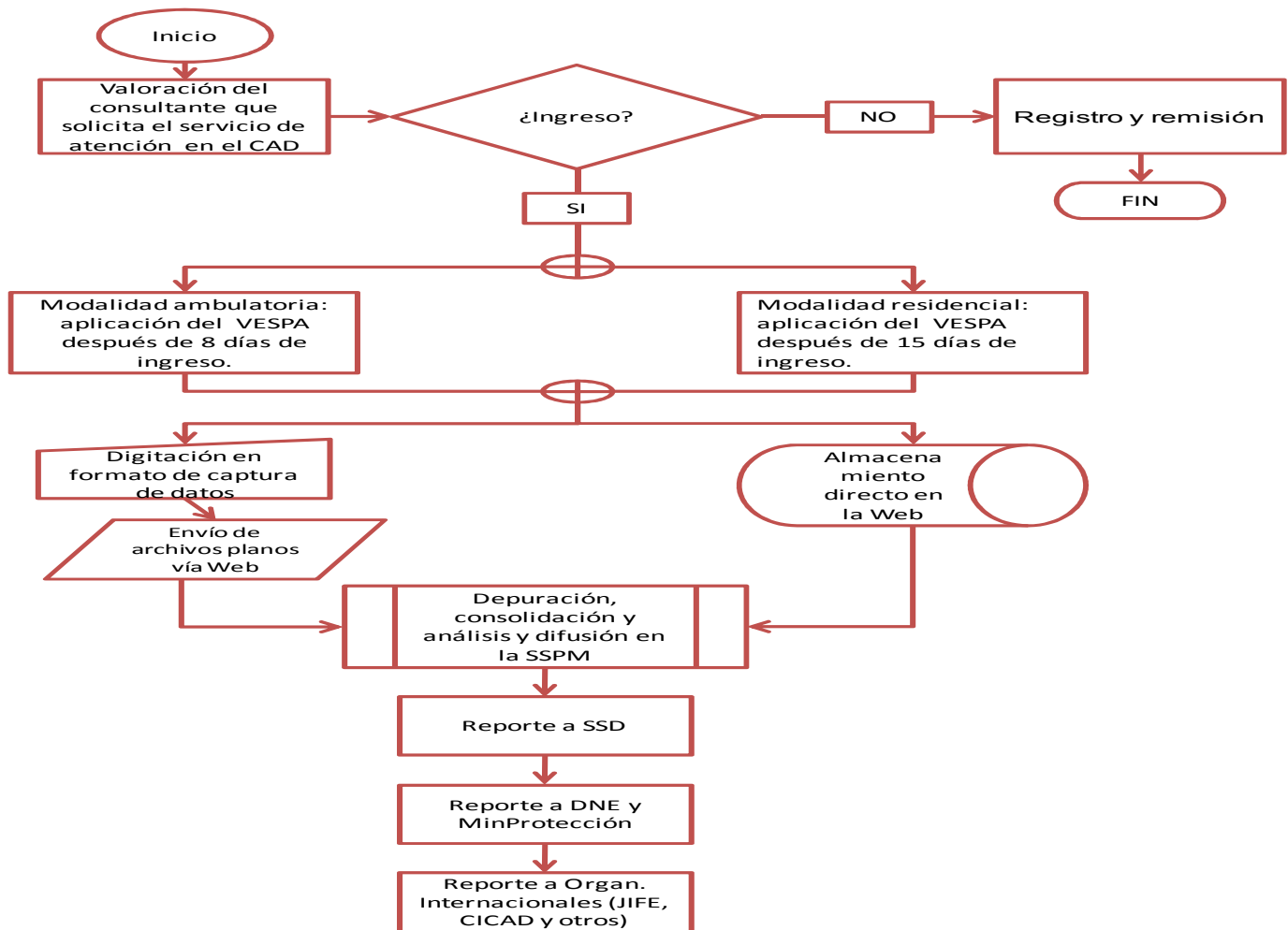
La periodicidad de la recolección de la información dependerá de la admisión de pacientes para tratamiento en cada CAD y los cuales hayan sido atendidos por un periodo mínimo de 15 días. En los casos que no puedan llenar la ficha en línea, se podrán enviar los archivos planos de forma quincenal a la SSPM. Sin embargo, la Institución debe informar al personal responsable del Sistema VESPA de la SSPM, las dificultades que se tienen al interior de la



institución para el diligenciamiento de los datos vía web, con el objetivo que desde la SSPB se busquen soluciones, conjuntamente con la institución, a las dificultades presentadas.

El Sistema de Vigilancia funcionará únicamente en los CAD que estén previamente habilitados por la Secretaría de Salud Municipal y Departamental para prestar el servicio. Por lo tanto, este tipo de sistema de vigilancia debe considerarse como tipo Centinela. Se permitirá el ingreso de información de CAD que no se encuentren en el área geográfica de Cali, siempre y cuando los pacientes que sean tratados en la institución tengan como sitio de residencia el municipio de Cali.

Figura 1. Flujograma de la vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas a partir de información generada desde los Centros de Atención a la Drogadicción:



## 9. Procesamiento de datos

La base de datos de los registros ingresados por las unidades primarias generadoras de datos será obtenida por el personal de la SSPM (Epidemiólogo encargado del Sistema VESPA) directamente de la página web del Sistema. El





epidemiólogo encargado realizará una revisión de la calidad de los datos y solicitará la información directamente a la institución indicada, cuando existan errores o inconsistencias en un determinado registro.

Las variables más relevantes que recogerá el Sistema VESPA se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2.** Variables incluidas en el sistema VESPA.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Nombre Institución	Identificación de la institución en la cual está siendo tratado el paciente
Sexo	Identificación del sexo del paciente
Lugar de Residencia (Barrio)	Nombre del barrio en el cual reside el paciente
Comuna	Número de la comuna en la cual reside el paciente
Nivel Educativo	Máximo nivel de estudio alcanzado
Estado Civil	Tipo de situación de vida de pareja
Ocupación u Oficio	Nombre de la ocupación actual o de aquella que ha desempeñado por más tiempo
Régimen	Indaga sobre el régimen de afiliación al sistema de seguridad social.
Población de riesgo	Indaga si la persona pertenece a un grupo de riesgo (madres gestantes, consumidores de heroína, menor de 14 años, desplazado)
Estrato Socioeconómico	Número del estrato en el que se encuentra su residencia habitual
Etnia	Indaga sobre la etnia a la cual la persona (caso) se siente perteneciente
Población ICBF	Se registra si la persona (caso) se encuentra clasificado(a) como población ICBF.
Tratamientos previos por consumo de drogas	Indaga si se ha hecho o no tratamientos previos con el apoyo de alguna institución
Forma como acudió a tratamiento	Indaga la forma como el paciente acudió al tratamiento



VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Patrón de consumo	la(s) droga(s) que la persona (caso) ha consumido y que le causa problemas de adicción
Frecuencia de uso	Indaga la frecuencia con que ha venido consumiendo cada una de las sustancias
Actualmente la consume	Indaga si consume o no en la actualidad cada una de las drogas
Vía de Administración más frecuente	Indaga acerca de la vía con la que se administra cada una de las drogas
Inicio de consumo por indicación médica	Indaga si la persona (caso) inició el consumo de alguna de las drogas reportadas por indicación de un médico o especialista
Edad en la cual la uso por primera vez	Número de años que tenía al momento de consumir por primera vez cada una de las drogas

## 10. Control de calidad

Para llevar a cabo un control adecuado de la calidad de los datos, se requiere tener en cuenta al interior del CAD, algunos aspectos como:

- Se debe verificar que las personas encargados de hacer la entrevista a las personas con problemas de abuso de consumo de sustancias psicoactivas, tengan suficiente experticia en el manejo del llenado de la ficha del Sistema VESPA.
- Se debe verificar que los CAD tengan disponibilidad de equipo de cómputo y acceso a internet para el llenado y envío de la ficha al servidor a través de la página web del Sistema VESPA.
- Garantizar la adecuada capacitación del personal de la institución, en la adecuada introducción de la información en la base de datos.
- Hacer una sistemática y continua revisión del flujo de la información general para garantizar que se esté llevando conforme al protocolo.
- Para validar la información, se selecciona mensualmente, una muestra de 5% de los casos, y las fichas en medio magnético para ser comparadas con la información de la historia clínica del paciente.

## 11. Análisis de datos – Indicadores de Análisis de Situación en Salud

El epidemiólogo encargado del Sistema VSPA de la SSPM, realizará el análisis de los datos enviados por cada uno de los CAD. Para el análisis se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:



1. Abuso del consumo de sustancias psicoactivas (CSPA) según grupos de edad.
2. Promedio de la edad de inicio de consumo según sustancia psicoactiva y sexo.
3. Distribución de casos de abuso del CSPA según población de riesgo.
4. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según Régimen de Seguridad Social en Salud.
5. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según ocupación u oficio.
6. Proporción y número de casos de abuso de CSPA según nivel educativo.
7. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según estado civil.
8. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según tipo de droga.
9. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según forma en que acude a tratamiento (voluntariamente, indicación legal, etc.).
10. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según población ICBF (internado, seminternado, etc.).
11. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según frecuencia de uso (una vez al día, dos a tres veces por día, etc.).
12. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según vía de administración.
13. Proporción y número de casos de abuso del CSPA según escenario habitual de consumo.
14. Número de casos reportados mensualmente por cada uno de los Centros de atención a la drogadicción (CAD) al Sistema de Vigilancia de la SSPM.
15. Porcentaje de individuos que ingresan a los centros de atención a la drogadicción por consumo de heroína: se define como el número de individuos que ingresan por consumo de heroína del total de individuos reportados por los CAD.
16. Porcentaje para cada vía de administración de la droga por la que ingresa el individuo: Se define como el número de individuos con uso de la droga por cada una de las vías de administración del total de individuos reportados por los CAD.
17. Promedio de edad de inicio de consumo: Se define como la suma de las edades de los individuos reportados por los CAD dividido el total de individuos reportados.
18. Droga de mayor impacto en los CAD: Se define como la droga más frecuente reportada como la droga por la cual ingresan los individuos a los CAD.

Los análisis se llevarán a cabo de forma trimestral por parte de la Secretaría de Salud Municipal, este análisis, así como los datos desagregados serán enviados a la Dirección Nacional de Estupeficientes, al Ministerio de Protección Social y estos a nivel internacional cuando sean requeridos.

Se ha planteado que el análisis de los datos de cada CAD pueda ser realizado por cada institución, a través de una herramienta de análisis que permitirá el acceso a la información directamente de la página de internet del sistema VESPA. Esto permitirá que los datos sean reprocesados por los diferentes usuarios del sistema.



## 12. Difusión de resultados

Para difundir los resultados que se obtienen del sistema se tienen contempladas algunas estrategias como son:

- Elaboración y difusión por medio magnético de un boletín trimestral, el cual será enviado a todas las instituciones que tienen competencia en el tema tales como ICBF, Policía, Fiscalía, CTI, Medicina Legal, Secretarías de Salud Departamental, Planeación Departamental, diferentes CAD.
- Presentación de resultados de forma trimestral mediante socialización de la información en COVES Municipales.
- En la medida que el recurso económico disponible por parte de la SSPM lo permita, se imprimirán folletos con el análisis y las principales conclusiones, los cuales serán distribuidos a público diverso.
- La información obtenida se socializará en diferentes espacios en los cuales tenga competencia el área de salud mental de la SSD

## 13. Indicadores de Gestión y Calidad

Se proponen los siguientes indicadores de Gestión, incluyendo los indicadores de calidad de los datos. Estos indicadores se pueden monitorear trimestralmente, a no ser que se indique lo contrario:

- Número de informes realizados del sistema VESPA por año por el grupo de epidemiología de la SSPM: Se define como el número de informes de los análisis de la información y del funcionamiento del sistema VESPA (Indicador de Cumplimiento).
- Número de boletines del sistema VESPA realizados por año por el grupo de epidemiología de la SSPM. Se define como el número de boletines con información de los análisis del sistema VESPA y las actividades de prevención del consumo direccionadas por la SSPM en la población vulnerable (Indicador de Cumplimiento).
- Número de capacitaciones realizadas a personal de los CAD y otras instituciones: Se define como el número de capacitaciones realizadas por el personal encargado del sistema VESPA de la SSPM al personal de los diferentes CAD y otras instituciones involucradas en el sistema VESPA (Indicador de Cumplimiento).
- Número de actividades de prevención del consumo de sustancias psicoactivas realizadas por la SSPM: Se define como el número de actividades de prevención de consumo de sustancias psicoactivas realizadas por la SSPM para disminuir el consumo y los comportamientos de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas en la población que se haya identificado vulnerable de acuerdo a las características socio-demográficas identificadas en el sistema VESPA (Indicador de Cumplimiento).
- Porcentaje de los CAD reportando datos mensualmente (Indicador de Cobertura)
- Porcentaje de Registros con Datos de Entrada Completos por CAD (Indicador de Calidad de los Datos).



- Porcentaje de Registros con Datos de Seguimiento Completos por CAD (Indicador de Calidad de los Datos).
- Número de reuniones del COVE Municipal realizadas trimestralmente (Indicador de Cumplimiento).

## 14. Conceptos básicos

**Abstinencia:** Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en encuestas o trabajos de investigación, el “abstinente” es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado período anterior (por Ej., 3, 6 ó 12 meses), si bien es necesario saber que, en ocasiones, las personas que han consumido drogas una o dos veces en un año son también considerados abstinentes.

En el DSM-IV, la abstinencia es uno de los criterios para el diagnóstico de la dependencia a sustancias. Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se han establecido diferentes criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Por Ej., hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opiáceos y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos.

**Abuso de sustancias psicoactivas:** La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas o recurrentes. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de doce meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

**Alcohol:** Químicamente, los alcoholes son un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de hidrocarburos y que contienen uno o más grupos (-OH). Generalmente, cuando hablamos de “alcohol” nos referimos al alcohol etílico o etanol (C<sub>2</sub> H<sub>5</sub> OH), el cual es el componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se usa también para referirse a las bebidas alcohólicas.

El alcohol es un sedativo/hipnótico con efectos similares a los barbitúricos. En las sociedades más desarrolladas el alcohol es ampliamente utilizado como droga recreativa. El consumo excesivo puede asociarse a ruptura familiar, violencia, abuso de menores, agresiones sexuales, accidentes (incendios, ahogamientos, accidentes de tráfico, etc.) y a un amplio rango de enfermedades agudas y crónicas. Además de los efectos sociales, el consumo de alcohol puede resultar muy tóxico, pudiendo producir incluso la muerte.

Un consumo continuado y abundante produce tolerancia y dependencia. Si bien el nivel a que se considera que el alcohol incrementa el riesgo de daños o enfermedades depende de la interpretación más o menos conservadora que



se haga de los datos epidemiológicos, los expertos consideran que el consumo de más de 80 gramos de etanol puro al día (equivalente a 3/4 de litro de vino de mesa de 12º o 2 litros de cerveza de 4 º) constituye un riesgo de dependencia y patología alcohólica.

**Alucinógeno:** Agente químico que induce alteraciones en la percepción, el pensamiento y las emociones. La intoxicación, algunas veces llamada “viaje” está asociada a cambios en la experiencia sensorial que incluyen ilusiones visuales y alucinaciones, una percepción acrecentada de los estímulos externos y una conciencia intensificada de los pensamientos y estímulos internos. Estas alucinaciones, que se producen a un nivel claro de conciencia y en ausencia de confusión, pueden ser psicodélicas y psicotomiméticas. Psicodélico es el término empleado para definir la experiencia subjetiva de que, debido a una percepción sensorial incrementada, la mente se expande, se entra en comunión con la humanidad o con el universo y se tiene algún tipo de experiencia religiosa. El término psicotomimético significa que la experiencia mimetiza un estado de psicosis, aunque su similitud con ésta es superficial.

La mayoría de los alucinógenos se toman oralmente y su uso generalmente se da en episodios aislados (es muy raro el uso muy frecuente o crónico). Los efectos se notan después de 20 ó 30 minutos desde la ingestión (dependiendo de la droga utilizada) e incluyen euforia, alucinaciones visuales y percepciones alteradas, produciéndose rápidos cambios entre la euforia y el abatimiento.

Los alucinógenos se clasifican en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores. En primer lugar destacan las sustancias relacionadas con las catecolaminas como, por ejemplo, la mezcalina que es el alcaloide principal del cactus Peyote y que presenta unos efectos parecidos a la LSD pero es menos potente.

En segundo lugar existe una gran variedad de alucinógenos cuya estructura química está íntimamente relacionada con la serotonina, entre los cuales está la psilocibina, psilocina, etc. En tercer lugar, el grupo prototípico es el relacionado con el ácido lisérgico, entre los que el producto alucinógeno más prototípico, más potente y mejor estudiado es la lisérgica, dietilamida del ácido lisérgico o LSD-25, el cual es el alucinógeno de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos. Las alteraciones inducidas por la LSD incluyen cambios en la percepción, sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo, cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos (por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión) y cambios en la organización del pensamiento, siendo característica la profusión atolondrada de ideas que el sujeto se ve incapaz de verbalizar ordenadamente y que, en condiciones normales, inducen a una percepción trascendental de la experiencia. Todos estos cambios dependen extraordinariamente del estado emocional previo de la persona y del entorno en que se produce la experiencia. En condiciones adversas, estos cambios en la organización del pensamiento pueden conducir a reacciones de pánico (“bad trips”) que pueden requerir asistencia psiquiátrica de urgencia. El consumo de la LSD también puede producir la aparición de problemas psiquiátricos latentes y trastornos de la percepción post-ingesta o “flashbacks”.

**Anfetamina:** Uno de los grupos más amplios de drogas sintéticas con poderoso efecto estimulante sobre el sistema nervioso. Los efectos que atraen a los consumidores son una sensación de bienestar físico y mental, poder y confianza, hilaridad y euforia, incremento de la energía y la sensación de alerta, reducción del hambre y la fatiga, reducción del sueño, mejora de la ejecución en tareas físicas y mentales (estudiantes, deportistas, conductores, trabajadores nocturnos, etc.). Los efectos físicos característicos de las anfetaminas a dosis bajas son el incremento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, elevación de la presión sanguínea y la temperatura corporal, sudoración, dilatación pupilar, sequedad en la boca, diarrea, pérdida de apetito. En dosis altas se intensifican estos signos y



normalmente produce locuacidad, sensación de fuerza, hipervigilancia, insomnio y juicios erróneos. El consumo crónico generalmente induce cambios de personalidad y conducta, conducta anormal, inquietud, irritabilidad, agresividad e incluso puede inducir pánico y psicosis paranoide (psicosis anfetamínica). El abandono después de un uso prolongado produce una reacción de abstinencia, con humor deprimido, fatiga y trastornos del sueño. La anfetamina (alfa-metil-fenil-etil-amina) se introdujo en el mercado europeo a principios de los años 30 con el nombre de Bazedrina, como una alternativa a la efedrina en el tratamiento del asma y la narcolepsia. Hasta los años 80 las especialidades farmacéuticas conteniendo anfetaminas fueron ampliamente consumidas en occidente como fármacos para combatir la fatiga y el sobrepeso, a menudo sin prescripción médica, así como con fines recreativos. Paralelamente, otro derivado -la metanfetamina o "speed"- ha sido la principal anfetamina sintetizada en los laboratorios clandestinos. Actualmente las anfetaminas han sido sustituidas por otros medicamentos más eficaces y seguros en clínica<sup>7</sup>.

**Ver: Éxtasis o MDMA.**

**Antagonista.** El antagonismo es la disminución o anulación de la acción farmacológica de una droga por la acción de otra droga. Por ejemplo, la cafeína estimula el sistema nervioso central y sus efectos son disminuidos o suprimidos por el pentobarbital que es una droga depresora central. Existen dos clases de antagonismos: el competitivo y el no competitivo. El antagonismo de competición se produce cuando una sustancia de estructura química semejante a una droga agonista se fija en los receptores de ésta, pero siendo inactiva de por sí (no produce respuesta pero impide que se fije en dichos receptores la droga agonista). El antagonismo no competitivo ocurre cuando dos drogas de estructura química no semejante y que, por tanto, ocupan dos tipos distintos de receptores, dan lugar a efectos opuestos que se anulan mutuamente. Los antagonistas opiáceos se utilizan como tratamiento que evite las frecuentes recaídas en los adictos a este tipo de sustancias, ya sea después de una desintoxicación o cuando se incorporan a su medio después de un período de estancia en un centro de rehabilitación.

Los antagonistas opiáceos son definidos como sustancias químicas que poseen la capacidad de bloquear los efectos de los agonistas opiáceos, entre ellos la analgesia, la euforia y los cambios fisiológicos que producen estos agonistas. Por ello también bloquean el desarrollo de dependencia física y de tolerancia a los opiáceos. La actuación molecular de estos antagonistas se produce por bloqueo del acceso del agonista al receptor opiáceo. Al ocupar el receptor impiden los efectos farmacológicos de los agonistas, y por tener mayor afinidad por el receptor desplazan a dichos agonistas y precipitan la abstinencia en los individuos dependientes.

El antagonista opiáceo que se utiliza en la actualidad es la naltrexona que fue sintetizada por Blumberg y Dayton en los años 60. Su mecanismo de acción se realiza por fijación competitiva a los receptores opiáceos cerebrales y el desplazamiento de los agonistas opiáceos. Presenta poco potencial de abuso por carecer de efectos agonistas, falta de euforia, falta de efectos desagradables iniciales y no crea dependencia física ni aparecen síntomas de abstinencia al interrumpir el tratamiento. Su utilización se basó en la descripción del síndrome de abstinencia condicionado, el cual se refiere a que numerosas situaciones asociadas al consumo pueden desencadenar el deseo de consumir y conducir a la recaída.

La naltrexona ayuda a impedir esta recaída ya que, tras la toma de antagonistas opiáceos, no se experimenta el efecto de los opiáceos y esta falta de refuerzo repetida conduce a la extinción de la respuesta de búsqueda de la droga. La naltrexona también se utiliza en el tratamiento del alcoholismo, basándose en la implicación del sistema opiáceo endógeno en el desarrollo de la dependencia al alcohol. Su administración puede disminuir el "craving" y los efectos estimulantes del consumo o aumentar los efectos aversivos, aunque parece que el mecanismo de acción principal de la naltrexona es el bloqueo de los efectos reforzantes positivos debidos al consumo de alcohol. Al igual



que en el caso de los opiáceos, el bloqueo del efecto producido por el alcohol evita la recaída en el consumo y lleva a una extinción de dicho consumo por falta de refuerzo positivo. Además, los alcohólicos pueden notar una mayor sensación subjetiva de intoxicación etílica que les lleva a frenar antes el consumo. Aunque la presencia de un efecto aversivo es posible, éste tiene lugar probablemente en una minoría de sujetos y no parece constituir el principal mecanismo de acción de la naltrexona.

**Ver: Agonista.**

**Antidepressivo:** Uno de los grupos de agentes psicoactivos prescritos para el tratamiento de desórdenes depresivos, siendo también usado en otras condiciones como el desorden de pánico. Hay dudas sobre si produce dependencia o síndrome de abstinencia, por lo que se incluyen en la categoría F55 del CIE-10, abuso de sustancias que no producen dependencia. Se acepta en general que la depresión está relacionada con la reducción de la transmisión del impulso nervioso en zonas específicas del Sistema Nervioso Central, reducción motivada por una reducción de neurotransmisores en la sinapsis. Sin embargo, sin abandonar esta hipótesis fundamental, sí se ha discutido si el neurotransmisor deficitario era la serotonina o la noradrenalina, pero hasta el momento no hay una teoría coherente que relacione cuadros clínicos específicos de depresión con un tipo determinado de mediador químico del impulso nervioso.

**Barbitúricos:** Grupo de depresores del SNC que derivan químicamente del ácidobarbitúrico (amobarbital, pentobarbital, secobarbital), usados como antiepilépticos, anestésicos, sedantes e hipnóticos cuyo efecto agudo y crónico semeja los efectos del etanol. Estos agentes pueden llegar a causar intoxicación, síndrome de abstinencia, demencia y síndrome psicótico residual. Sirven como antiepilépticos, anestésicos y sedantes. Producen muchos cambios en el carácter de la persona, falta de coordinación motora, desórdenes en el razonamiento. Afectan el bulbo raquídeo. Como en el caso de los tranquilizantes menores, la interrupción repentina del consumo puede producir temblores, delirios y convulsiones. Conocidos como “diablo rojo”, “arco iris”, “cielo azul”.

**Cafeína:** La cafeína y sustancias relacionadas como la teofilina y la teobromina (denominadas xantinas) son los principales ingredientes psicoactivos del café, el té, las bebidas de cola y el cacao. La mayoría de los preparados con cafeína se consumen como productos alimentarios o en su entorno. Las xantinas tienen efectos estimulantes del Sistema Nervioso Central, disminuyen la sensación de fatiga y pueden mejorar la realización de determinadas tareas. En dosis excesivas pueden producir excitación, temblor, ansiedad e insomnio. En consumidores excesivos de café, por ejemplo, se ha descrito la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizado por cefaleas, irritabilidad y letargia.

**Cánnabis:** Se obtiene a partir de la planta “Cannabis sativa” y su principio activo más importante desde el punto de vista psicoactivo es el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol). Esta planta da lugar a distintas preparaciones, de las cuales el hachís es una de ellas. Se elabora a partir del exudado resinoso de la planta y se presenta en forma de piezas de consistencia pétreo. Para consumirlo se deshace con calor y se mezcla con tabaco rubio (“porro”). En cambio, en EE.UU. y en Colombia se consume principalmente marihuana, preparación seca y triturada de las flores, hojas y pequeños tallos de la planta y que se fuma directamente en forma de cigarrillos. El aceite de hachís se extrae de la resina de la planta de Cannabis. Se obtiene al verter las cabezas con flores o la resina en un disolvente como acetona, alcohol o gasolina. La mezcla se filtra y el disolvente se evapora parcialmente, quedando una sustancia de color marrón cuya viscosidad depende de la cantidad de disolvente evaporado. Para consumirlo puede extenderse una pequeña cantidad a lo largo de la parte exterior de un cigarrillo.

La cantidad de THC, y por tanto su potencia, varía según el tipo, el lugar y la manera en que se cultiva la planta de cánnabis, y también según la preparación, pudiendo variar del 5 al 10 % en la marihuana, hasta el 20 % en la resina





de cánnabis y hasta el 85 % en el aceite de hachís. Sus efectos psicológicos son distintos, no sólo en función de la dosis, calidad, tipo de preparación y vía de administración, sino también de las expectativas y experiencia del consumidor. Estos efectos se sitúan a medio camino entre los del alcohol y los de las drogas que afectan a la percepción. Inicialmente se presentan efectos eufórico-disfóricos, para después producir aturdimiento y somnolencia. Aparecen cambios en la percepción subjetiva del tiempo, en la esfera de lo visual y, en general, una sobreestimación sensorial. Se pierde la capacidad para realizar pequeñas tareas que requieran un cierto número de procesos y aparecen trastornos en la capacidad de concentración y de la memoria inmediata. También destacan las alteraciones en la coordinación motora y los efectos cardiovasculares.

Los consumidores regulares desarrollan una gran tolerancia y algunos de ellos cumplen los criterios generales de drogodependencia. Las manifestaciones del síndrome de abstinencia al cánnabis suelen ser poco significativas, e incluyen síntomas leves como irritabilidad y trastornos del sueño. En cuanto a los efectos derivados de su uso crónico, los resultados son poco concluyentes, aunque sí se ha constatado que puede verse afectada la memoria y el rendimiento neuropsicológico, a lo cual hay que añadir, lógicamente, el efecto tóxico del humo del tabaco.

**Cocaína:** Sustancia que se obtiene a partir de la coca (*Erythroxylum Coca*), planta abundante en las regiones montañosas de Sudamérica. A partir de ella se obtiene el clorhidrato de cocaína, el cual se presenta como un polvo cristalino blanco de sabor amargo que centellea a la luz. Es un poderoso estimulante del sistema nervioso central que produce euforia o insomnio, y cuyo uso repetido produce dependencia. Su consumo proporciona un período de intenso bienestar, regocijo y euforia. A dosis más altas puede producir efectos indeseables como temblor, labilidad emocional, intranquilidad, irritabilidad, paranoia, pánico y conductas estereotipadas repetitivas. A dosis todavía más altas, puede producir ansiedad intensa, paranoia y alucinaciones, junto con hipertensión, taquicardia, irritabilidad ventricular, hipertermia y depresión respiratoria. En sobredosis la cocaína puede causar insuficiencia cardíaca aguda, apoplejía y convulsiones. La forma más común de administrar el clorhidrato de cocaína es “esnifar” la droga por las fosas nasales, absorbiéndola en el flujo sanguíneo a través de las membranas mucosas de la nariz. Esnifar durante un largo período de tiempo puede causar ulceraciones y perforación del tabique nasal por el efecto anestésico / vasoconstrictor de la cocaína. Durante los años 80 aparecieron formas fumables de cocaína (base libre o crack). Mientras la sal de cocaína (clorhidrato) prácticamente se destruye en la combustión cuando se fuma mezclada con tabaco, la cocaína base (crack) se vaporiza cuando se calienta a temperaturas elevadas y así puede ser inhalada. El cambio en la forma de administración, de la vía intranasal (esnifada) a la vía pulmonar (fumada) ha sido determinante de una mayor adicción y toxicidad. La vía pulmonar garantiza que llegue casi inmediatamente al cerebro tras ser aspirada, lo que le asemeja en su consumo a la vía intravenosa, pero sin el riesgo y las molestias que supone inyectarse.

**Ver: Crack**

**Codeína (codeine):** es un alcaloide del opio (0,5g%), hipnoanalgésico y antitusivo con una serie de acciones similares a la morfina. A diferencia de esta última tiene una efectividad por vía oral que llega a 60% de la parenteral, ya fuere como analgésico o depresor respiratorio. Son pocos los opioides que poseen tan alta relación de potencia oral/parenteral. La eficacia oral de este compuesto se debe al menor metabolismo hepático de primer paso o presistémico.

Luego de absorbida la codeína es metabolizada en el hígado y excretada principalmente en orina, en su mayor parte como metabolitos inactivos. Una pequeña fracción (10%) de la codeína administrada es desmetilada produciéndose morfina que, por lo tanto, puede encontrarse libre y conjugada en la orina luego de la administración de dosis terapéuticas de codeína. Esta presenta una afinidad relativamente baja por los receptores opioides y gran parte de



su efecto analgésico se debe a su conversión a morfina; sin embargo, en sus acciones antitusivas es probable que participen distintos receptores que fijan la codeína.

**Crack:** Es el nombre que recibe la cocaína que ha sido transformada hasta obtener una presentación en forma de base libre (en lugar de una sal, como en el caso del clorhidrato de cocaína). Esta presentación de la sustancia permite inhalar los vapores que se producen cuando el crack se calienta en pipas especiales o sobre una hoja de papel de aluminio, con lo que la acción de la sustancia sobre el cerebro aparece de forma muy rápida. Su nombre procede del ruido peculiar que produce el producto al ser calentado en una llama para su uso. Desde su aparición en los años 80 su consumo se ha extendido rápidamente, sobre todo en los estratos sociales más bajos por su menor precio y sus posibilidades de adquisición.

*Ver: Cocaína.*

**Depresor:** Cualquier agente que suprime, inhibe o reduce algún aspecto de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Las principales clases de depresores del SNC son los sedativos/hipnóticos, opiáceos y neurolépticos. Ejemplos de drogas depresoras son el alcohol, barbitúricos, anestésicos, benzodiacepinas, opiáceos y sus sintéticos análogos. Los anticonvulsivos son incluidos a veces en el grupo de los depresores a causa de su acción inhibitoria de la actividad neuronal anormal.

*Ver: Alcohol; Barbitúrico; Benzodiacepinas; Hipnótico; Sedante.*

**Droga:** Término de uso variado. En varias Convenciones de las Naciones Unidas y en la declaración sobre Reducción de la Demanda de Drogas se refiere a sustancias que son objeto de control internacional. En medicina se refiere a cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. En farmacología, el término droga se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos. En el uso común, el término se refiere a menudo a drogas psicoactivas y, con frecuencia, incluso más específicamente a drogas ilícitas. Sin embargo, la cafeína, el tabaco, el alcohol, y otras sustancias de frecuente uso no médico son también drogas en el sentido de que son tomadas básicamente por sus efectos psicoactivos.

*Ver: Sustancia psicoactiva.*

**Éxtasis o MDMA:** La MDMA (metilendioximetanfetamina) o “éxtasis” es una de las variantes de la anfetamina sintetizadas a principios de siglo y que fueron descartadas comercialmente por sus efectos especiales. En este mismo caso se encuentra la MDA o “píldora del amor” (metilendioxianfetamina) y la MDE, MDME o “Eva” (metilendioxietilamfetamina). Se trata de drogas cuyos efectos predominantes son de tipo anfetamínicos pero que también presentan efectos sobre la percepción, es decir, un perfil entre la anfetamina y la LSD. Para describir estas variantes se acuñó el término “entactógeno”, precisamente para enfatizar los efectos empáticos y facilitadores de la intimación que suelen producir estas sustancias.

Se han identificado diferentes complicaciones agudas del uso de MDMA entre las que destacan las reacciones psicopatológicas (crisis de ansiedad, ideación paranoide, episodios psicóticos, etc.), las complicaciones cardiovasculares (derivadas de la acción simpático-mimética de la droga) y, en algunos casos, un aumento de la temperatura corporal que puede provocar el denominado “golpe de calor”. No se conocen bien las repercusiones sanitarias del uso continuado de MDMA, pero algunos trabajos experimentales han sugerido que el uso prolongado de estas sustancias podría causar daños –tal vez irreversibles- en algunas estructuras del Sistema Nervioso Central.

**Farmacodependencia:** Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), este concepto reemplazó los términos



adicción y toxicomanía y se define como: “intoxicación crónica o periódica por una droga natural o sintética, siendo caracterizada por la necesidad imperiosa de continuar consumiendo la sustancia y procurársela por cualquier medio; tendencia al aumento de las dosis; presencia de síntomas de abstinencia y finalmente consecuencias nocivas sobre el individuo y sobre su medio social”.

**Hachís:** El hachís, costo o chocolate, es una picadura o polvo untoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas de cannabis, aglutinadas mediante resinas y prensadas para obtener una masa de consistencia dura. Se presenta en forma de tabletas.

**Ver: *Cánnabis*.**

**Heroína:** La heroína (diacilmorfina) fue producida por primera vez por la compañía farmacéutica Bayer a finales del siglo XIX tratando de encontrar una sustancia con las propiedades calmantes de la morfina pero sin su potencial adictivo. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce y pronto se comprobó que era aún más adictiva que la morfina. Las fuentes principales de heroína ilegal son Pakistán, Afganistán, India, el Extremo Oriente, Tailandia-Laos-Miyanmar (Birmania), Irán y Turquía. Normalmente se encuentra en forma de polvo que varía de un blanco sucio hasta un color marrón. Durante los últimos años ha habido oleadas sucesivas de heroína china e iraní, así como del subcontinente indio. La heroína china “nº 3” también conocida como “Brown sugar” procede del “Triángulo de Oro” (Laos, Tailandia y Birmania). Consiste en gránulos pequeños de un color gris sucio o marrón y es producida principalmente para fumar. Una forma más refinada de heroína procedente de la misma zona es la heroína china “nº4”, polvo blanco y esponjoso cuyo color también puede ser blanco sucio o incluso rosa. La heroína normalmente es impura y contiene una mezcla de diversas sustancias, algunas de las cuales proceden del opio y otras del proceso de fabricación. En ocasiones se han incluido drogas como fenobarbital, metacualona, paracetamol y cafeína. Además, generalmente se “corta” cuando se vende en la calle, es decir, se añaden otras sustancias para aumentar los beneficios de su venta, entre las que se pueden citar glucosa, sacarosa, lactosa, manitol, polvo de curry, polvos para salsas, harina, levadura en polvo, efedrina, talco, etc.

La heroína produce una sensación de euforia placentera con un alivio total de todas las tensiones y ansiedades. Con el uso regular, se produce tolerancia que lleva a incrementar el consumo para mantener el funcionamiento habitual y evitar las molestias asociadas al síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se caracteriza por inquietud, irritabilidad, bostezos, temblores, secreción de moquillo y lágrimas, sudoración y estornudos incontrolados, dolores en las extremidades y dilatación pupilar, escalofríos y “carne de gallina”, fiebre, calambres, espasmos musculares, diarrea, vómitos, etc. Su duración varía con el individuo y el grado de dependencia, aunque puede superarse sin demasiadas dificultades.

**Inhalantes:** Depresores del SNC. Normalmente son productos sintéticos derivados del petróleo. Normalmente son los más utilizados por los niños o gamines de la calle. Producen embriaguez, pérdida del apetito, cansancio muscular, tos, hemorragia, trastornos en la percepción. A largo plazo pueden causar hepatitis y lesiones cerebrales. Origina dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia. Conocidas como “pegantes” y “chupar”.

**LSD:** Lisérgica o dietilamida del ácido lisérgico. Sustancia alucinógena de gran potencia.

**Ver: *Alucinógeno*.**

## **Marihuana**

**Ver: *Cánnabis*.**



## MDMA

*Ver: Éxtasis o MDMA*

**Mescalina:** Es un alucinógeno, siendo el alcaloide principal del cactus Peyote y presenta unos efectos parecidos a la LSD pero es menos potente.

*Ver: Alucinógeno*

**Metanfetamina o “speed”:** Ha sido la principal anfetamina sintetizada en los laboratorios clandestinos.

*Ver: Anfetamina*

**Metilfenidato:** es un estimulante del sistema nervioso central (SNC). Tiene efectos similares pero más potentes que los de la cafeína, y similares pero menos potentes que los de las anfetaminas.

**Morfina:** Es el principal alcaloide del opio. Depresor del SNC. Produce sueño, disminuye las sensaciones de dolor, afecta el hígado y el sistema cardiovascular y gastrointestinal. El humor o genio es muy variable. La dificultad para concentrarse es muy notoria

**Opio:** El *opio* es el jugo de las cápsulas de adormidera. Contiene más de 20 alcaloides diferentes, entre los principales se encuentran papaverina, tabaína, morfina y noscapina.

**Placebo, efecto placebo:** Medicación o procedimiento inertes. El efecto placebo generalmente, aunque no necesariamente, beneficioso es atribuible a las expectativas que tiene el individuo que recibe la intervención de que el tratamiento aplicado produzca un efecto. Literalmente significa “no hacer nada”. Es un tratamiento inactivo, administrado en lugar de uno activo, a un individuo que ignora esta sustitución. Los ensayos que incluyen un grupo con tratamiento placebo persiguen controlar y diferenciar el efecto de la intervención ensayada más allá del efecto placebo.

**Prevalencia:** Número de casos que presentan una determinada característica, conducta, problema o enfermedad en una población determinada y en un momento dado. Se expresa como una proporción (Ej., la prevalencia de consumo de tabaco es del 31%). En el numerador están los casos que presentan la característica y en el denominador, el total de la población en la que se incluyen los casos. Se pueden expresar casos prevalentes por 100, por 1.000, por 100.000, etc., en función de la magnitud de la prevalencia.

**Sedante.** Los sedantes son sustancias psicoactivas que reducen la tensión subjetiva e inducen tranquilidad mental. El término “sedante” es prácticamente sinónimo del término “ansiolítico” que es la sustancia que reduce la ansiedad. La diferenciación entre ansiolíticos y sedantes como sustancias diurnas e hipnóticos como sustancias nocturnas no es muy precisa. Los hipnóticos se utilizan para inducir el sueño, aunque cuando se dan sedantes y ansiolíticos a dosis altas pueden inducir sueño al igual que los hipnóticos. Por otro lado, cuando los hipnóticos se dan a dosis bajas pueden inducir sedación diurna, tal como hacen los sedantes y ansiolíticos. En la literatura, especialmente en la más antigua, los sedantes, ansiolíticos e hipnóticos están agrupados bajo el epígrafe de tranquilizantes menores, término mal definido y de significado ambiguo, por lo que es mejor evitarlo.

Las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas incluyen las benzodiazepinas, los carbamatos (por Ej., glutetimida, meprobamato), los barbitúricos (por Ej., secobarbital) y los hipnóticos afines a los barbitúricos (por Ej., glutetimida, metacualona). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos (por Ej., buspirona, gepirona).



*Ver: Benzodiacepinas; Barbitúricos; Tranquilizantes.*

**Síndrome de abstinencia:** Grupo de síntomas con diferente agrupamiento y gravedad que aparecen cuando disminuye o cesa el uso de una sustancia psicoactiva que ha sido consumida de forma repetida y, generalmente, durante un período prolongado y en dosis elevadas. El síndrome puede estar acompañado de signos de trastornos fisiológicos. El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica definitoria del más estricto significado farmacológico de dependencia.

*Ver: Abstinencia; Dependencia; Síndrome de dependencia.*

**Síndrome de dependencia.** Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de usar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la droga es interrumpido.

*Ver: Dependencia; Síndrome de abstinencia; Tolerancia.*

## **Solventes**

*Ver: Inhalables.*

**Sustancia psicoactiva:** Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por Ej. la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas.

*Ver: Droga.*

**Tabaco:** Sustancia psicoactiva elaborada a partir de la planta “Nicotina tabacum”, admite diferentes preparaciones y formas de consumo (fumar las hojas enroscadas o en pipa, mascado o aspirado en forma de “rapé”), si bien fumar cigarrillos es la más extendida. La nicotina es la responsable directa de la dependencia del tabaco. Forma parte del humo y, tras su absorción pulmonar, llega rápidamente al cerebro donde ejerce una acción farmacológica que afecta a determinadas funciones cognitivas y emocionales. Cuando se fuma tabaco por primera vez, generalmente la experiencia es desagradable, con aparición de lipotimia, náuseas y vómito. Si se continúa fumando se desarrolla una rápida tolerancia a los efectos subjetivos y a los efectos fisiológicos, como la aceleración de la frecuencia cardiaca. Sobre todo al principio del día, el tabaco parece mejorar la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la vigilancia para la realización de tareas repetitivas, pero estos efectos no son más que la reversión de la sintomatología abstinencial que padece el fumador al levantarse. El síndrome de abstinencia máximo se produce entre las 24 y 48 horas después del cese del consumo y desciende paulatinamente durante las dos semanas siguientes. Se caracteriza por irritabilidad, impaciencia, pereza, alteraciones del sueño, trastornos gastrointestinales, somnolencia, cefalea, amnesia y deterioro de la capacidad de concentración, de la memoria inmediata y del rendimiento psicomotor. El deseo de fumar, sobre todo en situaciones estresantes, puede persistir durante años. Entre los componentes del humo de tabaco que contribuyen a la aparición de problemas de salud destacan, además de la nicotina, el monóxido de carbono y los compuestos presentes en el alquitrán. El consumo de tabaco aumenta enormemente el riesgo de padecer cáncer y es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica



(bronquitis crónica o enfisema). Además, fumar es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria e infarto de miocardio, así como de accidente cerebrovascular y agrava también la isquemia periférica.

**Ver: Tabaquismo.**

**Tolerancia:** Mecanismo físico o psicológico por el cual el consumidor de psicoactivos requiere aumentar la dosis para obtener el mismo efecto.

**Tranquilizantes:** Se han desarrollado dos tipos de tranquilizantes. Los tranquilizantes mayores se emplean principalmente en los casos de psicosis, esquizofrenia, manía y demencia senil. También son valiosos para tratar los trastornos del comportamiento en los niños. Hasta fechas recientes se consideraba que los tranquilizantes mayores no producían dependencia física aún cuando se tomaran durante largos períodos. Actualmente, en la bibliografía internacional se empieza a hacer referencia a los síndromes de abstinencia por el uso prolongado de neurolépticos. Los tranquilizantes menores o hipnóticos proceden principalmente de un grupo de fármacos conocidos como benzodiacepinas. Sus principales usos son como ansiolíticos (sedantes) o tranquilizantes para tratar la inquietud, depresión, tensión y ansiedad; como hipnóticos en el tratamiento del insomnio, como relajantes musculares; como anticonvulsivos para tratar ciertos tipos de epilepsia, como sedante previo a la intervención quirúrgica para relajar a los enfermos; y para aliviar los síntomas de abstinencia del alcohol y otras drogas. Sin embargo, el término “tranquilizante menor” ha sido incorrectamente asumido para indicar una ausencia de efectos dañinos significativos. A causa de la dependencia potencial de estas drogas, se prefiere evitar este término.

**Ver: Benzodiacepinas; Sedantes.**

**Vigilancia epidemiológica:** Es el escrutinio constante de diversos aspectos relacionados con la ocurrencia y diseminación de una enfermedad, cuyo propósito primordial es retroalimentar los programas de control para hacerlos más eficaces

## 15. Bibliografía

1. UNODC 2009. Informe Mundial Sobre las Drogas 2009 resumen ejecutivo.
2. GONZALEZ, María Isabel; ROJAS, Graciela; FRITSCH, Rosemarie y ARAYA, Ricardo. Chile: magnitud del consumo de drogas ilegales en Santiago. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. 2001, vol.39, n.3 [citado 2010-12-10], pp. 195-202 . Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272001000300003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000300003&lng=es&nrm=iso). ISSN 0717-9227. doi: 10.4067/S0717-92272001000300003.
3. Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes 2008. Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Colombia. Disponible en: <http://www.risaralda.gov.co/sitio/main/images/files/risaraldasegura/estudio-consumo-de-drogas.pdf>
4. Secretaría de Salud del Valle del Cauca – Dirección Nacional de Estupefacientes – Ministerio de la Protección Social. Sistema Único de Indicadores 2010, documento en proceso de escritura.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

5. Decreto 3039 del 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010.
6. Sanz CA, Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JA. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. 2004. CIRSA. Disponible en:  
[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/diccionario\\_preencion.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/diccionario_preencion.pdf)
7. Camí, J. 2000. Las sustancias. Farmacología. En Grupo Igia (Coord). Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Madrid: Ayuntamiento de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
8. Litter, M. 1976. Compendio de farmacología. Barcelona editorial El Ateneo.
9. OMS. 1999. Promoción de la Salud. Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Elaborado por Equipo de Salud Mental y de Vigilancia Epidemiológica

**Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca**

Víctor Hugo Muño

**Secretaria de Salud Municipal de Santiago de Cali**

Alejandro Castillo

Fernando Acosta

Marta L. Espinosa

**Instituto Cisalva, Universidad del Valle**

Julián Santaella

2009-2011