

RELACIÓN E IMPACTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SOBRE LA SALUD EN COLOMBIA

RELATIONSHIP AND IMPACT OF THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ON HEALTH IN COLOMBIA

Adriana Marcela Correa Muñoz* y Augusto Pérez Gómez**

Universidad Católica de Colombia, Colombia.
Corporación Nuevos Rumbos, Colombia.

Recibido: 10 de mayo de 2012

Aceptado: 30 de enero de 2013

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo principal realizar una aproximación preliminar al examen de la relación entre el consumo de drogas y los problemas de salud en Colombia. Para ello se utilizó un cuestionario con 11 categorías de enfermedades o síndromes (respiratorios, piel, neurológico, psiquiátrico, hepático, autoinmune, cardíaco, traumas y accidentes, transmisión sexual, genito-urinario y otros) que se aplicó a 101 consumidores de drogas entre los 15 y los 64 años de edad y a 50 no consumidores entre 20 y 84 años.

Cuatro grupos de trastornos (dificultades psiquiátricas, neurológicas, cardíacas y respiratorias) resultaron significativos entre consumidores de droga. Los trastornos psiquiátricos comprendían ataques de pánico, euforia excesiva, ansiedad general, desmotivación, depresión y alucinaciones; los problemas neurológicos, aumento o disminución de la sensibilidad, pérdida de memoria y dificultades motoras. Solamente un problema cardíaco (las arritmias) y uno respiratorio (tos crónica) fueron significativos. Este estudio sienta las bases para el futuro cálculo de las fracciones atribuibles salud-drogas.

Palabras clave: Sustancias psicoactivas, vías de administración, riesgo relativo, fracciones atribuibles.

ABSTRACT

The main objective of this study is to carry out a preliminary approach to the examination of the relationship between drug use and the health problems in Colombia. It was used a questionnaire with 11 categories of diseases or syndromes (respiratory, skin, neurological, psychiatric, liver, self-immune, cardiac, traumas and accidents, sexually transmitted genital-urinary and others), which was applied at 101 drug users between 15 and 64 years of age and 50 non-consumers between 20 and 84 years old.

Four groups of disorders (psychiatric, neurologic, cardiac, and respiratory difficulties) were significant among drug users. Psychiatric disorders included panic attacks, excessive euphoria, general anxiety, discouragement, depression and hallucinations; neurological problems, increase or decrease of sensitivity, memory loss and motor difficulties. Only a heart problem (arrhythmias) and one respiratory (chronic cough) were significantly present. This study lays the groundwork for the future calculations of health-drugs attributable fractions.

Key words: Psychoactive substances, administration routes, relative risk, attributable fractions

* mcorrea@nuevosrumbos.org

** aperez@nuevosrumbos.org

LIBERABIT: Lima (Perú) 19(2): 153-162, 2013

Introducción

El consumo problemático de *Sustancias Psicoactivas* (SPA) genera un sinnúmero de implicaciones negativas sobre la salud física y mental de las personas. La probabilidad o riesgo de muerte es una de ellas.

Numerosos autores (Díaz & Torres, 2006; Marzoa, Ferrer, Crespo & Crespo, 2006; Medina, Natera, Borges & Cravioto, 2001) afirman que el consumo de sustancias como alcohol, cocaína, marihuana, tabaco y heroína, entre otras, afectan de forma significativa órganos y sistemas. Tal como se ha verificado consistentemente en muchos países industrializados como Estados Unidos, Canadá, Australia, Alemania, Reino Unido (Collins et al., 2006), las enfermedades más comunes asociadas al consumo de sustancias son SIDA, Hepatitis C, infecciones intravasculares (endocarditis), tos persistente, infarto agudo de miocardio, isquemia miocárdica, hipertensión, arritmias, ictus, convulsiones, cefaleas, bronquitis: aguda y crónica, cáncer y cirrosis. Esto, junto con los comportamientos de riesgo (práctica sexual irresponsable, accidentalidad, conducta delictiva, suicidio, violencia intrafamiliar) asociados al consumo crónico de sustancias,

pueden causar la muerte o la aparición de otro tipo de enfermedades (Medina et al., 2001). No existen estudios en América Latina que verifiquen lo anterior.

Según la OMS en el año 2006 la mortalidad en España por sustancias psicoactivas se distribuye de la siguiente manera: el 16.8% es atribuido al tabaco, 3% al alcohol y 0.6% a las drogas ilegales. En cuanto a la carga de enfermedad, al tabaco le corresponde 12.3%, al alcohol 7.6% y a las drogas ilegales 3.9%. Un estudio de Espada, Méndez e Hidalgo (2000) mostró que en una región de España (Alicante) 67.7% de los menores de edad habían consumido alcohol en alguna ocasión, y que 37.8% eran bebedores habituales; la edad media de inicio fue de 12.2 años.

Los resultados del último estudio nacional (2009) sobre Consumo de SPA en población general (12-65 años) se presentan en la Tabla 1. El conjunto da la impresión de consumos muy bajos comparados con los de otros países del continente, pero en Colombia hay una larga historia que muestra que en las encuestas de este tipo, hechas frente a frente y en hogares, los encuestados no dicen la verdad en lo que se refiere a las sustancias ilícitas.

Tabla 1
Consumo de SPA en Colombia, 2009

Sustancias	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Alcohol	86	61	35
Tabaco	44.5	21.5	17
Marihuana	8	2.2	1.6
Cocaína	2.5	0.7	0.4
Basuco	1.1	0.1	0.1
Extasis	0.9	0.2	0.1
Tranquilizantes sin prescripción	1.7	0.5	0.2
Estimulantes sin prescripción	0.2	0	0
Inhalables	0.7	0.2	0.1
Heroína	0.2	0	0
Cualquier sustancia ilícita	9.1	2.7	1.8

Actualmente en Colombia hay una constante preocupación por el aumento del consumo de alcohol y cigarrillo en los menores de edad, pues son fuertes predictores de consumo de sustancias ilegales en la adultez.

En el estudio realizado por Pérez y Scoppetta (2008), en 7 ciudades capitales y dos municipios pequeños, se observó que la edad de inicio de consumo de alcohol tiende a disminuir (en hombres, a 10 años y en mujeres, a 11 años).

* mcorrea@nuevosrumbos.org

** aperez@nuevosrumbos.org

LIBERABIT: Lima (Perú) 19(2): 153-162, 2013

Cerca del 90% de los jóvenes entrevistados ha consumido alcohol; cerca del 70% de estos menores de edad lo hicieron en el último año; 28% en el último mes y 13% en la última semana. Esto parecería indicar un problema de consumo de alcohol en menores de edad mayor en Colombia que en España. Lo preocupante es que 45% de los jóvenes que toman, dicen que cuando lo hacen se emborrachan o se «entonan».

Objetivos

La presente investigación tuvo como objetivo contribuir al desarrollo teórico e investigativo del tema, que muestre el impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud. Además, identificar las enfermedades asociadas al consumo de diferentes tipos de sustancias ilegales, poner a prueba una metodología de trabajo e instrumentos que permitan en el futuro llevar a cabo una investigación nacional para calcular las fracciones atribuibles salud/drogas y contribuir al desarrollo de políticas de intervención, promoción de la salud y finalmente prevención de las enfermedades asociadas al consumo de drogas.

Metodología

Se utilizó un diseño de casos y controles basado en entrevistas y en la aplicación de un instrumento diseñado para evaluar la relación entre consumo de drogas y problemas de salud. Tales instrumentos fueron aplicados en dos poblaciones con diferente condición de consumo (consumidora y no consumidora).

Se empleó el cuestionario sobre drogas/enfermedad creado por Pérez, Rodríguez y Valencia en el año 2005 (ver Apéndice A) en el contexto del estudio de CICAD sobre costos humanos sociales y económicos de las drogas en las Américas. Este consta de una primera sección en la que se encuentran agrupadas 11 categorías de trastornos o síndromes: trastornos pulmonares, cardíacos, de la piel, neurológicos, psiquiátricos, traumatismos/accidentes, hepáticos, genito urinarios, autoinmunes, infecciosos y «otro tipo de problemas de salud». En la segunda sección del instrumento se encuentra la relación entre 14 tipos de sustancias psicoactivas y el consumo de alguna vez en la vida, edad de inicio, consumo en el último año, frecuencia, consumo en el último mes y vías de administración.

Participantes

Se entrevistó a 101 personas que se encontraban internadas en diferentes centros de tratamiento del país y un pequeño grupo (8 personas) que asistía a Narcóticos Anónimos, además a 50 personas no consumidoras de la población general que participaron en el estudio por «bola de nieve» provenientes de universidades, barrios y empresas de diferentes sectores de la ciudad. Para participar se exigía que no hubieran consumido SPA más de una vez en la vida y que no fueran fumadores actuales, ni tuvieran problemas de consumo de alcohol. Desde el punto de vista demográfico las características de los dos grupos fueron muy similares en lo que se refiere a nivel socioeconómico; en cuanto a la variable sexo, 78 de los consumidores correspondieron al género masculino y 23 al género femenino; mientras que entre los no consumidores, 22 al masculino y 28 al femenino. Se presentaron diferencias importantes en los rangos y en el promedio de edad, ya que se buscó deliberadamente que fueran mayores en los no consumidores para evitar que la cercanía de edad llevara a atribuir erróneamente posibles diferencias de enfermedades causadas por consumo de drogas. Esto fue un artificio dado el pequeño número de sujetos entrevistados; de esta manera, se esperó que el número de enfermedades –siendo otras condiciones iguales– fuera mayor en el grupo de no consumidores que en el de consumidores. Los rangos de edades de los no consumidores variaron desde 20 a 84 años con una media de 42 años y una mediana de 37; los rangos de edad de los consumidores variaron desde 14 a 62 años, con una media de 28 años y una mediana de 25.

Resultados

La información fue procesada con el programa SPSS 13. Las tablas siguientes muestran las frecuencias con las que se presentan los diferentes trastornos (o síntomas de enfermedades) identificados a través del cuestionario en las poblaciones de no consumidores y consumidores.

La Tabla 2 muestra tres tipos de trastornos que globalmente tienen altos niveles de significación en la población: los pulmonares, los trastornos psiquiátricos y los problemas neurológicos. Un análisis detallado de trastorno por trastorno produjo un cuadro diferente, como se verá a continuación. Por razones de espacio solo se presentan las tablas referentes a trastornos que resultaron

* mcorrea@nuevosumbos.org

** aperez@nuevosumbos.org

significativamente diferentes en consumidores y no consumidores.

No cabe duda que el consumo de sustancias psicoactivas afecta enormemente la salud mental de las personas; resulta bastante interesante ver cómo el 94% de los no consumidores no presenta ningún trastorno psiquiátrico mientras que la gran mayoría de los consumidores padecen más de una enfermedad, síndrome o síntoma importante. Cabe anotar que inclusive en los casos de un consumo inferior a 5 años, ya se ven algunos síntomas que pueden ser producidos por intoxicación crónica de alguna SPA en especial, por el policonsumo, o por algunas transiciones específicas que aceleran la evolución de tales trastornos.

Tabla 2

Síntesis de los niveles de significación de la presencia de cada clase de enfermedad entre consumidores y no consumidores

Enfermedades	p <
Pulmonares	.041*
Cardíacas	.916
Hepáticas	.952
Piel	.277
Enf. Tras. Sexual	.186
Autoinmunes	.712
Psiquiátricas	.000*
Traumatismos	.453
Neurológicas	.000*
Genito urinarias	.659

*Significativa: p < 0.05

Tabla 3

Trastornos psiquiátricos

		Condición de consumo						
		No consumidor		Consumidor		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	p <
Trastornos psiquiátricos	Esquizofrenia			5	5	5	3.3	.129
	Agitación motora			20	19.8	20	13.2	.000*
	Alucinaciones			21	20.8	21	13.9	.000*
	Crisis de pánico			34	33.7	34	22.5	.000*
	Euforia excesiva			35	34.7	35	23.2	.000*
	Ansiedad generalizada			46	45.5	46	30.5	.000*
	Desmotivación	1	2	46	45.5	47	31.1	.000*
	Depresión	2	4	53	52.5	55	36.4	.000*
	Ninguna	47	94	18	17.8	65	43	.000*
	Total	50	100	101	100	151	100	
Cuántos trastornos psiquiátricos tiene	Ninguna	47	94	28	27.7	75	49.7	
	Una	3	6	18	17.8	21	13.9	
	Dos			8	7.9	8	5.3	
	Tres			14	13.9	14	9.3	
	Cuatro			11	10.9	11	7.3	
	Cinco			7	6.90%	7	4.60%	
	Seis			2	2.00%	2	1.30%	

* Significativa: p < 0.05

Los trastornos psiquiátricos que tienen mayor frecuencia son: depresión (36%) síntoma propio de los

consumidores de cocaína y alcohol; la desmotivación (31%) muy frecuente en quienes fuman marihuana y la ansiedad

* mcorrea@nuevosrumbos.org

** aperez@nuevosrumbos.org

LIBERABIT: Lima (Perú) 19(2): 153-162, 2013

generalizada (30%), común en muchos consumidores de cocaína y marihuana en fase de abstinencia, también en usuarios de fármacos. Las crisis de pánico, las alucinaciones, la agitación motora, que le siguen en frecuencia a las anteriores, pueden presentarse durante o

inmediatamente después del consumo o en personas con brotes psicóticos.

Otra categoría de enfermedad bastante importante y que marca grandes diferencias es la correspondiente a

Tabla 4
Desórdenes neurológicos

	No consumidor		Consumidor		p <
	Nº	%	Nº	%	
Desórdenes neurológicos					
Convulsiones			5	5	.129
Amnesias			9	8.9	.024*
Problemas motores			15	14.9	.002*
Pérdida o aumento de la sensibilidad			24	23.8	.000*
Pérdida de memoria			36	35.6	.000*
Ninguna	50	100	45	44.6	.000*
Total	50	100	101	100	

* Significativa: $p < 0.05$

desórdenes neurológicos. La pérdida de memoria (35%) es el trastorno más usual en consumidores, muy probablemente en consumidores de alcohol y marihuana; en ese orden le siguen pérdida o aumento de la sensibilidad (24%) y en un menor grado los problemas motores (15%). Es interesante observar que ninguno de los no consumidores presentó este tipo de problemas en la salud, lo cual hace pensar que probablemente existe una relación sustancial entre problemas neurológicos y el consumo de SPA.

De las enfermedades pulmonares se observa que la tos persistente es el problema más común en los consumidores, posiblemente en los usuarios de tabaco, marihuana u otro tipo de sustancia por vía fumada; en este estudio el 36% de los consumidores tuvo este problema (que puede ser un síntoma de varias enfermedades) y que se presenta en un solo caso entre los no consumidores.

La presencia de las demás enfermedades pulmonares no es muy usual en ninguno de los dos grupos.

Tabla 5
Enfermedades pulmonares y del sistema respiratorio

	No consumidor		Consumidor		p <
	Nº	%	Nº	%	
Enf. Pulmonares					
Tuberculosis					C
Cáncer de pulmón			1	1	.669
Otras			1	1	.669
Fatiga			1	1	
Neumonía			2	2	.446
Asma	2	4	6	5.9	.471
Bronquitis	2	4	10	9.9	.174
Rinitis	9	18	20	19.8	.488
Tos persistente	1	2	37	36.6	.000*

C: Constante, o bien no hay ningún caso o bien todos sufren de ese problema

* Significativa: $p < 0.05$

* mcorrea@nuevosumbos.org

** aperez@nuevosumbos.org

En la Tabla 6 se observa que los problemas cardíacos, y más precisamente las arritmias, ocurren con mayor frecuencia en personas consumidoras (14%) que en no consumidoras (2%), probablemente en usuarios de cocaína y/o anfetaminas. Es recomendable explorar este aspecto con mayor detenimiento en próximos estudios.

La segunda enfermedad que podría llegar a marcar diferencias importantes entre los dos grupos es la presión arterial, pero hay que esperar a tener un número mayor de casos; aquí sería importante analizar si las personas que tienen dificultades con el alcohol tienden a presentar este problema.

Tabla 6
Enfermedades cardíacas

	Condición de consumo				< p
	No consumidor		Consumidor		
	Nº	%	Nº	%	
Trombosis					C
Infarto					C
Diabetes	1	2	2	2	.704
Anemia	2	4	5	5	.576
Arritmias	1	2	14	13	.016*
Presión arterial	4	8	15	14,9	.176
Ninguna	44	88	64	63	.001*
Total	50	100	101	100	

C: Constante, o bien no hay ningún caso o bien todos sufren de ese problema

* Significativa: $p < 0.05$

Discusión

Teniendo en cuenta que este estudio es de tipo exploratorio, se logró sentar las bases teóricas e investigativas, ya que se pusieron a prueba los instrumentos para identificar riesgo relativo de presentar problemas de salud como consecuencia de consumir SPA. Este estudio permitirá calcular, en el futuro, las fracciones atribuibles salud-drogas, que constituyen una prioridad tanto para la Organización Mundial de la Salud (MS) como para la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se sugirieron algunos cambios en el cuestionario con el fin de organizar mejor la información (se agregaron dos categorías: enfermedades gastrointestinales y trastornos cognitivos) y se cambió de ubicación dos trastornos para darle mayor unidad al instrumento: se trasladó el VIH a enfermedades autoinmunes y los trastornos sexuales permanecieron en infecciones de transmisión sexual.

También se consideró la necesidad de agregar nuevas casillas en las que se describa tiempo de consumo que lleva la persona hasta el momento de la entrevista, estado nutricional, cantidad de SPA consumida diariamente y vías

de administración; todo esto con el fin de calcular el riesgo relativo de padecer ciertas enfermedades dependiendo de la cantidad y la frecuencia de uso de las SPA. La revisión por parte de dos expertos médicos mostró que la nueva versión es mejor que la original.

Se identificaron los distintos trastornos asociados al consumo de SPA y se analizó su relación e impacto sobre la salud; es importante tener en cuenta la evolución de estas enfermedades o síntomas en personas consumidoras jóvenes que ya presentan serias afecciones a nivel físico y a nivel mental, lo cual implica que es necesario iniciar campañas de prevención y tratamiento sobre el consumo de SPA, así como las repercusiones que estas tienen sobre la salud.

Pensando en que los trastornos psiquiátricos y de tipo neurológico fueron bastante sobresaliente en los consumidores, es necesario llamar la atención de los responsables de las políticas de salud pública para abordar este tema en forma inmediata, y especialmente en

* mcorrea@nuevosumbos.org

** aperez@nuevosumbos.org

LIBERABIT: Lima (Perú) 19(2): 153-162, 2013

poblaciones vulnerables. Igualmente, es necesario pensar en que dado el bajo promedio de edad de los consumidores, y el limitado tiempo de evolución de los trastornos identificados, es probable que de mantenerse el consumo muchas de esas personas lleguen a presentar patologías más severas.

Dos epidemiólogos fueron consultados con respecto a la necesidad de certificar las enfermedades mencionadas por los pacientes, en oposición a preguntarles a estos directamente qué clase de problemas de salud habían presentado. Incluso, cuando los dos fueron enfáticos en afirmar que en este tipo de estudio exploratorio eso no era indispensable, y que en general las personas mencionan los diagnósticos que les han sido dados por médicos, se sugiere en el futuro certificar las enfermedades por lo menos de un porcentaje de la muestra (10-20% en muestras pequeñas, 5-10% en muestras grandes) con el fin de obtener resultados más confiables.

Conclusiones

Los resultados en esta investigación permiten observar que hay una asociación entre el consumo de drogas y la aparición de ciertos problemas de salud.

De las 12 categorías de trastornos o síntomas empleadas, cuatro resultaron especialmente relevantes: las psiquiátricas, las neurológicas, las pulmonares y las cardíacas. La existencia de estos trastornos en consumidores de drogas ha sido descrita en la literatura, la mayor parte de las veces sobre la base de casos clínicos, y con mucha menor frecuencia con base en grupos de consumidores. Tal como lo dicen Díaz y Torres (2006) y la OMS (2004), con quienes coinciden los resultados de este estudio, el órgano más afectado por el consumo de drogas es el cerebro, pues se pudo observar que ciertos procesos cognitivos y psicológicos como la emoción, la memoria y la motivación se muestran bastante comprometidos. Se puede deducir de este estudio que hay una relación directa entre consumo de alcohol y problemas cognitivos, ya que muchos sujetos iniciaron el consumo siendo menores de edad. El inicio temprano de alcohol también podría haber influido en la pérdida de memoria y seguramente en otro tipo de procesos cognitivos que el instrumento no exploró suficientemente; esto último converge con los estudios realizados por la Society for Neuroscience (2002), con los resultados de

Brown y Tapert (2008) y de White y Swartwelder (2006).

Como lo sostienen Pérez y Scopetta (2008), los problemas de presión arterial y arritmias cardíacas tienen relación con el consumo temprano de alcohol; en este estudio se observa claramente una tendencia a presentar estas enfermedades en gente joven consumidora.

A diferencia de investigaciones presentadas en el marco teórico, las lesiones hepáticas, en la presente investigación, no se presentan como una enfermedad sobresaliente en la población consumidora, posiblemente porque se necesita un tiempo mayor a 5 años y una preferencia hacia el alcohol. Fueron pocos los casos en esta muestra que tenían tales características, pues el rasgo principal era el policonsumo, que abarca el 70% de los consumidores

En cuanto a las enfermedades respiratorias producidas por el consumo de Cannabis y cigarrillo se confirma lo que dicen los estudios de Moore, Augustson, Moser y Budney (2005), Tashkin y Roth (2007): la tos crónica es uno de varios síntomas que presentan los consumidores. Los casos de cáncer y otras complicaciones pulmonares no fueron significativas en este estudio, sin embargo es conveniente explorar con poblaciones más grandes.

Igualmente se confirma con los estudios presentados que posterior al uso de Cannabis y otras SPA, se exagera y se precipita la aparición de trastornos psiquiátricos, los más característicos son la desmotivación, la ansiedad, la depresión y la agitación motora. Esto confirma que las drogas sí alteran la química normal del cerebro produciendo síntomas, trastornos o síndromes en algún momento de la vida del individuo (Emrich, Leweke & Schneider, 1997; Gutierrez, De Irala & Martinez, 2006; Schneider, Leweke, Mueller & Emrich, 1998).

No se logró establecer relación directa entre coinfección de VIH y hepatitis C, daño renal, rinitis o ulceraciones por consumo de SPA, por lo menos no de forma significativa, lo cual podría estudiarse con una muestra poblacional mayor y con un tiempo de consumo superior a los 5 años. Por el contrario, sí se logró observar que las afecciones cardíacas, sobre todo en el caso de las arritmias, son propias de los consumidores y que se exageran, probablemente, por las propiedades vasoconstrictoras de la cocaína.

* mcorrea@nuevosumbos.org

** aperez@nuevosumbos.org

LIBERABIT: Lima (Perú) 19(2): 153-162, 2013

Los traumatismos y los accidentes, así como los problemas de la piel, también aparecen comúnmente entre los consumidores; en el caso de los traumatismos y accidentes es altamente probable que estos se hayan producido estando bajo los efectos de una sustancia, pero ese tema debe ser explorado con mayor profundidad; en cuanto a los problemas de la piel se sabe desde hace varios años que el consumo de cocaína en cualquiera de sus formas puede producir múltiples problemas relacionados con dermatitis y ulceraciones (Pérez, 1987) y la metanfetamina ha mostrado su capacidad para producir llagas y facilitar infecciones en la piel del rostro.

En trabajos futuros de este estilo, y mediante la acumulación significativa de nuevos casos, será muy importante examinar el peso de variables como el sexo, la frecuencia de consumo, la edad de las personas, la combinación de sustancias en el caso de los policonsumidores y el tiempo de consumo, en la aparición de determinados problemas de salud. Incluso, cuando por el momento es posible hacer ciertas conjeturas, la toma de decisiones sobre políticas públicas requiere necesariamente de un apoyo empírico que actualmente no está disponible; sin esta información es imposible calcular el riesgo relativo y sin el riesgo relativo no es posible calcular fracciones atribuibles.

Referencias

- Brown, S. A. & Tapert, S. F. (2008). Adolescence and the trajectory of alcohol use: basic to clinical studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 232-244.
- Collins, D., Lapsley, H., Brochu, S., Easton, B., Pérez, A., Rehm, J. & Single, E. (2006). *International Guidelines for the Estimation of the Avoidable Costs of Substance Abuse*. Canadá: www.hc-sc.gc.ca
- Díaz, C. & Torres, M. A. (2006). Complicaciones neurológicas por cocaína. *Revista Adicciones*, 18, 179-196.
- Emrich, H. M., Leweke, F. M. & Schneider, V. (1997). Towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia: cognitive impairments due to dysregulation of the endogenous cannabinoid system. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 56, 803-7
- Espada, J. P., Méndez, F. X. & Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12, 57-64.
- Gutierrez, L., De Irala, J. & Martínez M. A. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en los jóvenes consumidores. *Rev. Med Univ Navarra* 50(1), 3-10.
- Marzoa, R., Ferrer, V., Crespo, M. R. & Crespo, M. G. (2006). Cocaína y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 18(1), 169-177.
- Medina, M., Natera, G., Borges, G. & Cravioto, P. (2001). Del siglo XX al tercer milenio las adicciones y la salud pública: drogas alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 4(24), 3-19.
- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes (2008). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Editora Guadalupe.
- Moore, B. A., Augustson, E. M., Moser, R. P. & Budney, A. J. (2005). Respiratory Effects of Marijuana and Tobacco Use in a U.S. Sample. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 33-37.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: Resumen. 5-34.
- Pérez, A. (1987). *Cocaína: surgimiento y evolución de un mito*. Bogotá, D.C.: Catálogo Científico.
- Pérez, A. (2013). ¿Existe realmente la enfermedad adictiva? En A. Pérez (2013), «Adicciones» y otros asuntos humanos (p. 41-51). Bogotá: Nuevos Rumbos.
- Pérez, A., Rodríguez, C. & Valencia, J. E. (2005). *El estudio de costos humanos, sociales y económicos de las drogas en las Américas*. CICAD/OEA. Washington D.C.
- Pérez, A. & Scopetta, O. (2008). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008*. Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá, Colombia.
- Schneider, U., Leweke, F. M., Mueller-Vahl, K. R. & Emrich, H. M. (1998). Cannabinoid/anandamide system and schizophrenia: is there evidence for association? *Pharmacopsychiatry*, 31(2), 110-3.
- Society of Neuroscience. (2002). Young brains on alcohol. Brain Briefings. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tashkin, D. P. & Roth, M. D. (2007). *Effects of marijuana on the lungs and immune defenses*. En M. A. El Sohly (Ed.), *Marijuana and the cannabinoids* (pp. 253-275). Nueva York: Humana Press.
- White, A. M. & Swartzwelder, H. S. (2006). Age-related effects of alcohol on memory and memory-related brain functions in adolescents and adults. En M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism*, 17, 161-176. New York: Springer.

* Universidad Católica de Colombia, Colombia.

** Director Corporación Nuevos Rumbos, Colombia.

Este estudio fue realizado con el apoyo financiero de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, Organización de Estados Americanos.

* mcorrea@nuevosrumbos.org

** aperez@nuevosrumbos.org

LIBERABIT: Lima (Perú) 19(2): 153-162, 2013

<p><input type="checkbox"/> 6. Autoinmunes</p> <p>6.1 <input type="checkbox"/> VIH</p> <p>6.2 <input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p>6.3 <input type="checkbox"/> Leucemia</p> <p>6.4 <input type="checkbox"/> Lupus</p> <p>6.5 <input type="checkbox"/> Fiebre reumatoidea</p> <p>6.6 <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</p> <p>6.7 <input type="checkbox"/> Otras, cuáles _____</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Psiquiátricas</p> <p>7.1 <input type="checkbox"/> Crisis o trastornos psicóticos</p> <p>7.2 <input type="checkbox"/> Ansiedad generalizada</p> <p>7.3 <input type="checkbox"/> Depresión</p> <p>7.4 <input type="checkbox"/> Alucinaciones</p> <p>7.5 <input type="checkbox"/> Crisis de pánico</p> <p>7.6 <input type="checkbox"/> Agitación motora</p> <p>7.7 <input type="checkbox"/> Desmotivación</p> <p>7.8 <input type="checkbox"/> Euforia excesiva</p> <p>7.9 <input type="checkbox"/> Otras, cuáles _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 13. Otras enfermedades o trastornos</p> <p>13.1 _____</p> <p>13.2 _____</p> <p>13.3 _____</p> <p>13.4 _____</p>
--	---

	12. Alguna vez ha consumido estas sustancias?		13. Qué edad tenía cuando la usó por primera vez?	14. La usó en los últimos 12 meses? *		15. Con qué frecuencia las usaba? (Ver códigos abajo)*	16. Las usó en los últimos 30 días? *		V.A. (F, IY, O, IH)
	No	Si		No	Si		No	Si	
1. Solventes e Inhalables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Pasta de coca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Extasis y Metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Las preguntas 14,15 y 16 se refieren a los períodos inmediatamente anteriores a entrar a la institución.
 ** Se refiere únicamente a sustancias que no son medicamentos.

V.A.: Vías de administración; F: fímada; IY: inyectada; O: oral; IH: inhalada