

ANALISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E
IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
AÑOS 2006-2010

REVISIÓN DE LITERATURA

SENITH MARCELA BELEÑO RODRIGUEZ

Código: 598936

GREGORIO ALBERTO DIAZ MORALES

Código: 598930

DIRIGIDO POR:

JAIRO ALBERTO TÉLLEZ MOSQUERA Ph.D EN NEUROTOXICOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO TOXICOLOGÍA

Bogotá, 2011

ANALISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E
IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA
AÑOS 2006-2010

SENITH MARCELA BELEÑO RODRIGUEZ

Código: 598936

GREGORIO ALBERTO DIAZ MORALES

Código: 598930

Trabajo de grado presentado para optar al título de:
Magister en Toxicología

DIRIGIDO POR:

JAIRO ALBERTO TÉLLEZ MOSQUERA Ph.D EN NEUROTOXICOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO TOXICOLOGÍA

Bogotá, 2011



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS
GRUPO DE COLECCIONES

FORMATO UNICO PARA ENTREGA DE LOS TRABAJOS DE GRADO

TÍTULO EN ESPAÑOL :

ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA AÑOS 2006-2010

TÍTULO EN INGLÉS:

ANALYSIS OF TRENDS IN DRUG ABUSE AND HEALTH IMPACTS OF THE INDIVIDUAL IN LATIN AMERICAN YEARS 2006-2010

RESUMEN EN ESPAÑOL (MÁXIMO 250 PALABRAS):

Este proyecto está orientado a realizar una revisión de literatura analizando las diferentes fuentes bibliográficas de las tendencias del consumo de drogas de abuso en los países de América Latina del 2006 al 2010 y los impactos en la salud de los individuos. Metodología: Las unidades de análisis fueron artículos científicos productos de investigaciones, informes de observatorios de drogas de América Latina y el Caribe e informes mundiales de la ONU y OEA en el tema de las tendencias del consumo de drogas. Los impactos en la salud que esto genera en la población latinoamericana son los publicados en revistas contenidas en bases de datos electrónicas como: PubMed, Scielo, bases de datos referenciales como Isi Web of Knowledge, Scopus, y bases de datos en texto completo como, ScienceDirect, EBSCO y Ovid en un periodo del 2006 al 2010. Se identificaron, seleccionaron y analizaron los estudios publicados según los criterios de inclusión y exclusión teniendo un total de 214 artículos analizados. Resultados: Se ha observado un aumento en el consumo de cocaína y ETA por parte de Suramérica pero; la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo. El efecto de la inmigración y aculturación presenta un impacto en la tendencia imprimiéndole dinamismo en los países donde sufren más este fenómeno. Las consecuencias en la salud generadas por el consumo de drogas afectan a todos los sistemas del organismo y el feto. Por lo tanto este proyecto tiene como finalidad orientar las políticas sociales en torno a la prevención y tratamiento del abuso de drogas.

TRADUCCIÓN DEL RESUMEN AL INGLÉS:

This project aims to conduct a literature review analyzing the different literature sources of trends in drug abuse in Latin American countries from 2006 to 2010 and the impacts on the individuals' health. Methodology: The analysis units were scientific papers from research studies, reports of drug observatories in Latin America and the Caribbean and world reports of the UN and OAS in the issue of drug use trends. The impacts on health that generates in the Latin American population have been published in journals contained in electronic databases such as PubMed, Scielo, reference databases such as ISI Web of Knowledge, Scopus, and full-text databases, ScienceDirect, EBSCO and Ovid in a period from 2006 to 2010. We have identified, selected and reviewed published studies according to the criteria of inclusion and exclusion with a total of 214 articles analyzed. Results: We have observed an increase in cocaine consumption and ATS (Amphetamine-Type Stimulants) in South America but, marijuana remains the drug most used. The effect of immigration and acculturation has an impact on the trend in countries that suffer more this phenomenon. The health consequences generated by the use of drugs affect all body systems and the fetus. Therefore, this project will focus on finding social policies regarding. The prevention of drug abuse and its treatment.

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL (MÁXIMO 5):

drogas de abuso, tendencias, América Latina y el Caribe, Impactos salud.

TRADUCCIÓN AL INGLÉS DE LOS DESCRIPTORES:

drug abuse, drug abuse-disorders, trends, Latin America AND Caribbean

FIRMA DEL DIRECTOR:**Nombre(S) completo(s) del(los) autor(es) y (Año de nacimiento):**

Gregorio Alberto Díaz Morales Abril 21 de 1970

Senith Marcela Beleño Rodríguez Febrero 02 de 1981

Dedicatoria

A mi esposa e hijos, Durvelis, Camilo, Lina y Sara.

*A mí querido y amado esposo Jhony, a mi
Padre y a mi Madre.*

Agradecimientos.

A Jehová Dios, fuente de toda Sabiduría, y razón de nuestra existencia.

A todo el cuerpo docente de la maestría, Universidad Nacional y Universidad de Cartagena

A la familia Ríos Santiago por su constante apoyo en la ciudad de Cartagena.

A todos los compañeros de la Biblioteca Karl C. Parrish de la Universidad del Norte por su gran apoyo en el desarrollo de la maestría.

Resumen

Este proyecto está orientado a realizar una revisión de literatura analizando las diferentes fuentes bibliográficas de las tendencias del consumo de drogas de abuso en los países de América Latina del 2006 al 2010 y los impactos en la salud de los individuos. Metodología: Las unidades de análisis fueron artículos científicos productos de investigaciones, informes de observatorios de drogas de América Latina y el Caribe e informes mundiales de la ONU y OEA en el tema de las tendencias del consumo de drogas. Los impactos en la salud que esto genera en la población latinoamericana son los publicados en revistas contenidas en bases de datos electrónicas como: PubMed, Scielo, bases de datos referenciales como Isi Web of Knowledge, Scopus, y bases de datos en texto completo como, ScienceDirect, EBSCO y Ovid en un periodo del 2006 al 2010. Se identificaron, seleccionaron y analizaron los estudios publicados según los criterios de inclusión y exclusión teniendo un total de 214 artículos analizados. Resultados: Se ha observado un aumento en el consumo de cocaína y ETA por parte de Suramérica pero; la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo. El efecto de la inmigración y aculturación presenta un impacto en la tendencia imprimiéndole dinamismo en los países donde sufren más este fenómeno. Las consecuencias en la salud generadas por el consumo de drogas afectan a todos los sistemas del organismo y el feto. Por lo tanto este proyecto tiene como finalidad orientar las políticas sociales en torno a la prevención y tratamiento del abuso de drogas.

Palabras clave: drogas de abuso, tendencias, América Latina y el Caribe, Impactos salud.

Abstract

This project aims to conduct a literature review analyzing the different literature sources of trends in drug abuse in Latin American countries from 2006 to 2010 and the impacts on the individuals' health. Methodology: The analysis units were scientific papers from research studies, reports of drug observatories in Latin America and the Caribbean and world reports of the UN and OAS in the issue of drug use trends. The impacts on health that generates in the Latin American population have been published in journals contained in electronic databases such as PubMed, Scielo, reference databases such as ISI Web of Knowledge, Scopus, and full-text databases, ScienceDirect, EBSCO and Ovid in a period from 2006 to 2010. We have identified, selected and reviewed published studies according to the criteria of inclusion and exclusion with a total of 214 articles analyzed. Results: We have observed an increase in cocaine consumption and ATS (Amphetamine-Type Stimulants) in South America but, marijuana remains the drug most used. The effect of immigration and acculturation has an impact on the trend in countries that suffer more this phenomenon. The health consequences generated by the use of drugs affect all body systems and the fetus. Therefore, this project will focus on finding social policies regarding the prevention of drug abuse and its treatment.

Keywords: drug abuse, drug abuse-disorders, trends, Latin America AND Caribbean

Contenido

	Pág.
Resumen	VII
LISTA DE TABLAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	17
INTRODUCCIÓN	19
ANTECEDENTES CONCEPTUALES HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS	24
1.1.1. Historia de consumo de drogas en América Latina	25
1.1.2. Historia del consumo de drogas de abuso en Colombia	27
2. Marco conceptual	28
2.1 Que son las drogas de abuso	28
2.1.1 Toxicomanía o adicción	29
3. Clasificación de las drogas de abuso	29
3.1 Clasificación Jurídica	29
3.2 Clasificación de las drogas de acuerdo con la OMS	30
3.3 Clasificación de acuerdo con CIE-10 de la OMS (1992)	31
3.4 Clasificación según su fisiológica	31
3.4.1 Depresores SNC o psicodélicos	31
3.4.2 Psicoestimulantes o psicoanalépticos	32
3.4.3 Drogas disociativas	32
3.5 Clasificación de consumidores de drogas de abuso de acuerdo con el DSM IV 33	33
3.5.1 Consumidor tipo I	33
3.5.2 Consumidor tipo II	33
3.5.3 Consumidor tipo III	33
3.5.4 Consumidor tipo IV	33
3.6 Criterios del DSM IV para dependencia	34
3.6.1 Tolerancia	34
3.7 Criterios sociales	35
Rol académico alterado rol familiar alterado, rol laboral alterado y rol legal o político alterado	35
3.7.1 Rol académico alterado	35
3.7.2 Rol familiar alterado	35
3.7.3 Rol laboral alterado	35
3.8 Efectos agudos por consumo de drogas de abuso	35
3.9 Efectos del consumo de drogas	36

X ANALISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA AÑOS 2006-2010

3.9.1 Efectos Individuales	36
3.9.2 Efectos en la familia	37
3.9. 3 Efectos en la sociedad	37
4. Drogas: Efectos Sobre La Salud	39
4.1 Problemas relacionados por el consumo de drogas.....	40
4.2 Problemas más frecuentes en la salud de los consumidores de drogas de abuso 41	
4.3 Efectos agudos y crónicos por el uso de drogas de abuso.....	41
4.3.1 Cocaína y efectos sobre la salud.	42
4.3.2 Sistema Nervioso Central.....	42
4.3.3 Derrame cerebral y defectos neurológicos transitorios.....	42
4.3.4 Convulsiones	43
4.4 Sistema Cardiovascular	44
4.4.1 La presión arterial	44
4.4.2 Arritmias.....	45
4.4.3 Shock.....	45
4.4.4 Muerte Súbita.....	46
4.4.5 Pulmonar	46
4.5 Efectos en salud por consumo de Anfetaminas.....	47
4.5.1 Efectos sobre el SNC.....	47
4.5.2 Sistema Cardiovascular	48
4.6 Efectos por el consumo de MDMA (3,4-Metilendioximetanfetamina).....	48
4.7 Efectos sobre la salud por consumo de Alucinógenos	50
4.7.1 Efectos fisiológicos de los alucinógenos	51
4.7.2 Descripción del LSD (Dietilamida del ácido lisérgico).....	52
4.8 Descripción de la fenciclidina (PCP)	53
4.8.1 Efectos psiquiátricos por consumo de fenciclidina (PCP).....	54
4.8.2 Efectos físicos.....	54
4.9 Descripción de la marihuana.....	55
4.9.1 Efectos de la Marihuana sobre la salud.....	55
4.10 Descripción de los opioides.....	57
4.10.1 Efectos analgésicos	58
4.10.2 Sedación.....	59
4.10.3 Efectos gastrointestinales	59
4.10.4 Estreñimiento	59
4.10.5 Efectos de la depresión respiratoria	59
4.10.6 Edema pulmonar.....	60
4.10.7 Supresión de la tos	60
4.10.8 Constricción pupilar.....	60
4.11.1 Benzodiacepinas.....	61
4.12.1 Disolventes volátiles.....	63
4.12.2 Los aerosoles.....	65
4.12.3 Gases	65
4.12.4 Los nitritos.....	65
5. DROGAS PSICOACTIVAS AUTÓCTONAS DE AMÉRICA LATINA.....	66
5.1.1 Características químicas de la ayahuasca	67

5.1.2	Investigaciones sobre el consumo de ayahuasca a nivel global	68
5.1.3	Aspectos farmacológicos y toxicológicos de de la Ayahuasca	68
5.1.4	Las principales vías de uso de la ayahuasca	69
5.1.5	Globalización de la Ayahuasca	69
6.	Problemas del consumo de drogas de abuso en el embarazo	70
6.1.2	Nicotina y embarazo	71
6.1.3	Cocaína y embarazo	71
7.	SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	71
7.1.2	Trastornos de personalidad	73
7.1.3	«Flashbacks»	73
7.1.4	Trastornos de ansiedad	73
7.1.5	Crisis de pánico	73
7.1.6	Trastornos depresivos	74
7.1.7	Delirio	74
7.1.6	Trastornos psicóticos	74
7.3.1	Fase de estabilización subaguda	79
8.	SALUD SEXUAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	79
9.	IMPACTOS EN LA SALUD DEL CONSUMO DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA	80
10.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	82
10.1	Tendencias del consumo mundial de drogas de abuso	86
10.2	Tendencia del consumo mundial de Sustancias tipo anfetamínico.	89
10.3	Tendencias en el consumo de drogas en América Latina	90
10.3.1	Tendencias del consumo de opiáceos en América Latina	90
10.4	Tendencia del consumo de Cocaína en América Latina	93
10.5	Tendencia del consumo de Cannabis en América Latina	97
10.6	Tendencias del consumo de estimulantes tipo anfetamínico (ETS)	99
10.7	Tendencias de Policonsumo de drogas de abuso en América Latina	99
11.	El uso de drogas y sus consecuencias en América Latina	103
2.1	Objetivo General	106
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	106
3.	JUSTIFICACIÓN	106
4.	MARCO METODOLÓGICO	107
4.1	TIPO DE ESTUDIO	107
4.2	PERIODO DE ESTUDIO	108
4.3	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	108
4.4	UNIDAD DE ANÁLISIS	109
4.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO	110
4.6	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS	110
4.7	Resultados de la búsqueda en las bases de datos	113
4.7	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS	125
4.8	EXTRACCIÓN DE LA INFORMACIÓN	125
3.	TENDENCIAS DEL CONSUMO EN AMÉRICA LATINA	127
3.1	Tendencias del consumo en Argentina	127
3.1.1	Consumo de drogas jóvenes Argentina	127
3.2	Perfil de consumo de drogas de abuso en Argentina	129
3.3	Salud sexual y consumo de drogas Argentina	129
4.1	Tendencias del consumo en Brasil	130
4.1.1	Consumo de drogas Brasil	130
4.1.2	Consumo de drogas por género Brasil.	132

XII ANALISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA AÑOS 2006-2010

4.1.3 Situación laboral y consumo de drogas en Brasil	133
4.1.4 Tabaco y Jóvenes Brasil	133
4.1.5 Consumo de alcohol Brasil.....	134
4.1.6 Brasil y tendencias del consumo de drogas psicotrópicas	135
5. TENDENCIAS POR TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA	135
5.1 Brasil.....	135
5.2 Abuso del consumo de bencidamina en Brasil, una droga de prescripción.....	140
5.3 Consumo de Drogas de Abuso y comorbilidades Brasil	140
5.4 Consumo de drogas autóctonas en Brasil.....	145
5.4 Edad de consumo en estudiantes de medicina	145
5.4.1 Tipo de sustancias	146
5.5 Problemas de salud, sociales, jurídicos o financieras.....	147
5.6 El turismo y el consumo de drogas en Brasil.....	148
6. Tendencias del consumo de drogas de abuso Colombia	150
6.1 Drogas de abuso tradicionales de inicio en Colombia.	151
6.3 Consumo de drogas y salud mental	152
6.4 Consumo de cannabis y problemas asociados	153
6.4.1 Vida social y núcleo familiar	155
6.4.2 Consumo de alcohol y factores asociados	157
6.5 Transiciones del uso de drogas de abuso en Colombia.	157
6.5.1 Consumo de heroína en Colombia.....	158
6.5.2 Consumo de cocaína, basuco y heroína.	159
7. Consumo de drogas de abuso en Chile	162
8. República Dominicana	165
9. Ecuador	166
9.1 Tendencias del consumo en Ecuador	166
10. El Salvador	166
11. Honduras	166
12. México	167
12.1 Consumo de heroína y mezclas de drogas en población mexicana	167
12.2 Consumo de Metanfetamina y cocaína México	168
12.1.2 Tendencias del consumo de anfetaminas en mexico	168
12.3 Edad de consumo en México	171
12.4 Consumo por género en México	172
12.5 Consumo por tipo de sustancia	172
12.6 Impactos en la salud, consumo de drogas México	174
12.6.1 Comorbilidad	174
12.6.1.1 Comorbilidad y consumo de alcohol en México.....	175
12.7 Escolaridad y Estado civil.....	175
12.8 Vida social y núcleo familiar	175
13. Nicaragua	176
14. Perú.....	179
15. Venezuela.....	180
4. IMPACTOS EN LA SALUD POR CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN AMÉRICA LATINA.....	181

5.3 Cocaína efectos en la salud Brasil un reporte de caso	185
5.4 Piel	186
5.5 Manifestaciones cutáneas por el uso inyectable de drogas ilícitas	188
5.5 Manifestaciones agudas por el uso de drogas de abuso inyectables.....	188
5.6 Manifestaciones crónicas por el Consumo de drogas de abuso inyectables.	190
5.7 Problemas del consumo de drogas de abuso y prácticas sexuales	192
5.8 Complicaciones de salud en el sistema respiratorio	193
5.9 Complicaciones a nivel del Sistema Gastrointestinal y renal	195
6. Consumo de drogas de abuso y daño en mucosa oral	196
7. Drogas de abuso y embarazo.....	197
7.1 Alcohol (Etanol)	197
7.1.1 Cocaína	198
7.1.2 Pasta base de cocaína (Crack o basuco) y desarrollo embrionario	199
7.1.3 Cannabis	200
7.1.4 Tabaco	201
7.2 Drogas de abuso e Interacciones con anestésicos.....	201
7.3 Sistema nervioso y salud mental	202
7.3.1 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA)	202
7.3.2 Marihuana	205
7.4 Depresión y alcoholismo	206
7.4.1 Benzodiazepinas	207
8. Complicaciones en la salud por consumo de Tinner.....	208
9. Consumo de drogas de abuso y salud sexual	208
9.1 Impacto de las drogas de abuso y HIV	209
10. Consumo de drogas de abuso y enfermedades de transmisión sexual en América Latina	210
10.1 Turismo sexual y drogas.....	211
11. Consumo de drogas de abuso y salud mental en América Latina.....	211
11.1 Drogas de abuso y suicidio en Brasil	211
11.2 Consumo de drogas de abuso y salud mental en México	212
6. CONSIDERACIONES FINALES	227
BIBLIOGRAFÍA	237

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. MAPA DE UBICACIÓN DE COLOMBIA EN AMERICA LATINA....	14
FIGURA 2. NEUROCIENCIA DEL CONSUMO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	24
FIGURA 3: MAPA USO DE OPIÁCEOS INCLUYENDO HEROÍNA EN LOS AÑOS 2008-2009.....	78
FIGURA 4. MAPA RANKING MUNDIAL DE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE OPIÁCEOS.....	79
FIGURA 5. GRÁFICA DE TASA DE PREVALENCIAS DE CONSUMIDORES DE COCAÍNA Y PASTA BASE DE COCAÍNA EN ESTUDIANTES DE 13 A 17 AÑOS , EN PAÍSES SELECCIONADOS.....	82
FIGURA 6. TASA DE PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMIDORES DE COCAÍNA EN POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS	13
FIGURA 7. PREVALENCIA ANUAL DE USUARIOS DE CANNABIS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN PAÍSES SELECCIONADAS.....	84
FIGURA 8. DIAGRAMA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	17
FIGURA 9. MAPA TRATAMIENTOS POR CONSUMO DE ANFETAMINAS EN MÉXICO.....	159

LISTA DE TABLAS

Pág.	
TABLA 1:	CLASIFICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL..... 14
TABLA 2	CLASIFICACIÓN DE LA DROGAS DE ACUERDO CON LA OMS....15.
TABLA 3	NUEVOS CASOS DE SÍFILIS EN ADULTOS DE 1995 Y 1999.....64
TABLA 4	NÚMERO MUNDIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS ENTRE 15-64 AÑO DE EDAD.....72
TABLA 5.	CONSUMIDORES DE DROGAS ILÍCITAS A NIVEL MUNDIAL.....74
TABLA 6.	ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONA QUE HAN USADO OPIÁCEOS AL MENOS UNA VEZ AL AÑO EN POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS. POR REGIÓN. 2008.....77
TABLA 7.	NÚMERO DE PERSONAS QU HAN CONSUMIDO COCAÍNA AL MENOS EL AÑO PADSADO Y TASA DE PREVALENCIA EN POBLACIONES COMPRENDIDAS 15-64 AÑOS DE EDAD.....80
TABLA 8.	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN DROGA POR PAÍS.....88
TABLA 9.	TASA DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE OPIACEOS.....89
TABLA 10.	TASA DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE COCAÍNA90
TABLA 11.	TASA DE PREVALENCIA DE CONSUMO CANNABIS89
TABLA 12.	TASA DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE ANFETAMINAS91
TABLA 13.	TASA DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE EXTASIS.....92
TABLA 14.	DESCRIPTORES UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA SISTEMÁTICA102
TABLA 15.	RESULTADOS BÚSQUEDA EN LAS BASES DE DATOS.....103

XVI ANALISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE
ABUSO E IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE
AMÉRICA LATINA AÑOS 2006-2010

TABLA 16. TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS SCIELO.....	104
TABLA 17. TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS SCOPUS.....	105
TABLA 18. TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS ISI WEB OF KNOWELEDGE	103
TABLA 19 TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS SCIENCEDIRECT.....	104
TABLA 20. TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS EBSCO.	106
TABLA 21. TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS OVID....	107
TABLA 22. TIPO DE ESTUDIOS UBICADOS EN BASE DE DATOS PUBMED.....	113
TABLA 23. TOTAL DE ARTÍCULOS EN LAS BASES DE DATOS.....	110
TABLA 24. PORCENTAJE DE ESCOLARES ENTRE 13 A 17AÑOS QUE CONSUMEN DROGAS.....	114
TABLA 25. MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES POR ABUSO DE DROGAS EN ESTUDIO BRASILEIRO.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS

EE.UU, U.S, USA Estados Unidos de América

SPA Sustancias Psicoactivas

ONU Organización de la Naciones Unidas

ONUDD, ONUDC Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

ETA Estimulante tipo Anfetamínico

MDMA, MDA 3,4-Metilendioximetanfetamina

HCl de cocaína Clorhidrato de cocaína

OEA Organización de los Estados Americanos

OND Observatorio Nacional de Drogas

OID Observatorio Interamericano sobre Drogas

CICAD Comisión Interamericana para el Control De Abuso De Drogas

VIH / SIDA Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades, décima versión

OMS, WHO Organización Mundial de la Salud

SNC Sistema Nervioso Central

BZD Benzodiazepinas

GHB Ácido *gamma*-hidroxibutírico, Ácido 4-hidroxibutanoico, Ácido oxíbico

LSD Dietilamida de ácido lisérgico

DMT N, N-dimetiltriptamina

DOB 2,5-dimetiloxi-4-bromoanfetamina

DOM 2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina

MDPV Metilendioxiptovalerona

THC delta-9-tetrahidrocannabinol

ATP Adenosín trifosfato

ECG Electrocardiograma

5-HT 5-hidroxitriptamina

IAM Infarto Agudo del Miocardio

PCP Fenciclidina

GABA ácido gamma-aminobutírico

RM Resonancia Magnética

ADN Ácido desoxirribonucleico

ARN Ácido ribonucleico

OPS Organización Panamericana de la Salud

IMAOs inhibidores de la monoamino-oxidasa

DT Dosis equivalente típica

NIDA Instituto Nacional de Drogas de Abuso

ONG organizaciones no gubernamentales

SEP programas de intercambio de jeringas

UDI usuarios de drogas inyectables

OBC organizaciones de base comunitaria

INTRODUCCIÓN

La humanidad ha entrado en el siglo XXI con unos niveles de cultivos de drogas y toxicomanías, muy altos respecto a los de hace 100 años. Mayor importancia, reviste el hecho de que, en los últimos años, los esfuerzos a nivel mundial por reducir la amenaza que plantean las drogas ilícitas han invertido en la práctica el aumento del uso indebido de drogas registrado durante un cuarto de siglo que, de no habersele puesto barreras, podría haber llegado a ser una pandemia mundial.(1)

La problemática de las drogas ilícitas es un fenómeno multi-causal, multidisciplinario y de carácter mundial.

El problema mundial de las drogas tiene tres temas principales, que son muy claramente perceptibles en todo el mundo como los son: la adicción de la población juvenil a las drogas de abuso, efectos de la producción de tráfico ilícito y la venta de drogas, que genera violencia por su distribución, comercialización y venta.

Otro impacto que genera el consumo de drogas de abuso a nivel mundial, se enfoca a los problemas de salud, en el Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. Gran parte de la carga de morbilidad atribuida a la morbilidad por el uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio

conjunto de problemas de salud y de exclusión social, incluyendo el VIH/SIDA (informe mundial OMS, 2002). El alcohol, el tabaco y el consumo de drogas ilícitas, causan una considerable morbilidad y mortalidad, pero buenos datos epidemiológicos entre países son limitadas

El alto nivel de crímenes en la sociedad tiene una estrecha relación con el uso de sustancias psicoactivas que son elementos que condicionan las políticas represivas hacia las drogas.

Otra gran problemática es la necesidad de los gobiernos de invertir grandes cantidades de dinero en la fiscalización del control de la producción, transporte, distribución y venta de las drogas ilícitas. De hecho el gobierno federal de los Estados Unidos ha gastado más de \$ 10 mil millones de dólares en el control de la de las drogas de abuso (2).

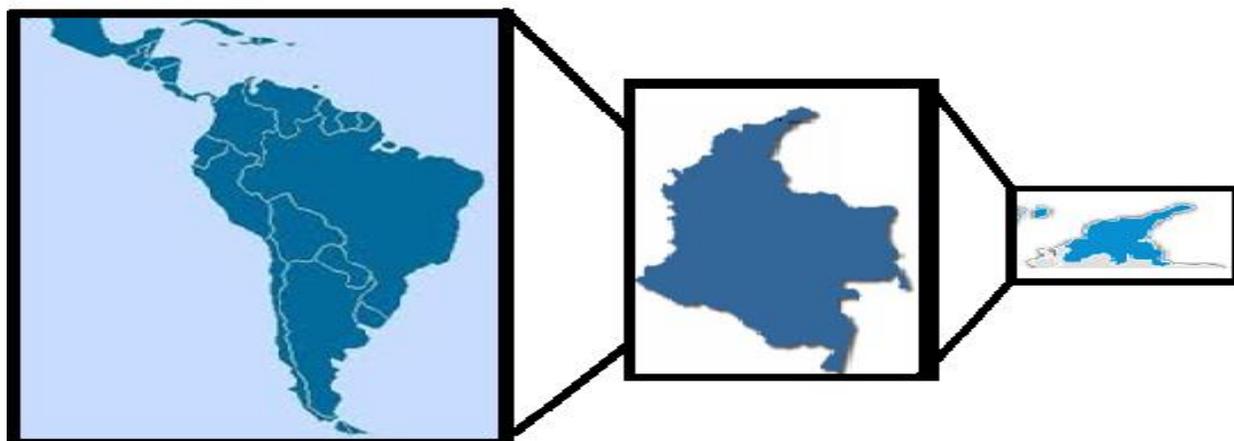
América Latina es un territorio que consta de 21 países repartidos en América Central, América del Sur y del Caribe: Argentina, Bolivia, Brasil , Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México ,Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico ,Uruguay y Venezuela. Los países que integran Latinoamérica comparten algunas similitudes culturales, por haber sido territorios coloniales de España, Portugal y Francia.

El uso de drogas en América Latina y el Caribe es percibido como un problema creciente por el público y los políticos. No obstante, la calidad y la cantidad de la información disponible crea dificultades considerables para los prestadores de atención de salud, los expertos en las políticas y otros interesados, quienes se

basan en esa información para priorizar los problemas, elaborar estrategias y asignar recursos, (3)

La población total en América Latina se estima en aproximadamente 563 millones de habitantes, con una tasa anual de crecimiento demográfico del 1,6%. Hay variaciones importantes en el crecimiento de la población entre los países, de menos del 1% por año en Cuba, Uruguay, Chile y la mayoría de los países del Caribe y más de 2% en Guatemala, Paraguay y Honduras (4). La esperanza de vida también varían considerablemente entre países, que van desde un máximo de 78 años de edad en Costa Rica y 76 en Chile, a un mínimo de 63 años de edad en Bolivia (OPS, 2002). La población urbana latinoamericana se caracteriza por concentrarse en grandes áreas metropolitanas, como por ejemplo, São Paulo, México, Buenos Aires, Río de Janeiro, Bogotá, Lima o Santiago las cuales han experimentado grandes flujos migratorios desde las áreas rurales y desde las ciudades menores, al menos desde comienzos del siglo XX. En contraparte, en algunos países, como Guatemala, Honduras o Haití, más de la mitad de la población es rural (5).

Mapa N° 1 Ubicación de América Latina, Colombia y la Costa Norte de Colombia



En las zonas urbanas de América Latina la proporción de hogares son representados por mujeres cabeza de familia, un mayor porcentaje de hogares son extremadamente pobres, es lo que se denomina la “feminización” de la pobreza. Además más del 43% de las mujeres mayores de 15 años no tienen ingresos propios, los hombres alcanzan solo un 22% con ingresos. El 61 % de las mujeres son amas de casa. La tasa de pobreza es extrema (Hogares que sobreviven con cifras inferiores a un dólar diario, EE.UU) la población de niños es alta en proporción a otros grupos, 41 millones de niños entre 0 y 12 años de edad y 15 millones de personas entre las edades de 13 y 19 viven en la pobreza extrema. Los pueblos indígenas cuyo número, entre 28 y 45 millones de personas (4) representan más del 25% de la población en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú, los afro descendientes, que representan más del 90% de la población de Haití y un cuarto de la población en Brasil, Nicaragua y Panamá, son en gran medida, los más pobres de la región y tienen poco acceso a los servicios básicos. Aún cuando las mejoras socioeconómicas regionales se observan en la región de América Latina, estas mejoras no son evidentes dentro de las poblaciones indígenas (6).

La gran mayoría de los países de América Latina marginados por la pobreza y la violencia muestra una relación directa con el procesamiento, distribución, comercialización, consumo y abuso de drogas. Con el aumento de la pobreza, el desempleo y la inseguridad, se está generando un aumento en el consumo de drogas en todos los niveles de la sociedad. Sin embargo, según la CEPAL, los usuarios de drogas que pertenecen a sectores sociales vulnerables ante la exclusión social aún mayor, ya que se vuelven más adictos y cada vez más aislado de la educación, el empleo y las relaciones familiares. Esta marginalidad se agrava en los casos en los que muchos usuarios se convierten en comerciantes o traficantes de poca monta “Microtráfico de drogas” con el fin de

subsidiar su consumo propio. Muchas áreas urbanas en América Latina, el tráfico de drogas generan o refuerza una cultura de ilegalidad que socava las normas sociales básicas. Violencia originada de factores políticos y económicos es, pues, exacerbada por la generada por las actividades delictivas, especialmente las relacionadas con estupefacientes.

Colombia ha sido estigmatizada y su nombre ha sido asociado al cultivo, procesamiento y tráfico de cocaína y heroína, lo cual es considerado un “delito” de alcance mundial, ante el cual la comunidad internacional solo piensa en reaccionar con medidas represivas, ya que estas drogas producen un deterioro profundo en la salud física y mental de quienes las consumen.

Colombia es el segundo país en el mundo después de sudan con mayor número de desplazamiento y de acuerdo con (7) y Según un informe del Programa Mundial de Alimentos (PMA), en 2006 en 93% de los desplazados internos se hallaba por debajo del límite de la indigencia este alto porcentaje de desplazamiento estimula la pobreza en las grandes ciudades donde es caldo de cultivo para las organizaciones criminales y el aumento de prevalencia por el consumo de drogas de abuso entre población joven desplazada, donde El 64.5% pueden ser menores de 20 años. El 72% de los desplazados corresponden a una forma individual o familiar, mientras que el 28% se relacionan con éxodos masivos de población. En consecuencia, existiendo un alto riesgo entre la población de adicciones a las drogas. El mayor número de desplazados, llegan a ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Cartagena, Barranquilla, y en general las capitales a cabeceras municipales

Por lo tanto el trabajo de investigación que se quiere mostrar parte de unos objetivos: en principio mediante una revisión de la literatura, el conocimiento de las tendencias del consumo de drogas de abuso en América Latina y los impactos que esto genera en la salud de la población, lo cual permitirá hacer un análisis profundo en la toma de decisiones para la generación de programas de prevención y tratamientos en los individuos consumidores de estas sustancia

ANTECEDENTES CONCEPTUALES HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS

La droga es algo tan antigua que se confunde con la propia historia del hombre. El libro más antiguo, la Biblia (8) cita al alcohol 165 veces – en las bodas de Caná- donde transformo agua en vino y de la embriaguez de Noé.

En la búsqueda de alimentos el hombre, como lo describe Cruz y Días (1991), el hombre primitivo comió algunas plantas que lo dejaron adormecido, sin reacción hacia el mundo exterior, pero con una increíble sensación de bienestar y placer.

Las tribus primitivas adquirían conocimientos en el uso de las drogas para ritos y cultos, los cuales transmitían en la tradición oral y luego por inscripciones rupestres a sus descendientes (8)

Esto antes de la llegada de los españoles no constituía un problema social ya que se restringía a ocasiones especiales y, además, debido a la forma de ingestión, no se presentaban los efectos devastadores a nivel físico, psicológico y social que hoy en día se producen.

Con el transcurrir del tiempo y con la colonización Europea, el consumo de las sustancias como la chicha, el tabaco y la coca se difundió, las dos primeras adquirieron mucho auge entre los españoles, que consumían en las reuniones sociales, en el caso del tabaco, lo monopolizaron, y comenzaron a exportarlo.

En el siglo XVII los europeos descubrieron los efectos tóxicos del óxido nitroso o gas de la risa, y del éter ambos usados como drogas recreativas antes que se utilizara como anestesia. En el siglo XIX la manía fue oler, tolueno, xileno y benceno, gasolina, adelgazador de pintura y fluidos volátiles. A principio de los años 60 se popularizo oler cemento. Una década después este quedo atrás de los aerosoles.

En estos tiempos se incluyen la inhalación de nitrato butílico y amílico, sustancias vasodilatadoras usadas en el tratamiento de la angina de pecho.

En la sociedad actual el consumo de drogas ha aumentado progresivamente a través del tiempo involucrando a un grupo cada vez mayor de individuos sin respetar nivel socioeconómico, educacional, grupo étnico o género.

1.1.1. Historia de consumo de drogas en América Latina

No se conoce con certeza la época de iniciación del consumo de SPA en este continente, pero sí es claro que en América nuestros antepasados consumían coca, tabaco y yopo, yagé, rapé escopolamina, chicha, entre otras a las que se le asignaba un valor mítico y ritual.

Quizás el primer testimonio escrito del consumo sustancias psicoactivas que se conoce del los hombres del viejo Mundo, respecto al consumo de SPA en América es narrado por Cristóbal Colón, que en 1493 hace referencia a los curanderos de la isla Española, quienes aspiraban por la nariz un polvo al que llamaban cohoba” que les producían visiones que les permitían diagnosticar enfermedades y adivinar los sucesos futuros” (7).

Otra de las plantas americanas convertida hoy en día en mercancía lícita es el tabaco (*Nicotina tabacum*). Fue visto por primera vez por los europeos entre el 2 y el 5 de noviembre de 1492, en la isla de Cuba, por dos marinos que acompañaban a Colón en su primer viaje» (9, 10). En la América precolombina se usaba el tabaco de varias maneras, aprovechándose toda la planta según sus usos: las semillas, las raíces, el tallo, las hojas y las flores, prefiriéndose inicialmente, las hojas, y posteriormente, el tallo. Su aplicación era medicinal y recreacional (11)

La primera referencia europea que se hizo de la coca o «hayo» es la atribuida al padre español Ortiz, en 1499, citado por Cartay, al describir su uso entre los

nativos que poblaban las costas venezolanas. Su uso estuvo más arraigado entre los incas, y aún entre sus predecesores que la consideraban sagrada. Restringido a los miembros de la nobleza, se utilizaba en los rituales religiosos, como obsequio a los visitantes ilustres y con fines médicos. Se puede decir, que la coca estaba permitida a una élite (9). La coca *Erythroxylon coca* y otras variedades son de origen americano y de milenar consumo entre nativos, con fines rituales y por su efecto mitigante del hambre y productor de euforia. Los Arahucos desplazados por los muiscas, introdujeron la coca al Perú por los hijos del Sol, según la leyenda de Túpac Amaru, su hermana y su esposa Mama Oco.

En América central, el Caribe y sur América se concentra se encuentra el uso de polvo psicoactivo que se llama "rape" ontogénico y que se ubica en yacimientos arqueológicos, descubiertos en Argentina, República Dominicana, Haití, Perú y Puerto Rico.

En tierras del Brasil se encuentra el psicoactivo más difundido proveniente de las ramas del *banisteriopsis* sp. Conocido ampliamente como el yagé, aapi, ayahuasca, natema o pindee.

La historia moderna del actual estado del fenómeno de las drogas en Latinoamérica, a riesgo de cometer un error de aproximación, se inicia al igual que en otras latitudes, en la década de los 60, con el consumo de la marihuana. Posteriormente irrumpen en la escena el clorhidrato de cocaína y más recientemente la pasta básica de cocaína, cuyos primeros indicios de consumo se da en los años 80 y circunscrito a países como Perú, Ecuador y Colombia

Dar datos estadísticos generales del consumo de drogas en Latinoamérica, se torna difícil e impreciso, pues son pocos los países que realizan estudios epidemiológicos sistemáticos. Sin embargo de manera general, podríamos

plantear que el problema más importante de América, al igual que ocurre en todas las regiones del mundo, lo constituye el grupo de las drogas legales: alcohol, tabaco y psicofármacos (1). Con respecto a las drogas ilegales, y aunque se describirá, la situación del consumo en algunos países, se puede anotar que las principales drogas de abuso, en Latinoamérica, en orden de frecuencia son: la marihuana, el clorhidrato de cocaína, la pasta básica de cocaína, las drogas de síntesis y la heroína. Augusto Pérez Gómez, explicaba el espectro de lo que puede ser el problema del consumo en América Latina (2): “desde el punto de vista de consumo tendríamos en primer lugar a Colombia, a Perú, partes del Brasil, especialmente las ciudades grandes como Sao Paulo y Bolivia. Y en el cuarto y último grupo, se situarían los países del Cono Sur: Uruguay, Paraguay, Argentina y Chile, como los de menor consumo”. Río de Janeiro y a Panamá. En el segundo grupo estarían Venezuela, Ecuador y varios países de América Central. En el tercer grupo estarían México, San Salvador.

1.1.2. Historia del consumo de drogas de abuso en Colombia

Los antecedentes del consumo de drogas en Colombia data desde nuestras culturas ancestrales, desde la coca en la civilización Chibcha, pasando por las culturas Amazónicas y desde la Sierra Nevada de Santa Marta, hasta la llegada de los españoles al nuevo mundo.

Especialmente en nuestro país, se puede decirse que el consumo de SPA data de muchos años antes de Cristo y dadas las peculiares condiciones geográficas, existen una gran variedad de sustancias que fueron incorporadas por nuestros indígenas dentro de su diario vivir.

El uso de la coca, el yagé el tabaco y la chicha entre otras, fue revestido con un sentido mágico-religioso, que le atribuían estas sustancias una serie de atributos

y poderes, razón por lo cual eran consumidas solo por ciertas personas y en momentos especiales.

Con el transcurrir del tiempo y con la colonización Europea, el consumo de las sustancias como la chicha, el tabaco y la coca se difundió; las dos primeras adquirieron mucho auge entre los españoles, que consumían en las reuniones sociales, en el caso del tabaco, lo monopolizaron, y comenzaron a exportarlo.

Con referente a la coca, esta era y es usada por nuestros indígenas quienes, a causa de sus largas jornadas eran utilizados para aguantar extensas jornadas de trabajo. La importancia de la coca con relación a nuestros nativos, esta es utilizada en nuestro territorio en tres regiones; el altiplano Cundí-Boyacense, El Amazonas y la Sierra Nevada de Santa Marta. Nuestros Indígena “mascaban “la coca, para aprender a pensar. Para “recitar las narraciones sagradas y la genealogías de sus linajes y cantar y bailar en honor a la madre Universal “(12).

2. Marco conceptual

2.1 Que son las drogas de abuso

El concepto de droga está influido por contextos socioculturales. Según la Organización Mundial de la Salud, droga es toda sustancia que, introducida en el organismo puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irrefrenable a tomar la sustancia de forma continuada o periódica, a fin de obtener sus efectos, y a veces, de evitar el malestar de su falta. En sentido amplio, se trata de una sustancia que afecta las funciones corporales y la conducta.

2.1.1 Toxicomanía o adicción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que se caracteriza por: a) Compulsión: deseo invencible o una necesidad irremisible de continuar consumiendo la droga y de obtenerla por cualquier medio;

3. Clasificación de las drogas de abuso

3.1 Clasificación Jurídica

Esta clasificación depende de las normas legales internacionales (tratados internacionales convenios) y adopta normas nacionales de cada país o normas regionales de estados federales

LEGALES	ILEGALES
Etanol	Derivados de la coca, cocaína, perico , basuco
Nicotina	Marihuana
Cafeína, Nuez de cola, Guaraná	Opio , heroína, morfina
Óxido nitroso, Nitrito de amilo(poppers) nitrito de isobutilo	LSD, “polvo de ángel” fenciclidina
Solventes orgánicos: Thiner, pegantes, gasolina, varsol y correctores	Dioximetanfetamina, metanfetamina, metoximentafetamina
Té de coca	

Tabla .1 Clasificación de las drogas desde el punto de vista legal

3.2 Clasificación de las drogas de acuerdo con la OMS

La clasificación propuesta por la OMS, es la siguiente:

1. Tipo de Alcohol: bebidas alcohólicas de cualquier clase.
2. Tipo de Anfetamina: anfetamina, dexanfetamina, metamfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
3. Tipo de Barbitúrico: barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes como el hidrato de cloral, el clordiacepóxido, el diacepan, el meprobamato y la metacualona.
4. Tipo de Cannabis: preparación de la cannabis sativa, como marihuana (bhang, daggam, kif, maconha) ganja y hachís (Charas).
5. Tipo de Cocaína: cocaína y hojas de coca.
6. Tipo de Alucinógeno: dimetilriptamina (DMT), lisérgida (LSD), mescalina, peyote, psilocibina y estramonio.
7. Tipo de Khat (*): preparaciones de *Catha Edulis* Forsk.
8. Tipo de Opiáceo: opio, morfina, heroína, codeína, y productos sintéticos con efectos morfínicos como la metadona y la petidina.
9. Tipo de Solventes Volátiles (producto de inhalación): tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos agentes anestésicos como el éter, el cloroforno y el óxido nitroso.

Tabla 2. Clasificación de las drogas de acuerdo con la OMS

Clasificación de las drogas en (13)

3.3 Clasificación de acuerdo con CIE-10 de la OMS (1992)

F10 Por consumo de alcohol

F11 Por consumo de opioides

F12 Por consumo de cannabinoles

F13 Por consumo de sedantes o hipnóticos

F14 Por consumo de cocaína

F15 Por consumo de otros estimulantes (cafeína)

F16 Por consumo de alucinógenos

F17 Por consumo de tabaco

F18 Por consumo de disolventes volátiles

F19 Por consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas

3.4 Clasificación según su fisiológica

3.4.1 Depresores SNC o psicolépticos

- Opiáceos: oxicodona, metadona, buprenorfina, heroína y kraton.
- Hipnótico-sedantes: BZD, carisoprodol, barbitúricos y GHB.
- Sustancias inhalables volátiles: colas y disolventes, óxido nitroso y
- Nitrito de amilo.
- Alcohol: “absistismo”, “jarra loca”

3.4.2 Psicoestimulantes o psicoanalépticos

- Cocaína, anfetaminas, efedrina, pseudoefedrina, sida cordifolia, metilfenidato, modafinilo, kath, maytenus senegalensis, cafeína, bebidas energizantes, guaraná y betel.
- Psicodélicos, alucinógenos o psicodislépticos: distorsionan la forma de percibir el tiempo, movimiento, color, sonido y la propia imagen.
- Plantas alucinógenas: atropa belladonna, ayahuasca, beleño negro, burundanga, cannabis, datura estramonium, ipomoea violácea o tricolor, mescalina y salvia divinorum.
- Hongos alucinógenos: amanita muscaria, LSD y psilocybe.
- Dextrometorfano.
- Drogas síntesis o diseño y/o “Research Chemicals” (RC’S): triptamínicos de síntesis (DMT, AMT, etc), opiáceos de síntesis, arilciclohexilaminas (fenciclidina y ketamina), feniletilaminas de síntesis (DOB, DOM, MDMA, etc.) y derivados anfetamínicos (piperacinas, MDPV, etc.)

3.4.3 Drogas disociativas

- Óxido nitroso, ayahuasca, psilocibina, dextrometorfano, algunos triptamínicos de síntesis, fenciclidina y ketamina.
- Distorsionan las percepciones visuales y las auditivas y producen sentimientos de aislamiento o disociación del medio ambiente y de sí mismo.
- Alteran la distribución del neurotransmisor glutamato.

3.5 Clasificación de consumidores de drogas de abuso de acuerdo con el DSM IV

3.5.1 Consumidor tipo I

No consumidor: es aquel individuo que no posee un patrón de consumo social ni coyuntural. Para este individuo el consumir o no consumir no significa diferencia en el transcurrir de la vida. No hay ninguna alteración, ni modificación en los roles de su vida cotidiana.

3.5.2 Consumidor tipo II

Consumidor ocasional: Es aquel individuo que no posee un patrón compulsivo. Consume solamente con ocasiones de tipo social o coyuntural. Este individuo mantiene su núcleo familiar y social. Su rol académico y laboral se mantiene normal.

3.5.3 Consumidor tipo III

Consumidor Abusador: crea un patrón de consumo, manteniendo un núcleo de familiares y social, pero su rendimiento tanto laboral como académico se ve disminuido. Este tipo de consumidor ya puede presentar tolerancia al tipo de droga consumida. Puede o no presentar síndrome de abstinencia. No presenta problemas judiciales ni policivos.

3.5.4 Consumidor tipo IV

Consumidor dependiente. Este individuo pasa la mayor parte de su tiempo comprometido con el consumo de sustancias psicoactivas. Su núcleo familiar se ve deteriorado y su núcleo social está más relacionado con la droga. Presenta síndrome de abstinencia, es un consumidor compulsivo y generalmente presenta

un tiempo de consumo mayor de 2 años. En esta etapa el individuo presenta problemas con la justicia o policivos.

3.6 Criterios del DSM IV para dependencia

De acuerdo con el DSM IV los criterios toxicológicos, criterios sociales para determinar una dependencia son:

Criterios Toxicológicos: tolerancia, uso compulsivo y síndrome de abstinencia

3.6.1 Tolerancia

Necesidad de recurrir a cantidades mayores de una sustancia para obtener un efecto deseado, mediante el aumento gradual de la dosis o la frecuencia de consumo

3.6.2 Síndrome de abstinencia

Comportamiento desadaptativo con componentes cognoscitivos y fisiológicos que se presentan cuando se suprime o disminuye la dosis de una sustancia que ha tenido un consumo prolongado

3.6.3 Consumo compulsivo

La casi totalidad del tiempo del individuo transcurre en función del consumo de una sustancia, exponiéndose a cantidades mayores o durante un periodo más prolongado de lo originalmente pretendido (DSM IV)

3.7 Criterios sociales

Rol académico alterado rol familiar alterado, rol laboral alterado y rol legal o político alterado

3.7.1 Rol académico alterado

Es cuando el individuo da lugar a incumplimiento en la asistencia a la escuela, pobre desempeño académico, ausencias repetidas. Suspensiones o expulsiones de la escuela relacionada con las sustancias

3.7.2 Rol familiar alterado

El uso continuo de las sustancia hace que se desarrollen problemas continuos o recurrente, personales o interpersonales dentro del ambiente familiar.

3.7.3 Rol laboral alterado

Deterioro en la relación laboral, por el incumplimiento en las obligaciones, por ejemplo ausencias repetidas, y terminación del contrato laboral

3.8 Efectos agudos por consumo de drogas de abuso

Un amplio porcentaje de las urgencias están relacionadas con el abuso de drogas. Los problemas que plantean los drogodependientes de urgencia pueden ser de dos tipos:

- 1) Directos: problemas originados por efecto directo de la(s) droga(s) sobre el organismo.
- 2) Indirectos: problemas originados por las complicaciones secundarias derivadas del consumo de droga(s), como la vía de administración, los contaminantes y las infecciones. Si tenemos en cuenta sólo los efectos

directos, los drogodependientes pueden llegar al área de urgencias bajo tres tipos de manifestaciones:

a) Predominantemente físicas: como en las intoxicaciones por opiáceos y otros depresores del SNC, en las que el fenómeno principal es la disminución del nivel de conciencia; en el síndrome de abstinencia por opiáceos, por estimulación del SNC y sistema nervioso autónomo; en la intoxicación por cocaína, donde pueden existir convulsiones o dolor torácico; y en la intoxicación por anfetaminas de síntesis (éxtasis), en las que puede existir una hepatitis fulminante o hipertermia.

b) Predominantemente psíquicas: como en intoxicaciones crónicas y en la abstinencia por estimulantes (cocaína y anfetaminas).

c) Mixtas: como en el síndrome de abstinencia alcohólico (delirium tremens) o de tranquilizantes; y en los delirios por intoxicación por estimulantes, antidepresivos, drogas de síntesis, o por alucinógenos.

3.9 Efectos del consumo de drogas

3.9.1 Efectos Individuales

Las personas que experimenta el uso pueden experimentar una amplia gama de efectos físicos que no sean los esperados. La emoción de la máxima cocaína, por ejemplo, es seguido por un "accidente": un período de ansiedad, fatiga, depresión, y un fuerte deseo de más cocaína para aliviar los sentimientos de la caída. El alcohol, que interfiere con el control del motor, es un factor en muchos accidentes de automóvil. Los usuarios de marihuana y las drogas alucinógenas

pueden experimentar recidivas no deseados de semanas los efectos de la droga o meses después de su uso. La abstinencia repentina de los resultados de ciertas drogas en los síntomas de abstinencia. Abstinencia de la heroína puede causar vómitos, calambres musculares, convulsiones y delirio. El aumento de la actividad sexual entre los consumidores de drogas, tanto en la prostitución y del efecto desinhibidor de algunas drogas, coloca a los usuarios un mayor riesgo de contraer SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Debido a la pureza y la dosis de drogas ilegales no son controladas, sobredosis de drogas es un riesgo constante. Más de 10.000 muertes al año en los Estados Unidos son directamente atribuibles al consumo de drogas(2). Las sustancias más frecuentemente involucrados son la cocaína, la heroína y la morfina, a menudo en combinación con alcohol u otras drogas Muchos usuarios de drogas participar en actividades delictivas, como el robo y la prostitución, para recaudar el dinero para comprar drogas, algunos medicamentos, especialmente el alcohol, el PCP, y la cocaína, están asociados con el comportamiento violento.

3.9.2 Efectos en la familia

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, como los niños y los jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

3.9. 3 Efectos en la sociedad

Otros de los factores analizados por el consumo de drogas de abuso, es el efecto que estas contribuyen a una mayor vulnerabilidad a la desintegración de las estructuras sociales. La significación social de las drogas que afectan la conducta es también derivada del hecho de que en muchos países desarrollados

sus efectos se relacionan con el 60 % de los arrestos policiales, fatalidades de tránsito, homicidios, incesto, violaciones, enfermedades de transmisión sexual, teratogénias, divorcios y abandono escolar, considerándose además como las principales responsables de la extrema violencia doméstica y social (14).

El consumo indebido de drogas conlleva obstáculos para el desarrollo psicosocial y de habilidades que favorecen la participación y aceptación social del individuo. Por ende, refuerza patrones de exclusión social. Las situaciones más agudas y que más requieren de acciones de prevención y apoyo son aquellas donde la adicción de los consumidores lleva al deterioro físico, psíquico, emocional, o también a la pérdida de vínculos y la clausura en opciones de inserción social. Sin embargo, debe considerarse que estos problemas son al mismo tiempo causa y consecuencia en relación con el consumo problemático de drogas. La precaria inserción laboral o educacional, la falta de acceso oportuno a servicios de salud, y la carencia de mecanismos de contención en el espacio familiar y comunitario, son factores de riesgo en el consumo de drogas (15).

Los Mecanismos que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas con problemas salud y sociales

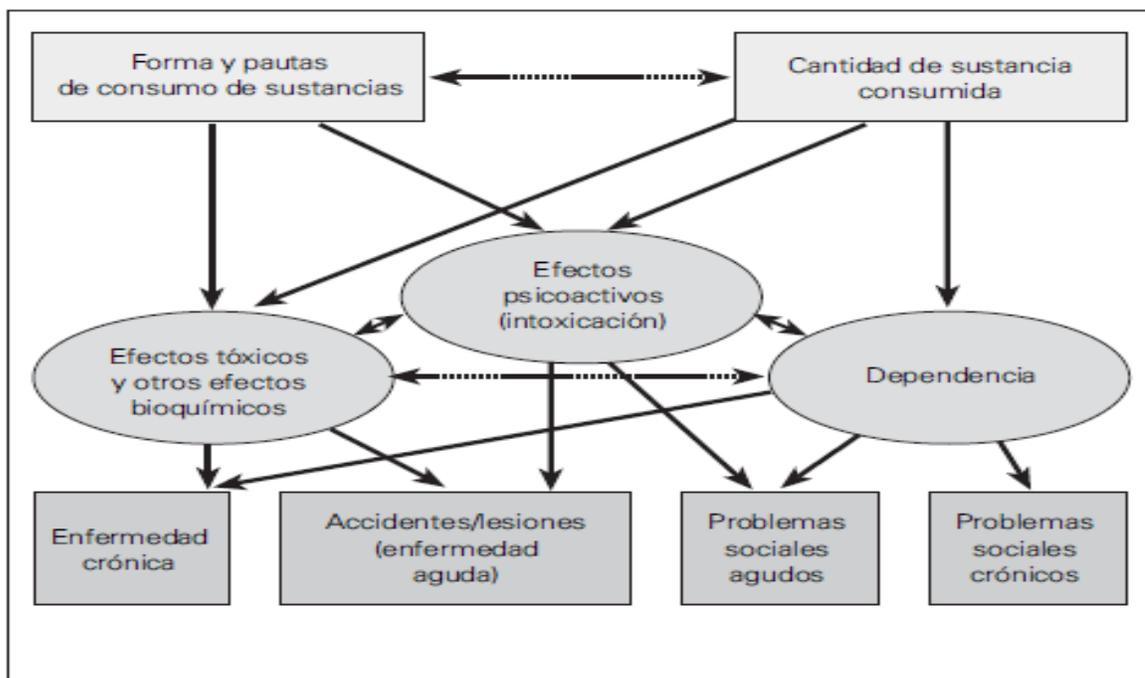


Figura 2. Fuente: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, (adaptado de Babor et al, 2003).

4. Drogas: Efectos Sobre La Salud

Las drogas son sustancias químicas que infiltran el sistema de comunicación e interrumpen el envío, la recepción y el procesamiento normal de información entre las células nerviosas (16)

Los problemas médicos asociados al consumo de drogas de mayor frecuencia son enfermedades pulmonares y cardiovasculares, apoplejía o ataques cerebrovasculares, diferentes tipos de cáncer y trastornos mentales. Las imágenes neurológicas, las radiografías del tórax y los análisis de sangre muestran los efectos dañinos del abuso de drogas en todo el cuerpo. Por ejemplo, las pruebas muestran que el humo del tabaco causa cáncer de la boca, garganta, laringe, sangre, pulmones, estómago, páncreas, riñones, vejiga y cervix. Además, algunas drogas de abuso, como los inhalantes, son

tóxicas a las células nerviosas y pueden dañar o destruir muchas de las neuronas cerebrales o del sistema nervioso periférico. (16) El consumo de drogas a través de vía intravenosa, está asociado al contagio con VIH/SIDA, Hepatitis B y C.

4.1 Problemas relacionados por el consumo de drogas.

Un amplio porcentaje de las urgencias están relacionadas con el abuso de drogas. Los problemas que plantean los drogodependientes de urgencia pueden ser de dos tipos:

1) Directos: problemas originados por efecto directo de la(s) droga(s) sobre el organismo.

2) Indirectos: problemas originados por las complicaciones secundarias derivadas del consumo de droga(s), como la vía de administración, los contaminantes y las infecciones. Si tenemos en cuenta sólo los efectos directos, los drogodependientes pueden llegar al área de urgencias bajo tres tipos de manifestaciones:

a) Predominantemente físicas: como en las intoxicaciones por opiáceos y otros depresores del SNC, en las que el fenómeno principal es la disminución del nivel de conciencia; en el síndrome de abstinencia por opiáceos, por estimulación del SNC y sistema nervioso autónomo; en la intoxicación por cocaína, donde pueden existir convulsiones o dolor torácico; y en la intoxicación por anfetaminas de síntesis (éxtasis), en las que puede existir una hepatitis fulminante o hipertermia.

b) Predominantemente psíquicas: como en intoxicaciones crónicas y en la abstinencia por estimulantes (cocaína y anfetaminas).

c) Mixtas: como en el síndrome de abstinencia alcohólico (delirium tremens) o de tranquilizantes; y en los delirios por intoxicación por estimulantes, antidepresivos, drogas de síntesis, o por alucinógenos.

4.2 Problemas más frecuentes en la salud de los consumidores de drogas de abuso

- Desnutrición, o infecciones respiratorias, causadas por consumo de drogas intravenosas
- Depresión
- Sobredosis de drogas
- Aumento en el índice de varios tipos de cáncer: por ejemplo, el cáncer pulmonar y el faríngeo están asociados con el consumo de nicotina; los cánceres de boca y estómago con el consumo excesivo y la dependencia del alcohol.
- Infección por VIH a través del hecho de compartir agujas
- Problemas con la memoria y la concentración, por ejemplo, con el uso de alucinógenos, incluyendo la marihuana (THC)
- Problemas legales
- Recaída en el abuso de drogas
- Prácticas sexuales insegura

4.3 Efectos agudos y crónicos por el uso de drogas de abuso

4.3.1 Cocaína y efectos sobre la salud.

Se ha encontrado que el consumo de cocaína está asociado con muchas consecuencias para la salud presentando complicaciones médicas a causa de sus efectos. Los efectos agudos del consumo de cocaína incluyen (17) dilatación de las pupilas, cambios en la temperatura corporal, alteraciones del sueño, las enfermedades cardiovasculares síntomas, y las perforaciones del tabique nasal

4.3.2 Sistema Nervioso Central

La cocaína en dosis moderadas produce la excitación y euforia, al igual que ansiedad. La intoxicación aguda puede dar lugar a graves trastornos psiquiátricos, como ansiedad aguda, ataques de pánico, delirio o psicosis aguda (17). La intoxicación crónica de cocaína produce psicosis paranoide, similares a la esquizofrenia. Hay evidencia que sugiere que el uso crónico de cocaína puede conducir permanentes anormalidades neurológicas. Atrofia cerebral, especialmente en la corteza frontal y ganglios basales, se ha encontrado en los abusadores crónicos de cocaína, así como la perfusión cerebral, déficit de sangre en áreas frontales, periventriculares y temporales. Las anormalidades en el metabolismo cerebral de la glucosa, así como la reducción de los ratios de β -ATP/Pi en la corteza cerebral, esto se ha encontrado en los adictos crónicos de cocaína. Estos cambios son similares a los observados después de la hipoxia cerebral (17).

4.3.3 Derrame cerebral y defectos neurológicos transitorios

Una variedad de signos neurológicos han sido reportados en pacientes con intoxicación por cocaína, entre ellos mareos, vértigo, temblor y visión borrosa. Hemiparesia transitoria también se ha observado, y puede ser el resultado de

vasoespasma cerebral. Los accidentes cerebrovasculares son cada vez más reconocido en el abuso de la cocaína, sobre todo en pacientes jóvenes. Entre los pacientes con accidentes cerebrovasculares, aproximadamente el 50% tiene una hemorragia cerebral, hemorragia subaracnoidea 30% y 20% el ictus isquémico. Esta distribución difiere de la encontrada en la población general, donde las cuentas de la isquemia y la hemorragia no para la mayoría de los accidentes cerebrovasculares. También un informe indica de hematoma subdural agudo asociado con el consumo de cocaína. El mecanismo de movimiento se piensa que una elevación aguda de la presión arterial inducida por la actividad simpática aumentada, lo que puede causar la ruptura de aneurisma cerebral, o vasoespasma o vasoconstricción cerebral. Es interesante, anticuerpos anticardiolipina, que se asocian con un riesgo de incremento de accidente cerebro vascular, se encontraron en el 27% de los consumidores de cocaína asintomáticos, y en los consumidores de cocaína con trombo embolismo. El consumo de cocaína crónica se ha asociado con reacciones agudas distónicas, que en algunos casos se han precipitado por neurolepticos, y en otros sin neurolepticos. Distonía aguda se informó después de su uso de cocaína, así como durante la abstinencia de la cocaína. (17) ha descrito que hay movimientos coreoatetoides una duración de hasta seis días.

4.3.4 Convulsiones

Las convulsiones se observan en alrededor del 1,4 al 2,8% de los consumidores de cocaína ingresados en urgencias. Por lo general son generalizadas, tónico-clónicas de carácter, y se puede presentar inmediatamente después de aspirar cocaína, o después de un retraso de varias horas. Las convulsiones pueden estar asociadas con el uso recreativo de cocaína, pero son más comunes en la intoxicación o síndrome de "body packer". Pueden tener convulsiones como primera manifestación de la exposición a la cocaína. (17) El mecanismo de las crisis relacionadas con la cocaína no es claro, y puede estar relacionado con sus propiedades de anestésico local.

Encefalopatía tóxica y coma: A menudo los pacientes presentan después de varios días de consumo de cocaína, en un primer momento pueden experimentar ansiedad severa, hiperactividad, y la paranoia, que duran alrededor de 8 h, y luego puede convertirse en hipersomnoliento y deprimido. Esta última fase puede durar de 2 a 3 días. Otras complicaciones asociados con el abuso de la cocaína son la sinusitis frontal y absceso cerebral después de inhalando cocaína crónica. Inhalación de cocaína también se asocia con atrofia de la mucosa nasal, necrosis y perforación del tabique nasal.

4.4 Sistema Cardiovascular

4.4.1 La presión arterial

La estimulación simpática intensa inducida por los resultados de la cocaína en la hipertensión y taquicardia. La hipertensión arterial es el resultado combinado del aumento del gasto cardíaco y un aumento la resistencia vascular sistémica. La hipertensión puede causar apoplejía disección aórtica y edema agudo de pulmón. Isquemia de miocardio: Infarto de miocardio ha sido bien documentado en el abuso de cocaína. Es el resultado final de una combinación de varios factores, incluyendo vasoespasmo coronario, una mayor demanda miocárdica de oxígeno debido a la mayor carga de trabajo del miocardio y la trombosis. La mayoría de pacientes con isquemia presente relacionadas con la cocaína dentro de 1 hora de uso de cocaína, cuando las concentraciones plasmáticas de la cocaína son las más altas, sin embargo, horas después de algunos pacientes presentan el consumo de cocaína. La presentación tardía puede ser causada por la vasoconstricción coronaria inducida por los principales metabolitos de la cocaína. Sin embargo, sólo entre el 4 y el 6% de los pacientes que acuden a las salas de emergencia con dolor de síndrome coronario agudo asociado con cocaína se han

hecho registros electrocardiográficos (ECG). El seguimiento de los usuarios crónicos de cocaína durante la primera semana de abstinencia de la cocaína ha demostrado episodios recurrentes de elevación del segmento ST, probablemente debido a vasoespasmo. La miocarditis se presenta como necrosis miocárdica irregular se ha observado después de la intoxicación aguda por cocaína, y Se cree que el resultado de la estimulación intensa de catecolaminas.

Clínicamente, esto se traduce en elevación del segmento ST y / o las inversiones de la onda T, con una fracción elevada de CPK-MB. (17) En el uso crónico de la cocaína, el resultado puede ser la fibrosis miocárdica y la miocardiopatía. Otros órganos pueden verse afectados por la isquemia resultante de la vasoconstricción, incluyendo infarto renal y la colitis isquémica e isquemia mesentérica, que puede ser potencialmente mortal. Estos pacientes suelen presentar una intensa flanco o dolor abdominal difuso

4.4.2 Arritmias

Arritmia es común en la intoxicación de cocaína, en la intoxicación aguda es el resultado de la estimulación simpática, y más tarde puede ser el resultado de la isquemia de miocardio o miocarditis. La arritmia más común es la taquicardia sinusal; otras arritmias incluyen taquicardia y fibrilación auricular, taquicardia ventricular, incluyendo torsade de pointes (puntas retorcidas) y trastornos de la conducción, debido a los efectos anestésicos locales de cocaína, con taquicardia de complejos anchos. La fibrilación ventricular puede ser una causa de muerte súbita, y asistolia También se ha informado prolongación del intervalo QT se observó en pacientes después de exposición a la cocaína.

4.4.3 Shock

El shock puede desarrollar en pacientes con intoxicación por cocaína, como resultado de la disminución del gasto cardíaco debido a la isquemia de miocardio, depresión miocárdica directa, miocarditis o arritmias, y como resultado de la

vasodilatación ya sea debido a los efectos del anestésico local de cocaína en los vasos sanguíneos, o sus efectos en el tronco cerebral. Hipovolemia también puede estar presente en los pacientes agitados y / o hipertermia.

4.4.4 Muerte Súbita

La mayoría de las muertes se producen en cuestión de minutos a horas de la intoxicación aguda por cocaína, y la mayoría es el resultado de la arritmia ya sea debido a la liberación de catecolaminas o isquemia masiva. Muchos convulsionan antes de morir. Otro síndrome asociado con la muerte súbita durante la intoxicación por cocaína es "delirio con excitación", en el que la víctima manifiesta un comportamiento agresivo y extraño acompañado de hipertermia, y de repente muere. La muerte debido a razones médicas relacionadas con la intoxicación por cocaína son cerca al 11% y la mayoría son por traumatismos y homicidio.

4.4.5 Pulmonar

El edema pulmonar es un hallazgo frecuente en las autopsias de las víctimas de la intoxicación por cocaína. Puede ocurrir en la intoxicación aguda sea por disfunción miocárdica o como resultado de un aumento masivo de la poscarga debido a la vasoconstricción. Edema pulmonar no cardiogénico También se ha informado. (76) Un síndrome llamado "pulmón de crack" se ha descrito, y consiste en fiebre, infiltrados pulmonares, bronco espasmo, y eosinofilia. Los macrófagos alveolares de los fumadores de crack eran deficientes en la producción de citoquinas y en su capacidad de matar bacterias y células tumorales. La detención. Respiratoria puede ocurrir como resultado de la depresión del SNC. Neumomediastino y neumotórax se han descrito en pacientes que inhalan el

humo o la cocaína, presumiblemente debido al aumento de la presión vía aérea durante la maniobra de Valsalva.

4.5 Efectos en salud por consumo de Anfetaminas

Las anfetaminas son unos de los estimulantes del SNC más potente. Existe una solución arsénica, pero la dextro-anfetamina (D-isómero) es de tres a cuatro veces más potente que lo que se refiere levo-anfetamina a la estimulación del SNC. Es principalmente por vía oral o intravenosa. Clínicamente los efectos de anfetaminas son muy similares a los de la cocaína, pero tiene una vida media más larga en comparación con la cocaína (10 a 15 h), y la duración de la euforia inducida por las anfetaminas es de cuatro a ocho veces más que para la cocaína.

4.5.1 Efectos sobre el SNC

Durante la intoxicación aguda con las anfetaminas, los pacientes generalmente se presentan con euforia, inquietud, agitación y ansiedad. (18,62) ideación suicida, alucinaciones, confusión y se ven en 5 a 12% de los pacientes con intoxicación aguda. En una muestra de consumidores de drogas, el 55% de consumidores de anfetaminas informó que tiene por lo menos un efecto adverso (ansiedad, depresión, paranoia, trastornos del sueño y del apetito).

Se pueden presentar convulsiones en aproximadamente 3% de los pacientes que se presentan en el hospital con intoxicación por anfetaminas. Se ha reportado en pacientes con intoxicación por anfetaminas, el cuadro de general de hemorragias e hipertensión. También ha habido informes de vasculitis cerebral y hemorragia con el abuso crónico de anfetaminas. El abuso de anfetaminas crónica puede precipitar trastornos psiquiátricos, tales como la paranoia y psicosis, que pueden persistir durante semanas. Los trastornos del movimiento: el uso crónico de altas

dosis de anfetaminas está asociado con comportamientos estereotípicos, discinesias, y también con la corea, especialmente en pacientes con desordenes ganglionares basales. Las anfetaminas exacerban los tics en pacientes que ya los tiene, y puede inducir tics, aunque la causalidad es desconocida (17).

4.5.2 Sistema Cardiovascular

Los efectos principales visto durante la intoxicación aguda son la hipertensión y taquicardia. La arritmia puede ocurrir, incluyendo la fibrilación ventricular. La isquemia miocárdica e infarto se ha informado, los mecanismos subyacentes, son aumento en la demanda de oxígeno del miocardio y / o vasoespasmo coronario. El abuso crónico se ha reportado que en el resultado de la cardiomiopatía. La vasculitis sistémica necrosante, semejante periarteritis nodosa, se ha asociado con el abuso crónico de anfetaminas. (17)

4.6 Efectos por el consumo de MDMA (3,4-Metilendioximetanfetamina)

La MDMA es una de las "drogas de diseño" más populares de hoy, y se utiliza de forma recreativa por un gran número de jóvenes. También es conocida como "éxtasis", "Adán", y "M & M." Se fue "redescubierta" en la década de 1970 como un complemento a la psicoterapia, pero su uso para este propósito ha disminuido desde entonces. Efectos psicológicos: Después de la ingestión de 75 a 150 mg, los usuarios experimentan una sensación de euforia, mayor conciencia, mayor sensación de comunicación, sino también algún tipo de impedimento en el desempeño de psicomotricidad. (17) mujeres tienden a tener efectos psicoactivos más intensa de la MDMA en comparación con hombres. Las complicaciones

agudas neuropsiquiátricas se han comunicado, e incluyen efectos adversos durante las 24 h después de su uso son la falta de energía, inquietud, insomnio, falta de apetito y dificultad para la concentración. Efectos crónicos del uso indebido de MDMA incluyen la depresión, somnolencia, ansiedad, trastorno de pánico, brotes de agresividad, psicosis. Se ha encontrado perturbaciones de la memoria y el rendimiento cognitivo en los consumidores crónicos que estaban abstinentes, así como en los antiguos usuarios, siempre y cuando un año después de suspender el consumo. Aunque el mecanismo exacto de acción no se conoce, existe cierta evidencia de estudios en animales, así como de seres humanos, que la MDMA puede causar daño a las neuronas serotoninérgicas en el cerebro (17). Usuarios crónicos de MDMA se encontró que tenían una menor densidad de los transportadores de 5-HT en corteza en comparación con los no consumidores, no había una relación dosis-respuesta con el grado de uso. Estos efectos fueron más pronunciados en las mujeres en comparación con hombres. Los efectos médicos: efectos estimulantes de la MDMA son evidentes incluso en la intoxicación leve, e incluyen aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca, disminución del apetito, y sequedad de boca. Con dosis recreacionales de MDMA aumentó significativamente la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. También son comunes las náuseas, vómitos hiperreflexia, trismo (mandíbula apretando), rechinar de dientes, dolores musculares, sofocos y frío, y el nistagmo. Otros efectos secundarios reportados incluyen parestesias, visión borrosa, y tics motores. Hay varios informes de MDMA-colapso inducido por arritmias, asistolia, y cardiovasculares. Otras complicaciones potencialmente mortales incluyen convulsiones, hipertermia y rabdomiolisis con insuficiencia renal aguda. Hay varios informes de casos de hepatotoxicidad, incluyendo insuficiencia hepática que requieren un trasplante, después de la ingestión de MDMA, y varios casos de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) con hiponatremia severa incluyendo las complicaciones del SNC accidente cerebrovascular (isquémico y hemorrágico), hemorragia subaracnoidea y trombosis del seno venoso se han reportado después de la ingestión de MDMA.

Un síndrome de MDMA la intoxicación se ha reportado específicamente en el ámbito de la danza hacinamiento y vigorosa, como en "raves" o clubes. Incluye diversas manifestaciones: hipertermia, deshidratación, convulsiones, rabdomiolisis, coagulación intravascular diseminada y falla renal aguda . Este se cree que es la consecuencia de la combinación de los efectos simpaticomiméticos como la vasoconstricción cutánea y el esfuerzo físico extremo en condiciones de calor y con escasa ventilación, aunque algunas de las características son del síndrome serotoninérgico (160). Hay dos informes de casos de intoxicación por MDMA, una de ellas mortales, después de dosis regulares de recreación en los pacientes con terapia VIH ritonavir, El mecanismo es probablemente la inhibición de la CYP2D6, que metaboliza las anfetaminas, por ritonavir. Reproductiva / efectos neonatal: Un estudio prospectivo de seguimiento de mujeres expuestas a la MDMA durante el embarazo encontró un riesgo significativamente mayor (15,4%) de los defectos congénitos, especialmente cardiovasculares y anomalías osteomusculares (17).

4.7 Efectos sobre la salud por consumo de Alucinógenos

Los primeros efectos de drogas alucinógenas se alteran la percepción y estado de ánimo. Los efectos específicos en diferentes clases de fármacos diferentes. También son acompañados por cambios autonómicos. La mayoría de los alucinógenos no provocan dependencia física. Los mecanismos específicos de acción no son conocidos por muchos de los medicamentos, pero hay indicios de que actúan como adrenérgicos y agonistas serotoninérgicos. Los cambios en el

estado de ánimo y la percepción están probablemente relacionados con sus acciones serotoninérgicas. Después del uso prolongado de dosis altas o de las drogas, hay evidencia del agotamiento de la serotonina y la dopamina en las neuronas en el cerebro. Los efectos psiquiátricos pueden ser muy graves, y requieren medicación. A veces, la psicosis puede prolongarse mucho más allá de la presencia de la droga en el cuerpo, y puede haber insuficiencia crónica psiquiátrica y alteraciones de la memoria, posiblemente relacionadas con el daño a las neuronas serotoninérgicas en el cerebro. La Mescalina es un derivado de la feniletilamina. Su uso data probablemente desde hace más de 5700 años. Se encuentra en el peyote, y puede ser ingerido por vía oral o intravenosa. Es estructuralmente relacionada con epinefrina. El mecanismo de acción preciso es desconocido, pero se cree que alteran la actividad de la serotonina, la noradrenalina y los receptores de dopamina. Los signos de intoxicación aparecen dentro de los 30 minutos de la ingestión, el pico a las 4 h, y duran de 8 a 14 h. La fase psíquica dura alrededor de 6 h. Hay dos manifestaciones fisiológicas y psicológicas de la mescalina.

4.7.1 Efectos fisiológicos de los alucinógenos

Se trata principalmente de manifestaciones de la activación autonómica adrenérgica: dilatación de las pupilas, aumento de la sudoración, aumento de la presión arterial sistólica y la temperatura. Grandes dosis de mezcalina puede inducir hipotensión, bradicardia y respiratorias depresión. Algunos usuarios pueden experimentar náuseas, vómitos o mareos, que suelen desaparecer en una hora. Un caso fatal de laceraciones de Mallory-Weiss se ha descrito después de la mescalina ingestión de Peyote en la ceremonia del té, que había sido almacenado durante un tiempo prolongado, estaba contaminada con Botulinum . Efectos psicológicos: Estos comienzan varias horas después de la ingestión. Por lo general hay un sentimiento de euforia, una sensación de poder físico, y la distorsión de la sensación. Hay alucinaciones visuales, sobre todo de colores vivos. Los usuarios también pueden experimentar sentimientos de

despersonalización, desorientación, ansiedad, labilidad emocional, y / o emocional (15).

4.7.2 Descripción del LSD (Dietilamida del ácido lisérgico)

La dietilamida del ácido lisérgico (LSD) es un ergolina sintéticas, y es la tercera droga más utilizada entre los adolescentes, después del alcohol y marihuana. El principal sitio de acción del LSD es un receptor serotoninérgico 5-HT₂. Los efectos del LSD, tanto psicológica como física, dependen de la dosis. Con dosis orales de 20 a 50 microgramos aparecen efectos después de 5 a 10 minutos, con efectos máximos de 30 a 90 minutos después de la ingestión. Duración de los efectos pueden ser de 8 a 12 h, y la recuperación dura entre 10 y 12 h, cuando la cognición normal, se alterna con el estado de ánimo alterado y la percepción. Los efectos cognitivos incluyen distorsión del tiempo y la percepción visual alterada con la percepción del color muy vivo. Euforia y la ansiedad puede ser experimentado. También hay signos de estimulación simpática, con las pupilas dilatadas, taquicardia, presión arterial elevada y la temperatura y enrojecimiento de la cara. Temblores e hiperreflexia también el "mal viaje" puede ser experimentado durante intoxicación con LSD: alucinaciones terroríficas, que se precipitan los ataques de pánico, desorientación, delirio o depresión con ideas suicidas. Un "mal viaje" puede ocurrir con el uso por primera vez, así como después de su uso recurrente. Cinco categorías principales de los efectos adversos psiquiátricos se han descrito: la ansiedad y ataques de pánico, conductas autodestructivas, como el intento de saltar por la ventana, alucinaciones, psicosis aguda y de depresión mayor, en pacientes que han tomado dosis muy altas de LSD se han presentado con las manifestaciones de la estimulación simpática intensa incluyendo hipertermia, coagulopatía, colapso

circulatorio respiratorio. Otro de los peligros del abuso de LSD son los accidentes y traumatismos. Puede haber efectos tóxicos crónicos asociados con el abuso de LSD. Los efectos que se han descrito incluyen:

1. Psicosis prolongada, especialmente entre los usuarios preexistentes morbilidad psiquiátrica
2. Prolongada o depresión mayor intermitente
3. La alteración de la personalidad
4. Trastorno Post-alucinógeno de la percepción (PHPD)

El síndrome se caracteriza por última flashbacks, cuando las imágenes experimentado durante devuelve intoxicación con LSD sin tomar el medicamento. Flashbacks pueden ocurrir meses e incluso años, después del uso LSD. Se ha informado que el 50% de los usuarios con experiencia flashbacks durante los 5 años después de su último uso de LSD. En la mayoría de los casos ocurren los flashbacks por LSD, cuando se ha utilizado más de diez veces. En raras ocasiones, los recuerdos pueden ser aterradoras alucinaciones; en casos extremos, estos se han asociado con el homicidio o el suicidio. Flashbacks pueden ser desencadenados por el estrés, la enfermedad y la marihuana y el uso de alcohol (18).

4.8 Descripción de la fenciclidina (PCP)

La Fenciclidina (PCP) se desarrolló como un anestésico, pero sus efectos secundarios psiquiátricos se oponían a su uso en seres humanos. En 1960s PCP se convirtió en una droga popular callejera. Se utiliza mucho más inhalada, pero también puede ser ingerido por vía oral, o inyectada por vía intravenosa. PCP también es comúnmente usado como un aditivo a otras drogas como la marihuana, mezcalina y el LSD. Los mecanismos de acción de PCP incluyen: anestesia sin depresión de la ventilación, y su principal sitio de acción es,

probablemente, el bloqueo del canal catiónico del receptor NMDA, así como receptores sigma opioides. También inhibe la recaptación de la dopamina y la norepinefrina, teniendo efectos directos alfa-adrenérgicos.

4.8.1 Efectos psiquiátricos por consumo de fenciclidina (PCP)

En dosis bajas de 1 a 5 mg, el PCP produce euforia, la relajación y una sensación de entumecimiento. También puede haber una sensación de la imagen corporal alterada y la distorsión sensorial. En dosis más altas puede existir agitación, conducta extraña, y la psicosis parecida esquizofrenia paranoide. Los pacientes pueden alternar entre la agitación y un estado catatónico similar. También existe la analgesia.

4.8.2 Efectos físicos

En la intoxicación leve el signo más prominente es el nistagmo, tanto vertical como horizontal, y entumecimiento en las extremidades. En una intoxicación grave se observan signos de estimulación adrenérgica, con hipertensión, taquicardia, enrojecimiento, e hipertermia veces se complica con rabdomiolisis e insuficiencia renal aguda, y también de la estimulación colinomiméticos con sudoración, sialorrea, y miosis, y las reacciones distónicas, ataxia y mioclonías puede. Con altas dosis de PCP se producen convulsiones, con postura extensora, paro respiratorio y colapso circulatorio. Los ojos pueden permanecer abiertos durante el coma, el coma puede ser prolongado, incluso hasta varias semanas. La muerte puede resultar directamente de la intoxicación (convulsiones, hipertermia) o de comportamiento violento. Los efectos crónicos del abuso de PCP incluyen pérdida de memoria, cambios de personalidad y depresión, que puede durar hasta un año después de parar. Probablemente no hay dependencia física a la PCP, pero después de parar hay deseo.

4.9 Descripción de la marihuana

La marihuana se obtiene de la planta *Cannabis sativa*, es una mezcla de hojas machacadas, semillas y ramitas de la planta. Hay muchos ingredientes activos de la planta, pero la contabilidad ingrediente para la mayoría de los efectos es el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC). Hay una gran variabilidad en la cantidad de THC en las plantas diferentes y en diferentes lotes de la marihuana. El hachís es una resina de la planta de cannabis, y por lo general contiene de 20 a 30 veces la cantidad de THC en comparación con el mismo peso de la marihuana.

4.9.1 Efectos de la Marihuana sobre la salud.

THC ejerce sus efectos mediante la unión a la proteína G de tipo CB1. Los receptores macrófagos del bazo y otras células inmunes). Los cannabinoides endógenos, como la anandamida y 2 - araquidonilglicerol, han sido identificados. Los cannabinoides endógenos producen efectos similares a los del THC cuando se administra a los animales. Sus funciones fisiológicas aún no están completamente dilucidadas, y probablemente se vinculen neuromodulación del dolor y el estrés y la inmunomodulación. Hoy en día la marihuana es la droga ilegal más en el U.S. La marihuana se fuma, un "conjunto" típicamente contiene de 10 a 30 mg de THC, el inicio de acción es dentro de 10 a 20 minutos, y los efectos duran hasta 2-3 h . Sin embargo, durante los últimos 20 años las técnicas mejoradas de cultivo resultó en una potencia mucho mayor de los productos del cannabis. Hoy en día un conjunto puede contener hasta 150 mg de THC. Los efectos agudos de la marihuana incluyen la relajación y, a veces euforia, y también los cambios de percepción, tales como una mayor viveza de colores, música y emociones. Puede haber una sensación de despersonalización. Estos efectos pueden durar 2 horas o más, dependiendo de la dosis. Hay dificultades de concentración, el rendimiento psicomotor, y la resolución de problemas. La capacidad de conducir puede verse afectada. Las dosis Altas de THC pueden causar alucinaciones, pánico, ansiedad, y la psicosis. Estos efectos pueden durar varios días. Los efectos físicos incluyen, infección conjuntival, aumento del ritmo

cardíaco, hipotensión ortostática, la vasoconstricción periférica con extremidades frías, boca seca, y el aumento de apetito. Hay informes de inyectar por vía intravenosa extracto de marihuana, lo que resulta en una rápida aparición de náuseas, vómitos, fiebre y diarrea, y es seguida por hipotensión, insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y rhabdomiolisis. Se ha informado que los usuarios crónicos de marihuana experimentan un síndrome de desmotivación, en los que la apatía, falta de energía, y la pérdida de la motivación persistir durante días o crónicamente. Consumidores de marihuana presentan disminución del rendimiento en las pruebas de memoria y atención, incluso después de 19 h abstinencia. El menor rendimiento se correlacionó significativamente con la duración del uso del cannabis. Sin embargo, no está claro si existe algún daño neurológico permanente, o si el deterioro es debido a la liberación prolongada de cannabis. El uso crónico de marihuana puede resultar en la inhibición de la secreción de hormonas reproductivas, y causar impotencia en los hombres y irregularidades menstruales en mujeres. No se encontró una asociación clara entre el uso materno de cannabis durante el embarazo y los resultados adversos perinatales o defectos de nacimiento, cuando el tabaquismo y otras drogas se han tenido en cuenta. Sin embargo, hay una sugerencia de que la exposición a la marihuana llevó a los déficit de atención sostenida y memoria entre los 4 y 9 . Fumadores crónicos de marihuana están en riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y la marihuana alquitrán es cancerígena y parece estar asociada con el desarrollo del carcinoma del tracto respiratorio y cáncer de cabeza y cuello en los jóvenes adultos. También hay informes de neumotórax espontáneo en los fumadores de marihuana al día, aunque los pacientes fumaban tabaco también. El mecanismo se mantiene durante la maniobra de Valsalva forzada.

El consumo crónico de cannabis se ha demostrado que llevar al desarrollo de la tolerancia y la dependencia y síndrome de abstinencia se ha demostrado que de un 8 a 10% de los consumidores de cannabis desarrollará, dependencia. El síndrome de abstinencia de cannabis, se caracteriza por inquietud, ansiedad, insomnio, anorexia, temblores musculares, y el deseo de consumo de marihuana.

4.10 Descripción de los opioides

Los opioides se han usado y abusado desde los tiempos antiguos. Son indispensables en la práctica clínica para el tratamiento del dolor, y también se utilizan para combatir la tos y los agentes antidiarreicos. Ellos se abusa de su estado de ánimo que alteran los efectos y la tolerancia y la cuenta de la dependencia física y psicológica para el abuso continuó. Los pacientes que utilizan analgésicos narcóticos para el alivio del dolor puede desarrollar dependencia física, pero rara vez desarrollan la dependencia psicológica de la droga. Los opioides son un grupo heterogéneo de fármacos, entre ellos los derivados del opio naturales (morfina, heroína, codeína), sintéticos (metadona, fentanilo), y compuestos endógenos (encefalinas, las endorfinas y dinorfinas). Analgésicos similares a la morfina también se conocen como los narcóticos. No varios subtipos de receptores opiáceos (μ , δ y κ), que difieren en su afinidad con diferentes agonistas y antagonistas, y en sus efectos. Receptores opiáceos están presentes en diferentes concentraciones en diferentes regiones del sistema nervioso. Algunos de los receptores implicados en la analgesia se encuentran en la sustancia gris periacueductal, los receptores que se cree responsable de reforzar los efectos en el área tegmental ventral y el núcleo accumbens. Hay receptores de opiáceos en el locus coeruleus, que desempeña un papel importante en el control de autonómica actividad, sus resultados en la inhibición de la activación de disparar locus coeruleus. Después de la abstinencia de opiáceos se produce un aumento en el locus coeruleus descarga neuronal,

dando lugar a hiperactividad autonómica característico de la abstinencia de opiáceos. Se desarrolla tolerancia a muchos de los efectos de los opiáceos, pero diferencialmente a los diferentes efectos. En general, los opioides causan analgesia y sedación, depresión respiratoria y la lentitud en el tránsito gastrointestinal. Resultados de intoxicación severa en estado de coma y depresión respiratoria, que puede progresar a la apnea y la muerte. La morfina, heroína, metadona, propoxifeno, fentanil y sus derivados representan alrededor del 98% de todas las muertes de opiáceos y admisiones hospitalarias.

4.10 Efectos de los opiáceos sobre la salud

4.10.1 Efectos analgésicos

Los receptores opioides μ 1 desempeñan un papel importante en la analgesia, los efectos analgésicos son mediados a través de mecanismos centrales, la columna vertebral, y periféricas. La analgesia es dosis-dependiente, y en opiáceos dosis altas producen anestesia. La tolerancia a los efectos analgésicos se desarrolla más lentamente en comparación con la tolerancia al estado de ánimo o efectos respiratorios. Efectos del estado de ánimo: los fármacos opiáceos tienen propiedades de refuerzo, posiblemente mediado por la activación de las neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral y el núcleo accumbens. Por lo general, el efecto sobre el estado de ánimo es la relajación y euforia, aunque los pacientes que toman opioides para aliviar el dolor con más frecuencia les producen de disforia después de tomar el medicamento. Se puede desarrollar tolerancia rápidamente.

4.10.2 Sedación

La sedación es un primer signo de intoxicación por opiáceos, depresión respiratoria no se produce a menos que el paciente está sedado.

4.10.3 Efectos gastrointestinales

Náuseas y vómitos: Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios importantes de los opiáceos, lo que resulta de sus acciones en la zona gatillo quimiorreceptora en el bulbo raquídeo. Sin embargo, la tolerancia se desarrolla generalmente a estos efectos. Opiáceos diferentes tienen diferentes probabilidades de causar náuseas.

4.10.4 Estreñimiento

Los opioides disminuyen la motilidad gastrointestinal y la peristalsis, actuando en la médula espinal y el tracto gastrointestinal, provocando estreñimiento. La tolerancia no se desarrolla a este efecto, y así el estreñimiento persiste incluso en usuarios crónicas. El efecto de estreñimiento de los opiáceos se utiliza para el tratamiento sintomático de la diarrea.

4.10.5 Efectos de la depresión respiratoria

Lo más grave de la depresión respiratoria causada por los opiáceos, es casi siempre muerte por sobredosis de opiáceos.

El paro respiratorio se produce a pocos minutos de la sobredosis por vía intravenosa. Después de una sobredosis de un vía oral, intramuscular o subcutánea, sedación casi siempre precede a un paro respiratorio. La tolerancia a la depresión respiratoria se desarrolla, pero se pierde rápidamente después de la abstinencia. Todos los agonistas opioides producen el mismo grado de depresión respiratoria dado el mismo grado de analgesia. El mecanismo es a través de la estimulación de los receptores μ_2 en los centros respiratorios del cerebro. Los opioides son de uso médico para el alivio de la disnea en pacientes terminales

con cáncer, este efecto también puede ser mediado por los receptores opioides en los bronquiolos y la pared alveolar.

4.10.6 Edema pulmonar

El edema pulmonar se produce con varios fármacos opioides, y no cardiogénico. Los mecanismos exactos son desconocidos, pero probablemente implica hipoperfusión con lesión de los tejidos y citoquinas pulmonar inducida por la lesión endotelial capilar. El edema pulmonar es particularmente común con la intoxicación de heroína, y puede ser precipitada por la administración de Naloxona (que invierte venodilatación y redistribuye la sangre a la circulación central).

4.10.7 Supresión de la tos

Los opiáceos causa supresión de la tos al actuar en la médula, las dosis necesarias son generalmente más bajas que para otros efectos analgesia.

4.10.8 Constricción pupilar

La miosis es siempre presentes en la intoxicación de opiáceos, a menos que el daño cerebral por anoxia está presente. Prurito: Prurito es muy común en pacientes que reciben opiáceos, así como en los adictos. Es causada por la liberación de histamina mediada por el receptor mu. Retención urinaria: Este efecto es mediado a través de la médula espinal de receptores opiáceos. Agentes narcóticos individuales tienen efectos específicos que se discuten a continuación.

4.11 SEDANTES/HIPNÓTICOS

4.11.1 Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas pertenecen a la categoría de fármacos depresores del SNC, y se utilizan en la práctica clínica como agentes sedantes-hipnóticos y ansiolíticos. Algunas benzodiazepinas se utilizan también como antiepilépticos y anestésicos. Su mecanismo de acción principal es la potenciación del ácido gamma-aminobutírico (GABA) - un neurotransmisor inhibitorio - La actividad en el cerebro. GABA se une al receptor de la apertura de los canales de cloruro. El flujo de iones de cloruro hiperpolariza la membrana celular e impide su despido. Las benzodiazepinas se unen a un sitio diferente en el receptor de GABA, potenciando los efectos del GABA sobre el flujo de cloruro y la mejora de los efectos inhibitorios de GABA. El uso prolongado de las benzodiazepinas trae como resultado la tolerancia. Los mecanismos posibles de regulación a la baja de los receptores GABA, y los cambios configuracionales del complejo receptor-agonista que conduce a disminución del agonista.

Existen muchos medicamentos en la clase de las benzodiazepinas, que comparten las mismas propiedades farmacodinámicas. Ellos difieren en su farmacocinética, y las diferencias de vida media de eliminación y en la duración de la acción indican sus diferentes usos. Las benzodiazepinas se clasifican como: acción muy corta (midazolam), de acción corta (triazolam), de acción intermedia (alprazolam), de acción prolongada (diazepam), y muy de acción prolongada (flurazepam). La mayoría de las benzodiazepinas, con excepción de oxazepam y el lorazepam, que son glucuronizados, son metabolizados por el citocromo P450 del hígado y tienen metabolitos activos. La tolerancia se desarrolla generalmente a los efectos de las benzodiazepinas "después de su uso continuo, poco a poco para medicamentos de acción prolongada (después de 1 mes o más) y más rápidamente para los de acción corta. La mayoría de los usuarios de benzodiazepinas obtienen los medicamentos con receta médica, sin embargo

las benzodiazepinas son abusadas por lo general por personas que las utilizan crónicamente. Debido a las benzodiazepinas causan dependencia física y psicológica, por lo general se recomienda por períodos limitados de tiempo (varias semanas) y las dosis cuidadosamente administradas. Los efectos secundarios del uso incluyen somnolencia diurna, empeoramiento de la depresión, y trastornos de la memoria, especialmente amnesia anterógrada. Las benzodiazepinas de acción corta, en particular, triazolam, se han asociadas con los síntomas de abstinencia durante el tratamiento. Los síntomas incluyen insomnio de rebote y la ansiedad cuando se suspende el medicamento. El uso de esta sustancia como hipnótico también se ha asociado con amnesia global. Trastornos afectivos, psiquiátricos. La intoxicación por benzodiazepinas resultados en depresión del SNC. En general, tienen una proporción muy alta toxicidad-terapéutica, y las dosis de 15 a 20 veces la dosis terapéutica puede no causar efectos secundarios graves. Con altas dosis de los pacientes se presentan con letargia, ataxia, o dificultad para hablar. Con dosis muy altas, y sobre todo cuando no es co-ingestión de alcohol o los barbitúricos, coma y depresión respiratoria puede ocurrir. Inyección rápida intravenosa de diazepam y midazolam puede causar un paro respiratorio. La depresión respiratoria también ha sido reportada con corta duración las benzodiazepinas, especialmente triazolam. Retiro: El retiro se produce por lo general después de la interrupción repentina de las benzodiazepinas, por lo general es asociado con un uso prolongado de dosis altas, pero también después de dosis terapéuticas cuando el fármaco se utilizó durante varios meses. Los síntomas incluyen ansiedad, ataques de pánico, insomnio, irritabilidad, agitación, temblor y anorexia. La retirada de altas dosis de benzodiazepinas es más grave, y puede resultar en convulsiones y reacciones de psicosis(17) ..

4.12 Descripción y efectos de los inhalantes sobre la salud

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o, de alteración mental. Si bien hay otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término “inhalantes” se utiliza para describir una variedad de sustancias cuya característica principal es que rara vez, o nunca, son usadas por otra vía que no sea la de la inhalación. Esta definición abarca una amplia gama de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes.

Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Estas cuatro categorías son: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.(17)

4.12.1 Disolventes volátiles

Son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro.

El abuso de solventes ha sido un problema durante muchos años, especialmente entre los adolescentes. Los agentes más frecuentemente abusados son pegamentos, disolventes de pintura, laca de uñas para quitar, líquidos encendedores, limpieza soluciones, los aerosoles, y gasolina. El producto químico más frecuente es el tolueno, que es un ingrediente en las colas, disolventes de pintura, y algunos productos derivados del petróleo. Otros

productos químicos son la acetona en el removedor de barniz de uñas, nafta, hidrocarburos fluorados, tricloroetileno, entre otros. Los métodos de la inhalación son la respiración de la sustancia a partir de una bolsa de plástico que se coloca directamente sobre la nariz o la boca, inhalando directamente del envase o de trapos impregnados, y rociado de aerosoles directamente en la boca. Todos los disolventes son liposolubles, por lo que fácilmente cruzan la barrera sangre cerebro y las membranas celulares. Por lo general producen efectos similares. Los efectos agudos de la inhalación de solventes comienzan en cuestión de minutos, y duran de 15 a 45 minutos después de la inhalación. Abusadores habituales de disolventes pueden tener una erupción cutánea alrededor de la nariz y la boca de la inhalación, y puede tener el olor de disolvente en su respiración. Los efectos típicos son los sentimientos de euforia, desinhibición, mareos. También puede haber dificultad para hablar, falta de coordinación. Las intoxicaciones más graves pueden causar náuseas y vómitos, diarrea, temblores, ataxia, parestesias, dolores difusos, y las alucinaciones. La intoxicación aguda generalmente se resuelve rápidamente. Abuso de tolueno se ha asociado con la acidosis tubular renal y la hipopotasemia severa, así como la nefritis intersticial y necrosis tubular aguda. Los efectos tóxicos se han reportado en los abusadores crónicos frecuente de sustancias volátiles. Estos incluyen el síndrome cerebeloso, parkinsonismo, y la neuropatía periférica y alteraciones cognitivas. En las imágenes por resonancia magnética (IRM), atrofia cerebral se ve, sobre todo en las zonas del cuerpo calloso y vermis cerebeloso, estudios de SPECT han demostrado áreas de hipoperfusión en el síndrome cerebeloso se asocia principalmente con el abuso de tolueno y se presenta con nistagmos, Ataxia y temblor. Puede ser reversible con la abstinencia continua. Sin embargo, los cambios RM demuestran la atrofia cerebral y cerebeloso se encontraron. Hubo un informe de parkinsonismo en un paciente joven que crónicamente abusó de

laca, los síntomas persisten durante más de tres meses después del cese de uso (269). Neuropatía periférica, sobre todo de motor y simétrica, está asociado con n-hexeno y nafta. Los síntomas comienzan generalmente semanas después de la primera exposición, y el deterioro puede durar durante varios meses después del cese de disolventes. Hay casos de insuficiencia hepática y la hepatitis, insuficiencia renal y anemia aplásica asociada con enfermedades crónicas asociadas a abuso de disolventes.

4.12.2 Los aerosoles

Son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Estos incluyen las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger telas o tejidos.

4.12.3 Gases

Incluyen las anestésias de uso médico así como aquellos gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos de uso médico incluyen el éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso, comúnmente conocido como “gas hilarante”. Entre estos, el óxido nitroso es el gas más abusado y se puede encontrar en los dispensadores de crema batida y los productos que incrementan los octanajes en los carros de carrera. Otros productos caseros y comerciales que contienen gases son los encendedores de butano, los tanques de gas propano y los refrigerantes.

4.12.4 Los nitritos

A menudo se consideran una clase especial de inhalantes.

A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que los demás inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual. Los nitritos, que incluyen el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amilo) y el nitrito isobutílico (butilo), comúnmente se conocen como “poppers” (“reventadores”) o “snappers” (“crujidores”).

El nitrito amílico se utiliza en algunos procedimientos diagnósticos y anteriormente se recetaba a ciertos pacientes con angina de pecho. La Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo actualmente prohíbe la comercialización de los nitritos, pero aún se pueden comprar en pequeñas botellas que en ocasiones están etiquetadas como “limpiador de video”, “desodorante ambiental”, “limpiador de cuero” o “aroma líquido”.

Por lo general, las personas que abusan de los inhalantes usan cualquier sustancia a su alcance. Sin embargo, como los efectos producidos por los diferentes inhalantes varían, algunas personas hacen lo imposible para conseguir su inhalante preferido. Por ejemplo, en ciertas partes del país, uno de los favoritos es el “Texas shoeshine” (“betún tejano”), un aerosol para lustrar zapatos que contiene la sustancia química tolueno (18).

5. DROGAS PSICOACTIVAS AUTÓCTONAS DE AMÉRICA LATINA

La utilización de poderosas plantas autóctonas para el diagnóstico y la curación de enfermedades, así como para la comunicación con planos sobrenaturales, ha

sido desde hace milenios y sigue siendo en la actualidad, un recurso fundamental en el chamanismo americano.

Dentro del espacio regional latinoamericano y de manera más evidente aún en las zonas andinas y amazónicas, hoy en día más que ayer, convergen prácticas de producción y consumo de sustancias psicotrópicas. En su vertiente negativa, la de las toxicomanías, estas prácticas repercuten de manera dañina mucho más allá de este ámbito regional. Las consecuencias perjudiciales han provocado una reacción internacional de lucha contra las drogas. (19)

América Latina se funda en culturas ancestrales que demuestran una sabiduría y un manejo terapéutico idóneo de psicótopos naturales. El dinamismo de esta tradición es tal que ofrece respuestas para enfrentar problemas tan contemporáneos como las toxicomanías, (19). La primera opción toma el riesgo de amenazar la libertad individual, de participar en una desvitalización de las culturas autóctonas y finalmente favorecer el tráfico de drogas. La segunda opción finge desconocer el peligro real del consumo abusivo, omite la extrema importancia del contexto de ingestión, descuida al individuo frente a la colectividad y viceversa.

5.1 AYAHUASCA

5.1.1 Características químicas de la ayahuasca

Es una bebida que ha sido utilizada por las poblaciones aborígenes por su supuesta espiritual y beneficios de medicamentos en países como Brasil, Ecuador y Perú. En el siglo 20, se extendió la ayahuasca más allá de su hábitat natural y se ha incorporado a las prácticas sincréticas que están siendo adoptadas por los pueblos no-indígenas en los contextos modernos occidentales().

Ayahuasca, que se traduce en "la vid de las almas" de los pueblos amazónicos que habitan en quechua entre los que se utiliza tradicionalmente, se consume como un sacramento en toda la cuenca del Amazonas por las poblaciones

indígenas (20) . Aunque es un término general utilizado para describir cualquier preparación DMT activo por vía oral, la ayahuasca es por lo general preparado por la infusión de las hojas DMT-porte de *Psychotria viridis* con los tallos de la vid *Banisteriopsis caapi* (20, 21). Este último contiene alcaloides β -carbolina, principalmente harmina, tetrahydroharmina y harmalina. Por lo general, el DMT se metaboliza rápidamente por la monoaminoxidasa intestinal y el hígado (MAO), por lo que es por vía oral inactivo. Sin embargo, el β -carbolinas pantalla inhibición de la MAO y su administración conjunta permite DMT para alcanzar el SNC intacto.

5.1.2 Investigaciones sobre el consumo de ayahuasca a nivel global

De acuerdo con estudios realizados en la Universidad de Australia, donde se realizó el estudio. Se ha observado un alto consumo de Ayahuasca. El (30,6%) de los encuestados había consumido ayahuasca por lo menos en una ocasión. Curiosamente, sólo dos usuarios de la ayahuasca informaron no haber fumado DMT realizados, la primera investigación global de uso DMT recreativas mediante el examen de 121 usuarios DMT en Australia, de acuerdo con el estudio demográfico de la muestra, indican que los usuarios de mayor consumo están en estudiantes de educación superior y empleados (22).

5.1.3 Aspectos farmacológicos y toxicológicos de de la Ayahuasca

Las infusión de los tallos machacados de *Banisteriopsis caapi* Morton, una liana que contiene beta-carbolinas, alcaloides que son potentes monoamino oxidasa (MAO), junto con las hojas de *Psychotria viridis* Ruiz y Pavón, que contiene el agente psicodélico N, N-dimetiltriptamina (DMT). El MAO enzima que normalmente se DMT degrada en el hígado y el intestino.

β -Carboline alcaloides harmina, harmalina y tetrahydroharmina puede estimular el sistema nervioso central por inhibición del metabolismo de los neurotransmisores amina, o por la interacción directa con receptores específicos, que se encuentran en numerosas plantas, incluyendo *Peganum harmala*, *Passiflora incarnata* y *Banisteriopsis caapi*, y en la preparación enteógeno Ayahuasca, que es tradicionalmente elaborada con *B. caapi* para mejorar la actividad de la amina drogas alucinógenas. La ingestión de preparados de plantas que contengan alcaloides β -carbolina puede dar lugar a efectos tóxicos, es decir, alucinaciones visuales y auditivas, la ataxia locomotriz, náuseas, vómitos, confusión y agitación (23).

Mediantes estudios realizados se administró Ayahuasca a ratas embarazadas Wistar en tres dosis diferentes [la dosis equivalente típica (DT) se administra a los seres humanos, cinco veces TD y TD 10 veces] durante el período de gestación (6-20 días).lo que indica que en ratas existe un riesgo de toxicidad materna y de desarrollo después de la exposición ayahuasca y que el nivel de toxicidad parece ser dependiente de la dosis (24).

5.1.4 Las principales vías de uso de la ayahuasca.

Se ha determinado que la ingesta de infusión por vía oral es la principal ruta de administración de la ayahuasca. . Los efectos alucinógenos de la ayahuasca comenzará dentro de una hora de su consumo y una duración aproximada de 4 horas (22).

5.1.5 Globalización de la Ayahuasca

La globalización de Ayahuasca en las últimas décadas ha dado lugar a una serie de casos legales que la libertad religiosa contra la fosa leyes nacionales de fiscalización de drogas. Dos componentes principales de la ayahuasca son alcaloides harmala y DMT. Estos compuestos, cuando se ingiere en combinación,

producir una sinergia bioquímica única que trae consigo efectos psicoactivos idiosincrásica. Alcaloides harmala son sustancias controladas en algunos países y DMT está prohibida por las convenciones internacionales de fiscalización de drogas (25). Algunos de estos grupos se han establecido en los Estados Unidos y países europeos, atrayendo el interés internacional de investigación en los efectos de la ayahuasca ((25).

6. Problemas del consumo de drogas de abuso en el embarazo

6.1 Alcohol y embarazo

En los seres humanos, los resultados de la exposición al alcohol durante la etapa prenatal de los defectos del SNC son diversos, incluyendo el retraso mental y microcefalia. Considerando que el potencial teratógenicos del alcohol es bien conocido en situaciones en las se utiliza en niveles moderados a fuertes, algunos de los efectos en los grupos cuyo consumo cae en el rango de moderada a la luz son reportados como menos consistente (por ejemplo, el desarrollo motor,; revisado en Chandler et al., 1996) o como cambios en el desarrollo específicos de fase que pueden reflejar los retrasos funcionales. Los efectos de la atención prenatal la exposición al alcohol y la marihuana: Alteraciones en el ciclo del sueño y el despertar neonatal, se sugiere que el etanol en la etapa prenatal puede provocar cambios específicos en el comportamiento y la supervivencia de las células de proliferación y es probable que sea la principal explicación para la reducción permanente del número de neuronas y el tamaño del cerebro. No todas las regiones o poblaciones de células se alteran de forma idéntica, y de hecho, es esta característica particular, que es quizás lo más importante en la comprensión de la especificidad de los cambios en el desarrollo. El modelo de etanol, sin

embargo, es complejo. Por ejemplo, los efectos recíprocos en las zonas ventricular y subventricular (disminución y aumento de la proliferación, respectivamente) predice que las poblaciones neuronales y gliales son diferencialmente alterada en el modelo de prenatal al alcohol. Sin embargo, el análisis estereológicos revela tanto la pérdida neuronal y glial en el neocórtex.

6.1.2 Nicotina y embarazo

Uno de los grandes problemas que aqueja a la humanidad es el consumo de tabaco y América Latina no escapa a esta problemática, se ha considerado que la exposición a la nicotina parece generar cambios incompatibles en los marcadores bioquímicos. Por ejemplo, en algunas regiones el ARN / contenido de ADN se eleva después del nacimiento y luego vuelve a lo normal (cerebelo).

6.1.3 Cocaína y embarazo

La cocaína es quizá la más controvertida de las drogas de abuso. Los científicos y médicos han afirmado los efectos sobre el desarrollo fetal teniendo un efecto teratógeno importante (Day, NL, Cottreau, CM y Richardson, GA, 1993; in (17). El concepto de "bebés del crack" inicialmente sugirió que las diferencias importantes en el desarrollo del SNC deben ocurrir a fin de explicar los cambios de comportamiento temprano en la clínica. Un examen más sistemático de los datos recogidos revelaron clínicamente que la exposición a la cocaína antes de nacer tenía efecto sobre el tamaño del cerebro, el crecimiento y los resultados con

7. SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El uso indebido de drogas y los trastornos mentales, a menudo coexisten. En algunos casos, las enfermedades mentales puede preceder a la adicción; en otros casos, el uso indebido de drogas puede desencadenar o agravar los trastornos mentales, en particular en individuos con vulnerabilidades específicas.

A pesar de que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales y el abuso de sustancias constituyen importantes problemas de salud pública, investigaciones realizadas en los últimos años sobre su prevalencia, repercusión y costos asociados demuestran que se ha subestimado su magnitud. Se calcula que el número de personas con trastornos mentales en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010 (26). Gracias a los avances científicos de las últimas décadas, hoy se comprenden mucho mejor las causas de los trastornos mentales y del abuso de sustancias y se han ideado nuevas intervenciones de comprobada eficacia para prevenir y tratar estos problemas de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido trabajando con los países de la Región para fortalecer su capacidad de recopilar información sobre la salud mental y el abuso de sustancias, elaborar y aplicar políticas apropiadas, reforzar los servicios y adecuar las legislaciones nacionales, con el fin de perfeccionar los sistemas de prevención y control de estos problemas (27).

7.1 COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS

Las complicaciones psiquiátricas son muy frecuentes con el consumo crónico de drogas. Al hablar de complicaciones psiquiátricas hemos de estar seguros de que no exista una patología psiquiátrica previa o asociada. A veces es difícil saber qué fue primero: la droga o la enfermedad psiquiátrica. En cualquier caso, las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son:

7.1.2 Trastornos de personalidad

Los denominados trastornos de la personalidad son la norma en los drogodependientes. Prácticamente todos ellos cumplen criterios suficientes definitorios. «Síndrome amotivacional». Es el síndrome típico de los consumidores habituales de cannabis y está caracterizado por apatía, desinterés, pobre concentración, introversión y comportamiento antisocial. También se ha descrito en otros alucinógenos como LSD.

7.1.3 «Flashbacks»

Recurrencias o reexperimentaciones. Son frecuentes en alucinógenos tipo LSD. Consiste en experimentar los efectos del LSD sin su consumo. Se experimentan escenas retrospectivas vividas durante consumos anteriores, y ello tras días, meses o años del último consumo. Se suelen desencadenar espontáneamente, con ocasión de consumo de cannabis o de otros alucinógenos, con situaciones de estrés o voluntariamente tras consumir fenotiazidas. Se han descrito casos de flashbacks en consumidores de éxtasis.

7.1.4 Trastornos de ansiedad

Son frecuentes entre los consumidores de estimulantes, pero, en realidad, cualquier droga puede llegar a provocar ansiedad. La dependencia psicológica y la compulsión son formas que expresan diferentes grados de ansiedad.

7.1.5 Crisis de pánico

Son trastornos de la ansiedad que se describen con frecuencia en consumidores de estimulantes como el éxtasis y las anfetaminas.

7.1.6 Trastornos depresivos

Se describen mayoritariamente en los consumidores de estimulantes, como éxtasis, anfetaminas y cocaína.

7.1.7 Delirio

Como el delirio por intoxicación alcohólica, el delirio por abstinencia alcohólica, el delirio cannábico y el delirio por intoxicación por cocaína.

7.1.6 Trastornos psicóticos.

La psicosis paranoide del éxtasis y de la cocaína, la psicosis cannábica, la psicosis alcohólica de Korsakoff y la psicosis anfetamínica, son algunos de los episodios psicóticos descritos como secundarios a la intoxicación aguda o crónica de drogas (13).

7.2 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICAS Y ABUSO DE DROGAS

En los últimos años se ha prestado un especial interés a la comorbilidad psiquiátrica de las adicciones o también llamada patología dual. Han sido varios los factores que pueden ayudar a explicar este fenómeno. En primer lugar, los tratamientos farmacológicos y psicosociales son cada vez más eficaces propiciando que los enfermos mentales puedan vivir en la comunidad. Esto favorece el uso y abuso de drogas y por tanto el riesgo de los trastornos relacionados con dichas sustancias. En ocasiones, los enfermos mentales crónicos se encuentran menos estigmatizados entre quienes consumen drogas,

propiciando a su vez el uso de sustancias. Por último, los individuos en tratamiento por enfermedades mentales tienen más riesgo de utilizar determinadas drogas para contrarrestar de un lado los efectos secundarios de los psicofármacos y para aliviar, de otro lado, determinados síntomas psicopatológicos como la ansiedad o la tristeza. Las teorías que se han propuesto para explicar dicho fenómeno han centrado su interés en los efectos de las drogas como origen de los trastornos psiquiátricos o en la utilización de drogas para aliviar determinados síntomas psicopatológicos (teoría de la automedicación). Según la primera propuesta, se entiende que el abuso de drogas provoca una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que propician la aparición de trastornos psiquiátricos. Los efectos tóxicos de las drogas sobre la neurotransmisión cerebral o sobre otros órganos, pueden representar un riesgo para los trastornos depresivos, de ansiedad o psicóticos. Se sabe que el consumo continuado de drogas como el alcohol, la cocaína o la heroína produce una disminución del funcionalismo de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica y noradrenérgica similar al encontrado en las depresiones. De otro lado, estos cambios suelen traducirse en alteraciones emocionales y en una disminución de la autoestima. Con el tiempo, el consumidor de drogas se aísla de su grupo de referencia, de su familia y sufre una serie de pérdidas en su relación familiar y laboral que constituyen también factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos. La teoría de la automedicación intenta explicar el consumo de drogas partiendo del supuesto de que el sujeto utiliza las mismas como una forma de aliviar sus síntomas psicopatológicos o los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos. Así, se sabe que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia incrementan su consumo de tabaco y de café para disminuir los efectos de los neurolepticos, o de cocaína y cannabis para reducir su sintomatología negativa (apatía, embotamiento afectivo, retraimiento). Una vez que la dependencia se establece, el sujeto continuará consumiendo la droga aunque se deriven otros efectos perjudiciales. Ambas teorías no son excluyentes, y posiblemente cada una de

ellas permita entender gran parte de los que se observa en la clínica. ¿Qué se entiende por patología dual? Se trata de dos trastornos coexistentes, independiente uno de otro que influyen en la evolución de ambos. Los dependientes del alcohol que presentan trastornos depresivos durante su curso suelen tener más recaídas en su dependencia y en su trastorno depresivo, así como otras complicaciones como las tentativas de suicidio o la necesidad de ingreso hospitalario. La prevalencia de la comorbilidad entre ambos trastornos es muy diversa, según el tipo de droga y de trastorno psiquiátrico, aunque se admite que más del 50% de los enfermos mentales presenta a lo largo de su vida algún trastorno por uso de drogas. Los sujetos diagnosticados de esquizofrenia tienen tres veces más riesgo de abusar o depender de las drogas que los que no tienen ningún trastorno psiquiátrico(13). El trastorno psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado entre quienes abusan de las drogas por vía parenteral es el trastorno de la personalidad antisocial. Como resumen puede señalarse que los pacientes con diagnóstico dual pueden caer en alguna de las siguientes categorías:

- a) El trastorno psiquiátrico es primario, es decir aparece antes, y el abuso de drogas es secundario. Este es el caso de los trastornos de la personalidad que se complican con el abuso de drogas.
- b) El trastorno por abuso de drogas es primario y el psiquiátrico secundario, como en los casos de dependencia por alcohol y que tras varios años de evolución aparecen episodios depresivos.
- c) Es posible que ambos trastornos sean concomitantes y que simplemente se den juntos sin ningún tipo de implicación causal.
- d) Otros pacientes suele tener una experiencia traumática (trastorno por estrés postraumático) a partir de la cual surgen la dependencia y otro trastorno psiquiátrico como la depresión.

Los pacientes esquizofrénicos que abusan de las drogas tienen una mayor actividad clínica puesta de manifiesto por sus ideas delirantes y sus pseudoalucinaciones, pero además presentan más ideas de suicidio, conductas violentas y desarraigo familiar. El grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico y psicológico disminuye, por lo que son frecuentes los ingresos hospitalarios y las recaídas. Otra dificultad en el manejo de estos pacientes se deriva de la tendencia de quienes abusan de las drogas a ocultar, negar o minimizar sus consumos cuando son entrevistados por el personal sanitario. A este hecho se le une que muchos profesionales suelen pasar por alto estos temas, dado el difícil manejo de ambos trastornos y otras veces por la insuficiente formación para abordar este tipo de pacientes. Estos hechos derivan en una falta de detección de los problemas y por tanto una demora en la instauración de los tratamientos más adecuados. Otras veces, aunque se haya identificado el uso de drogas, resulta difícil distinguir si la sintomatología del paciente está causada por la droga o se debe al trastorno psiquiátrico. El ejemplo más característico es el del paciente que acude a la urgencia manifestando cierta angustia, desesperación y verbalizando ideación autolítica. La anamnesis pone de relieve que se trata de un dependiente del alcohol que ha incrementado su consumo de forma importante en los últimos meses, y como consecuencia ha perdido el trabajo y ha tenido importantes problemas familiares. En un primer momento, es posible que el episodio se haya visto influenciado por la acción tóxica del etanol, en el contexto de los problemas familiares y laborales sufridos, y que dicha sintomatología desaparezca cuando deje de beber. Aunque también podría tratarse de un episodio depresivo que se ha instaurado en las últimas semanas, independientemente de la acción del etanol. En este segundo supuesto los síntomas depresivos no desaparecerían con la abstinencia, y habría que instaurar un tratamiento antidepresivo. Los problemas más frecuentemente asociados a la patología dual son:

1. Violencia, ideas de suicidio, peor cumplimiento del tratamiento y pérdida de las relaciones familiares y sociales.

2. Mayor número de recaídas, en la dependencia y en el trastorno psiquiátrico. Dificultades con el diagnóstico.
3. Actitudes negativas por parte de los profesionales sanitarios.

7.3 ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS DUALES

El abuso de drogas por parte de los enfermos mentales más que una excepción es la norma, de ahí que el personal de enfermería tenga que jugar un papel activo en conocer las necesidades de estos pacientes. Aunque pudiera pensarse que estos pacientes van a recibir una mejor asistencia en los centros de atención para drogodependientes, algunos estudios indican que estos enfermos reciben un tratamiento más integral en los centros de salud mental. Para algunos de estos pacientes acudir a los centros de drogodependencias supone un estigma más y una fuente de estrés. Además, en algunos lugares se les induce a que no tomen determinados psicofármacos, con lo que se puede producir una recaída.

La estabilización de estos síntomas suele requerir ingreso psiquiátrico y tratamiento farmacológico. Hay que tener en cuenta determinados riesgos a la hora de utilizar los siguientes fármacos:

El etanol y las benzodiazepinas causan tolerancia para algunos antidepresivos, anticonvulsivantes y neurolépticos. El etanol interfiere con el centro termorregulador, al igual que los neurolépticos, de ahí que quienes toman ambas sustancias tengan más dificultad para regular su temperatura corporal en situaciones extremas. Los estimulantes como la cocaína y anfetaminas, en combinación con antidepresivos del tipo inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs) producen crisis de hipertensión. El etanol y la cocaína aumentan la depresión respiratoria provocada por los opiáceos, neuroléptica y fenotiacinas.

Este efecto puede aumentar el riesgo de sobredosis. El cannabis tiene efectos anticolinérgicos, de ahí que en combinación con el trihexifenidilo o el biperideno pueda exacerbar los síntomas psicóticos. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia suelen descompensarse de su trastorno durante el síndrome de abstinencia del alcohol, opiáceos o benzodiacepinas. Los neurolépticos y los antidepresivos disminuyen el umbral para las convulsiones, por lo que constituyen un riesgo durante el síndrome de abstinencia del alcohol y/o de los sedantes. La intoxicación y el síndrome de abstinencia por alcohol alteran el balance hidroelectrolítico aumentando la toxicidad del litio (sustancia muy utilizada en el tratamiento del trastorno bipolar).

7.3.1 Fase de estabilización subaguda

Suele ser necesario atender problemas tales como ansiedad, insomnio, alteraciones del estado de ánimo y manifestaciones tardías del síndrome de abstinencia. El tratamiento de estas manifestaciones no siempre requiere un abordaje hospitalario. Fase de estabilización a largo plazo: Puede hacerse en régimen de ingreso o ambulatorio y está orientada a mejorar el cumplimiento terapéutico, disminuir las recaídas del trastorno psiquiátrico y del trastorno por uso de drogas, así como a favorecer los procesos de rehabilitación(13).

8. SALUD SEXUAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Mientras que la epidemia del SIDA, está en rápida expansión se ha venido dando entre los consumidores de droga intravenosa en muchos países y regiones, existe una gran evidencia científica entre la asociación del consumo de drogas inyectables y la aparición de enfermedades de transmisión sexual, de acuerdo con(28) hay una alta prevalencia de sífilis asociado a el consumo de drogas de abuso. Ver tabla adaptada de la WOH.

Table 1. Estimated new cases of syphilis (in million) among adults, 1995 and 1999 (Adapted from [World Health Or](#)

Region	1995			1999		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
North America	0.07	0.07	0.14	0.054	0.053	0.107
Western Europe	0.10	0.10	0.20	0.069	0.066	0.136
North Africa & Middle East	0.28	0.33	0.62	0.167	0.197	0.364
Eastern Europe & Central Asia	0.05	0.05	0.10	0.053	0.052	0.105
Sub-Saharan Africa	1.56	1.97	3.53	1.683	2.144	3.828
South and South East Asia	2.66	3.13	5.79	1.851	2.187	4.038
East Asia & Pacific	0.26	0.30	0.56	0.112	0.132	0.244
Australia & New Zealand	0.01	0.01	0.01	0.004	0.004	0.008
Latin America & Caribbean	0.56	0.70	1.26	1.294	1.634	2.928
Total	5.55	6.67	12.22	5.29	6.47	11.76

Tabla 3. Nuevos casos de Sífilis en adultos de 1995 y 1999.

9. IMPACTOS EN LA SALUD DEL CONSUMO DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

El fenómeno de las drogas constituye uno de los mayores desafíos para los países en el Siglo XXI. Es sabido que el uso y abuso de las drogas tiene impactos y consecuencias adversas en la salud del individuo, de la familia y de la comunidad, así como, en el desarrollo, estabilidad social y seguridad, tanto a nivel nacional como internacional (29).

El consumo de sustancias psicoactivas tiene efectos en el cuerpo y en la mente de los consumidores. Estos efectos van desde alteraciones de las funciones fisiológicas, hasta la modificación de la percepción en relación al tiempo y espacio, así como, alteraciones en los estados de consciencia sobre el entorno del consumidor. Se puede afirmar que el abuso y dependencias de drogas es el resultado del encuentro de tres factores: un producto (alcohol u otras drogas); una persona con su historia y vulnerabilidad individual; y un contexto social, cultural, político y económico. En particular, es fundamental integrar en el análisis y en las respuestas frente al consumo de sustancias, la importancia de los determinantes sociales de salud y desarrollo, incluyendo las fuertes inequidades existentes en la Región (30).

A pesar de su patrimonio común, América Latina abarca una gran diversidad de países. Algunos de los cuales presenta economías débiles, Bolivia y Haití mientras que otros como Brasil, México y Argentina , cuentan con instituciones fuertes, los grupos de la sociedad civil, centros académicos de excelencia y la infraestructura de salud razonable. Sin embargo, dentro de estos grandes países desarrollados, en el fondo hay desigualdades sociales regionales (31)). De acuerdo a lo anterior es deducible que las políticas en los tratamientos la importancia es reducir el consumo, hasta ahora, la mayoría de los países de América del Sur han basado sus políticas de drogas en una baja tolerancia y un país "libre de droga " enfoque orientado (32). Igualmente, es necesario considerar que muchas personas presentan comorbilidad de adicciones y problemas de salud mental, simultáneamente. Por lo expuesto, es necesario realizar un abordaje integral, que no se limite solamente al énfasis en la sustancia

Aumento de la propagación de enfermedades infecciosas. La inyección de drogas como la heroína, la cocaína, la metanfetamina y representa más de un tercio de los nuevos casos de SIDA. La inyección de drogas es también un factor importante en la propagación de la hepatitis C, una grave, potencialmente mortal enfermedad del hígado, y un rápido aumento del problema de salud pública. La inyección de drogas no es la única manera de que el uso indebido de drogas

contribuye a la propagación de enfermedades infecciosas. Todas las drogas de abuso causar algún tipo de intoxicación, lo que interfiere con el juicio y aumenta la probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo. Esto, a su vez, contribuye a la propagación del VIH / SIDA, la hepatitis B y C, y otras enfermedades de transmisión sexual.(CICAD, 2006).

Las políticas nacionales resaltan la importancia de reducir el consumo de drogas, considerando, por ejemplo, el riesgo de adquirir HIV/SIDA entre usuarios de drogas inyectables, o el mayor riesgo de accidentes o el daño crónico que puede asociarse al uso de drogas, Hasta mediados de la década de 1990, las estrategias destinadas a reducir los daños relacionados con las drogas, tales como programas de intercambio de jeringas (SEP), eran por lo general no sistemática, muy específicas, y no ampliar (32).

Uno de los mayores problemas causados por el uso indebido de drogas es el riesgo de adquirir HIV/SIDA, por lo cual desde finales de 1990, Países como Brasil y Argentina han liderado en la región, programas de prevención de uso de drogas inyectables, estos programas están dirigidos a consumidores y no-consumidores de drogas inyectables. SEP, así como otras iniciativas de divulgación implementada por los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de base comunitaria (OBC) han sido dirigidos a usuarios de drogas inyectables (UDI) con Brasil y Argentina teniendo el liderazgo en la región (31)

10. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proyecto está orientado a realizar una revisión de literatura analizando las diferentes fuentes bibliográficas de las tendencias del consumo de drogas de

abuso en los países de América Latina y los impactos en la salud de los individuos. América Latina cuenta con un sistema subregional unificado de información del uso y abuso de drogas en todos los países, Centroamérica y Sudamérica.

Actualmente muchos países a través de los Observatorios Nacionales de Drogas, realizan estudios. Este sistema de información permite a los gobiernos diseñar y orientar sus políticas y programas en el campo de la prevención y tratamiento a seguir, con base a información actualizada sobre uso y abuso de drogas en población general.

La Investigación además propone de acuerdo a las tendencias del consumo de drogas en cada uno países, cuales son los impacto en la salud que se generan en la población objeto, a través de la ejecución de estudios unificados sobre magnitud, patrones y tendencias del consumo de drogas en cada uno de los países de América Latina.

Actualmente en los informes de la ONUDD y de la OEA a través de cada observatorio de drogas se observa estudios encaminados a identificar la tendencia del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), pero no los impactos en la salud que éstas generan en la población, así también los diferentes tratamientos no está unificados en todos los países Latinoamericanos.

Observatorios Nacionales de Drogas a través de los informes generados por la Organización de las Naciones Unidas, ONU y la Organización de los Estados Americanos OEA.

La investigación sobre la prevalencia de las tendencias del consumo, acceso a los tratamientos y la eficacia del tratamiento es prácticamente inexistente en América Latina.

Tampoco se ha encontrado ningún estudio publicado que haya informado sobre los resultados del tratamiento y de la utilización de los servicios por los

consumidores de drogas de abuso en América Latina. Los datos disponibles indican que la cocaína es la droga que tiene mayor tratamiento en América Latina (OFDPD, 2005), sin embargo, algunas publicaciones (33) proporcionan información acerca de las intervenciones que se realizan sin datos estadísticos que evalúen la efectividad del tratamiento de la adicción.

Al hablar muy resumidamente sobre las tendencias de consumo en América Latina en base a informes de la ONU y la OEA el alcohol es la droga de mayor consumo en Colombia y Uruguay, en cuanto al uso del tabaco es Chile la que reporta una mayor tendencia. En benzodiazepinas (diazepam y alprazolam) su mayor consumo está en Paraguay, Bolivia y Colombia siendo menor en Ecuador, Perú y Uruguay, así mismo la ETA presenta mayor consumo en Colombia y Brasil.

Por otro lado la marihuana es la droga de abuso de mayor consumo en toda Suramérica a excepción de Brasil donde son los inhalables.

Los hombres en relación a las mujeres son los mayores consumidores a excepción de Chile donde la tendencia al consumo de éxtasis e inhalables es muy similar. La edad de inicio más temprano para el consumo de marihuana dentro de la población estudio lo presentó Chile seguido de Argentina.

Mirando la cocaína y la pasta de coca su mayor consumo lo registra Argentina y Chile con inicio precoz entre la juventud. En cuanto al éxtasis su mayor tendencia se da en Colombia seguido de Chile y los inhalables lo presenta Brasil con una prevalencia cuatro veces más alta que el que le sigue que es Colombia.

Hay una asociación entre tabaco, alcohol y drogas por ejemplo; en aquellas personas que fuman tabaco hay más probabilidades de aumentar el riesgo de usar drogas de abuso así mismo ocurre con las bebidas alcohólicas.

Por otro lado existen factores protectores y de riesgo que toman importancia en la explicación de estas tendencias como lo son una mayor percepción de riesgo ya que disminuye las tasas de consumo de drogas y, a la inversa, una baja percepción de riesgo las aumenta, aquellos jóvenes con bajas expectativas de terminar la educación secundaria y de ingresar a la educación superior, siempre presentan mayores tasas de consumo de drogas sin embargo es este caso en particular no está muy bien establecida la relación de causalidad. La disciplina, la exigencia académica y el rendimiento escolar están asociados con mayores o menores tasas de consumo de drogas.

En la mayoría de los países las prevalencias año de consumo de cualquier droga ilícita se duplican cuando el establecimiento educacional es percibido como sin ninguna exigencia académica. Los alumnos que han repetido cursos presentan tasas de consumo de drogas más altas en todos los países, lo cual debe tenerse presente como un importante factor de riesgo entre quienes manejan programas de reducción de la demanda de drogas y aquellos padres muy involucrados en la vida de sus hijos adolescentes siempre logran reducir la probabilidad de consumo de drogas de éstos o al menos evitar el paso de sus hijos hacia conductas de consumo de drogas más abusivas (Jóvenes y Drogas en países Sudamericanos: un desafío para las políticas públicas).

El consumo de drogas está asociado a problemas de salud física y mental; sobre todo en los últimos años, ha jugado un papel importante en la propagación del VIH / SIDA en gran parte de los países desarrollados y en vía de desarrollo (34)

Puerto Rico tiene un alto porcentaje principalmente vinculados al uso de drogas inyectables. Las enfermedades de transmisión sexual están asociada con el consumo de crack y cocaína el cual es un problema en el Caribe, por ejemplo en las Bahamas, la prevalencia del VIH es de más del 40% entre los consumidores de crack (5)

Aunque los métodos han mejorado, la estimación de la producción, tráfico y consumo de drogas ilícitas en países en desarrollo sigue siendo una tarea muy ardua a pesar de las limitaciones en la recopilación de datos. Se sabe que los patrones del consumo de drogas en las naciones en desarrollo varían según la droga de abuso y la región (35).

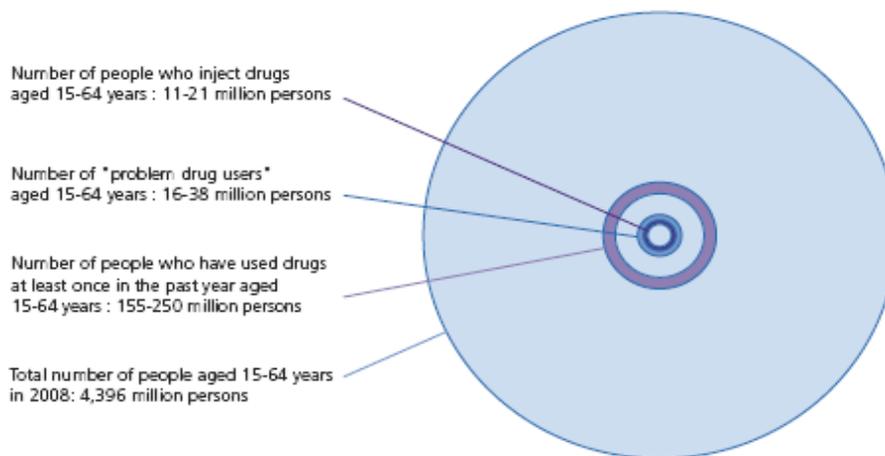
Lo anterior nos concientiza que el consumo de drogas de abuso es un problema de salud pública ya que estas personas necesitan de asistencia médica y no ser marginados, castigados y tratados como delincuentes. Que son lo que más consumen y las estrategias dirigidas a su rehabilitación disminuirían la oferta y por ende el sostenimiento de las mafias que se lucran de la adicción del individuo creada por las drogas. Encaminar estrategias a que los Estados asuman su responsabilidad en la perpetuación del problema al dificultar el acceso a los tratamientos y prevención temprana de la población vulnerable

10.1 Tendencias del consumo mundial de drogas de abuso

A nivel mundial, la ONUDD estima que entre 155 y 250 millones de personas (3,5 a 5,7% de la población de 15-64) utiliza sustancias ilícitas al menos una vez en el año 2008. A nivel mundial, los consumidores de cannabis representan el mayor número de usuarios de drogas ilícitas (129 hasta 190 millones de personas). Las sustancias de tipo anfetamínico es el segundo grupo de droga más consumida, seguida por la cocaína y los opiáceos.

Una de las grandes problemática mundiales se centra en los consumidores de drogas inyectables que tienen unas graves consecuencias sociales y de salud para los individuos que las consumen. Basándose en las estimaciones globales del número de cannabis, la cocaína opiáceos, se estima que los usuarios de estimulantes de tipo anfetamínico, están entre 16 y 38 millones en el año mundo en 2008. Esto representa 10% al 15% de todas las personas que consumieron drogas el año. Se estima que en 2008, a nivel mundial, entre el 12% y el 30% de consumidores de drogas de abuso habían recibido tratamiento en el último año, lo que significa que entre 11 y 33.5 millones de consumidores de drogas no han recibido tratamiento Los datos sobre la prestación de los servicios de tratamiento para el problema.

Grafico N° 3. Consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial.



Fuente: (36)

ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO E IMPACTOS EN LA SALUD DEL INDIVIDUO EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA AÑOS 2006-2010

Region/subregion	Cannabis users in the past year		Opiate users in the past year		Cocaine users in the past year		Amphetamines-group users in the past year		Ecstasy users in the past year	
	Number (lower)	Number (upper)	Number (lower)	Number (upper)	Number (lower)	Number (upper)	Number (lower)	Number (upper)	Number (lower)	Number (upper)
Africa	27,680,000	52,790,000	680,000	2,990,000	1,020,000	2,670,000	1,550,000	5,200,000	350,000	1,990,000
North Africa	4,680,000	10,390,000	130,000	540,000	30,000	50,000	260,000	540,000	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated
West and Central Africa	14,050,000	22,040,000	160,000	340,000	640,000	830,000	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated
Eastern Africa	4,490,000	9,190,000	150,000	1,730,000	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated
Southern Africa	4,450,000	11,170,000	240,000	320,000	290,000	900,000	310,000	1,090,000	220,000	420,000
Americas	38,210,000	40,030,000	2,290,000	2,440,000	8,720,000	9,080,000	4,760,000	5,890,000	3,040,000	3,280,000
North America	29,950,000	29,950,000	1,290,000	1,380,000	6,170,000	6,170,000	3,090,000	3,200,000	2,490,000	2,490,000
Central America	580,000	600,000	100,000	110,000	120,000	140,000	320,000	320,000	20,000	30,000
The Caribbean	430,000	-1,730,000	60,000	90,000	110,000	320,000	30,000	510,000	10,000	240,000
South America	7,300,000	7,530,000	840,000	870,000	2,330,000	2,450,000	1,320,000	1,860,000	510,000	530,000
Asia	31,510,000	64,580,000	6,460,000	12,540,000	490,000	2,270,000	4,430,000	37,990,000	2,370,000	15,620,000
East/South-East Asia	5,370,000	23,940,000	2,830,000	5,060,000	390,000	1,070,000	3,430,000	20,680,000	1,460,000	6,850,000
South Asia	16,490,000	27,550,000	1,390,000	3,310,000	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated
Central Asia	1,890,000	2,140,000	340,000	340,000	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated
Near and Middle East	7,790,000	10,950,000	1,890,000	3,820,000	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated	estimate cannot be calculated
Europe	29,370,000	29,990,000	3,290,000	3,820,000	4,570,000	4,970,000	2,500,000	3,190,000	3,850,000	4,080,000
West/Central Europe	20,850,000	20,990,000	1,090,000	1,370,000	4,110,000	4,130,000	1,600,000	1,710,000	2,180,000	2,190,000
East/South-East Europe	8,520,000	9,010,000	2,210,000	2,460,000	470,000	840,000	900,000	1,480,000	1,680,000	1,890,000
Oceania	2,140,000	3,410,000	120,000	150,000	330,000	390,000	470,000	630,000	840,000	910,000
GLOBAL ESTIMATE	128,910,000	190,750,000	12,840,000	21,880,000	15,070,000	19,380,000	13,710,000	52,900,000	10,450,000	25,820,000

Tabla N° 4. Número mundial de consumidores de drogas entre 15-64 años de edad Fuente: (36)

De acuerdo con el informe mundial de drogas del 2010, donde se muestra que la oferta mundial de las drogas como los opiáceos y la cocaína están en disminución cada día más. Las consecuencias de la disminución global de cultivo del opio ha sido la causa principal en casi un (el 23%). De acuerdo con el informe se prevé que en los últimos años, la producción de opio disminuirá abruptamente en 2010. El cultivo de la coca, ha disminuido un 28% en comparación con el decenio anterior, ha seguido disminuyendo en 2009. La producción mundial de cocaína se ha reducido de un 18 a un 12% en el período comprendido entre 2007 y 2009.

El cannabis sigue siendo la de mayor consumo de drogas en todo el mundo. La prevalencia mundial anual del consumo de cannabis es estima entre 2,9% y

4,3% de la población de 15-64 años. El más alto es en Oceanía (9,3% a 14,8%), seguido de las Américas (6,3% a 6,6%). Hay una estima que 15 hasta 19,3 millones de consumidores de cocaína anuales (anual prevalencia de 0,3% a 0,4%) en el mundo. América del Norte (2%), Oceanía (1,4% a 1,7%) y Europa Occidental (1,5%) son las regiones con las tasas más altas de prevalencia. Entre 12,8 y 21,8 millones de personas (0,3% a 0,5% de la población mundial de 15-64 años) utilizan opiáceos en 2008. Más de la mitad de los consumidores de opiáceos del mundo están en Asia. La ONUDD estima que entre 13.7 y 52.9 millones de personas de 15 a 64 años habían utilizado un tipo anfetamínico sustancia en el último año (0,3% a 1,2% de la población), incluyendo 10,5 hasta 25,8 millones los consumidores de éxtasis (0,2% a 0,6% de la población). Oceanía, Oriente y Sudeste de Asia, América del Norte y el Oeste y Central Europa son las regiones con las tasas más altas de prevalencia del uso de estimulantes de tipo anfetamínico. Además de las drogas mencionadas anteriormente, el uso indebido de medicamentos recetados, como los opioides sintéticos, las benzodiacepinas o estimulantes sintéticos prescripción, es una creciente problema de salud pública en varios de los países desarrollados y en los países en vía de desarrollo.

10.2 Tendencia del consumo mundial de Sustancias tipo anfetamínico.

De acuerdo con (IM2010) El total de personas que consumen estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) -cifra que se estima entre los 30 y 40 millones- probablemente no tarden en superar el número total de consumidores de opiáceos y de cocaína

Mas en el mismo período de tiempo, la demanda de cocaína en tratamiento ha sido la disminución en las Américas, especialmente en América del Norte, mientras que ha aumentado en Europa. La importancia relativa de opiáceos para

el tratamiento de drogas, por el contrario, ha disminuido en Europa, Asia y Oceanía (en particular), mientras que aumentó en África el consumo de ETA, esto se determinó por el aumento en los tratamientos en este tipo de sustancias..

10.3 Tendencias en el consumo de drogas en América Latina

10.3.1 Tendencias del consumo de opiáceos en América Latina

En América del Sur el consumo de opiáceos más informado está relacionado con el uso de los opioides sintéticos desviado de fuentes lícitas. Menos del 30% es la heroína. Del mismo modo, en la región de Oceanía, sólo un tercio de los usuarios de opiáceos consumen heroína. Esto refleja la disponibilidad de varios opioides sintéticos y algunas restricciones de suministro de heroína persistentes relacionados con la escasez de heroína de 2001 (37)

Estimated number of people who used cocaine at least once in the past year and prevalence among the population aged 15-64, by region, 2008						
Region/subregion	Estimated number of users annually (lower)	-	Estimated number of users annually (upper)	Percent of population aged 15-64 (lower)	-	Percent of population aged 15-64 (upper)
Africa	1,020,000	-	2,670,000	0.2	-	0.5
Eastern Africa		-	Subregional estimate cannot be calculated			
North Africa	30,000	-	50,000	<0.1	-	<0.1
Southern Africa	290,000	-	900,000	0.3	-	0.8
West and Central Africa	640,000	-	830,000	0.4	-	0.5
Americas	8,720,000	-	9,080,000	1.4	-	1.5
Caribbean	110,000	-	320,000	0.4	-	1.2
Central America	120,000	-	140,000	0.5	-	0.6
North America	6,170,000	-	6,170,000	2.0	-	2.0
South America	2,330,000	-	2,450,000	0.9	-	1.0
Asia	430,000	-	2,270,000	<0.1	-	0.1
Central Asia		-	Subregional estimate cannot be calculated			
East/ South-East Asia	390,000	-	1,070,000	<0.1	-	0.1
Near and Middle East		-	Subregional estimate cannot be calculated			
South Asia		-	Subregional estimate cannot be calculated			
Europe	4,570,000	-	4,970,000	0.8	-	0.9
Eastern/South-East Europe	470,000	-	840,000	0.2	-	0.3
Western/Central Europe	4,110,000	-	4,130,000	1.5	-	1.5
Oceania	330,000	-	390,000	1.4	-	1.7
Global	15,070,000	-	19,380,000	0.3	-	0.4

Tabla 5. Estimación del número de persona que ha usado opiáceos al menos una vez al año en población de 15 a 64 años. Por región, 2008(37)

En el informe Mundial del año 2009, la mayor población de usuarios de opioides en América del Sur está en Brasil, con aproximadamente 635.000 usuarios (0,5% de la población entre 12-65 años). En su mayor parte son usuarios de opioides sintéticos (analgésicos), solo una pequeña parte usa heroína (menos que el 0,05%)². Los datos indican una tendencia de estabilidad en el uso de opioides en las Américas, pero aún con tendencias de crecimiento en México, Venezuela y Argentina (38).

En América del Sur, la mayor prevalencia de opioides se comunicó el uso por el Brasil y Chile (0,5% de la población entre 15 y 64 años, con sus correspondientes número de 640.000 y 57.000, respectivamente). En ambos casos, los opioides de prescripción constituye el problema clave mientras que el abuso de heroína sigue siendo extremadamente bajo. En Chile, el 2008 estimado (0,5%) representa un aumento de la 0,3% reportado en 2006. Por primera vez, Costa Rica los datos presentados sobre la prevalencia de consumidores de opiáceos que muestran que en 2006, 2,7% de la población de 12 a 70 los opioides utilizados al menos una vez durante el año anterior. Sin embargo, esta estimación debe ser revisada con cuidado, ya que incluye uso de preparados que incluyen todos los metilfenidato y estimulantes anorexígenos preparado con codeína. Otros países de la región los opiáceos tienen una baja tasas de prevalencia de uso que van desde el 0,1% en el Ecuador para 0,3% en el Estado Plurinacional de Bolivia. En el sur de América, la mayoría de los países informan el uso de los opioides sintéticos en lugar de la heroína.(39)

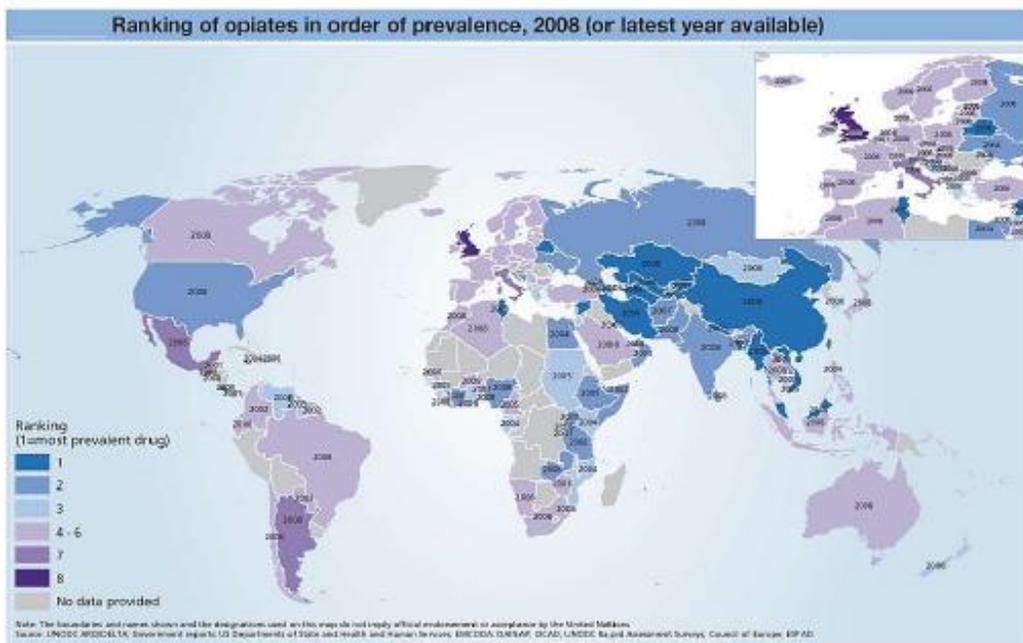
10.3.2 Percepción mundial de expertos por el consumo de opiáceos en el mundo.

Mapa N°. 2 Uso de opiáceos incluyendo heroína en los años 2008-2009



Fuente:(39)

Figura N° 4 Ranking mundial de prevalencias de consumo de opiáceos, 2008



Fuente: (39)

10.4 Tendencia del consumo de Cocaína en América Latina

La tendencia del aumento para América Latina en el consumo de cocaína se ve en gran parte al aumento de las incautaciones, además por los controles impuestos por los gobiernos de Colombia, Perú, Bolivia Ecuador, donde se hacen la mayoría de incautaciones de cocaína en el mundo, (40) en el año de 2007, fue interceptada en las Américas (88%) y después en Europa (11%). América del Sur fue responsable por 323 toneladas (45%) del total mundial de incautaciones. Más que el 60% de las incautaciones de Sudamérica fueron realizadas en Colombia. Grandes incautaciones también fueron hechas en Venezuela (32 t) y en Ecuador (25 t). (Pág. 70) Hay registros también en Bolivia (18 t), Brasil (17 t), Perú (14 t), Chile (11 t) y en Argentina (8 t). Incautaciones aumentaron en Bolivia, pero disminuyeron en Perú. En países del Cono Sur (Argentina, Chile, Brasil, Paraguay y Uruguay) las incautaciones aumentaron de 10 toneladas en el año de 2000 para 38 toneladas en 2007. Eso indica la creciente elevación de la importancia de esos países para el tráfico de cocaína, sea para satisfacer la demanda interna o para reexportar la cocaína para mercados como los de Europa, África y Región del Pacífico(41).

La ONUDD estima que la prevalencia del consumo de cocaína en todo el mundo en 2008 oscilaron entre 0,3% a 0,4% de la población adulta, o entre 15 y 19 millones de personas que habían consumido cocaína al menos una vez en el año anterior. En comparación con 2007, el rango desplazado hacia los niveles inferiores, lo que sugiere una disminución en el número de consumidores a nivel mundial. Este cambio se debe a la disminución en el número de consumidores de cocaína en América del Norte (39).

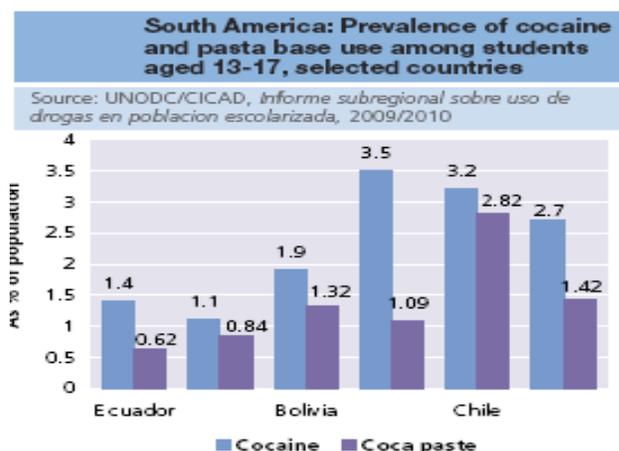
Estimated number of people who used cocaine at least once in the past year and prevalence among the population aged 15-64, by region, 2008						
Region/subregion	Estimated number of users annually (lower)	-	Estimated number of users annually (upper)	Percent of population aged 15-64 (lower)	-	Percent of population aged 15-64 (upper)
Africa	1,020,000	-	2,670,000	0.2	-	0.5
Eastern Africa	Subregional estimate cannot be calculated					
North Africa	30,000	-	50,000	<0.1	-	<0.1
Southern Africa	290,000	-	900,000	0.3	-	0.8
West and Central Africa	640,000	-	830,000	0.4	-	0.5
Americas	8,720,000	-	9,080,000	1.4	-	1.5
Caribbean	110,000	-	320,000	0.4	-	1.2
Central America	120,000	-	140,000	0.5	-	0.6
North America	6,170,000	-	6,170,000	2.0	-	2.0
South America	2,330,000	-	2,450,000	0.9	-	1.0
Asia	430,000	-	2,270,000	<0.1	-	0.1
Central Asia	Subregional estimate cannot be calculated					
East/ South-East Asia	390,000	-	1,070,000	<0.1	-	0.1
Near and Middle East	Subregional estimate cannot be calculated					
South Asia	Subregional estimate cannot be calculated					
Europe	4,570,000	-	4,970,000	0.8	-	0.9
Eastern/South-East Europe	470,000	-	840,000	0.2	-	0.3
Western/Central Europe	4,110,000	-	4,130,000	1.5	-	1.5
Oceania	330,000	-	390,000	1.4	-	1.7
Global	15,070,000	-	19,380,000	0.3	-	0.4

Tabla 4. Número de personas que ha usado cocaína al menos una vez el año pasado y tasa de prevalencia en poblaciones de edad comprendida 15-64 años de edad, Fuente:(39)

El aumento de la mayoría de las tendencias de consumo de cocaína en países de América del Sur. La prevalencia anual del consumo de cocaína en América del Sur está entre 0,9% y 1% de la población de 15-64 años, por tanto, comparable al consumo de cocaína en Europa, aunque mucho menor que en América del Norte. El total anual prevalencia del consumo de cocaína en América Central rangos entre 0,5% y 0,6%, y en el Caribe, de 0,4% a 1,2%. En contraste con América del Norte, nacionales expertos de América del Sur continúan reportando un aumento de tendencia en el consumo de cocaína. Los aumentos en el consumo de cocaína en los últimos años fueron reportados por la República Bolivariana de

Venezuela, Ecuador, Brasil, Argentina y Uruguay, así como los países de Centroamérica (Guatemala y Honduras) y el Caribe (Jamaica y Haití). En comparación con el año anterior, nueva información cuantitativa para el año 2008 se disponía de sólo de dos países: Chile, donde un aumento de la prevalencia anual entre la población adulta mayor 15 a 64 se observó (de 1,7% en 2006 al 2,4% en 2008) y Surinam, donde se produjo una disminución (de 0,5% en 2002 al 0,3% en 2007).

Gráfica: 5 Tasa de prevalencia de consumidores de cocaína y pasta base de cocaína, en estudiantes de 13 a 17 años de edad., en países seleccionados.

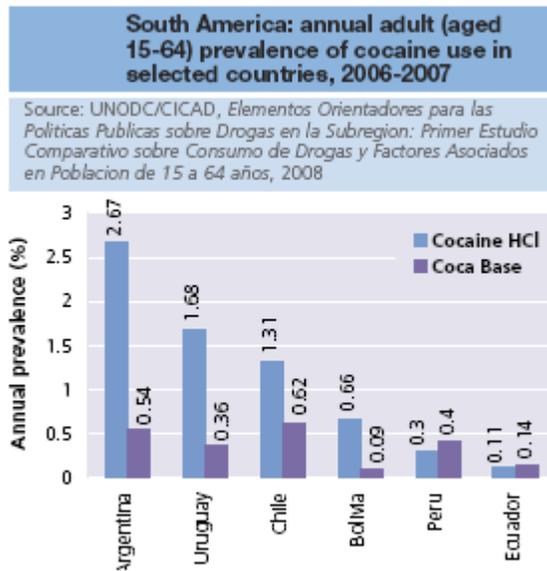


Fuente:(39)

La mayor prevalencia de consumo de cocaína en América del Sur se informó en Argentina (2,7%), seguida por Chile (2,4%) y Uruguay 1,4%). La prevalencia anual del consumo de cocaína en Argentina y Chile es comparable a la prevalencia en los Estados Unidos. Brasil y Argentina constituyen los mayores mercados de cocaína en América del Sur en términos absolutos (más de 900.000 y 600.000 usuarios, respectivamente). Según una encuesta escolar llevada a cabo por UNODC y CICAD en los países de América del Sur, la mayor prevalencia anual de consumo de cocaína entre los estudiantes fue en Chile,

seguido por Uruguay y Argentina. El abuso de pasta base o base de cocaína es también frecuente en América del Sur. Sin embargo, tanto entre los estudiantes como entre la población adulta, el uso de la clorhidrato de cocaína es generalmente más alto que el de la pasta de coca. En Chile, en el Estado Plurinacional de Bolivia y en Perú, hubo tasas comparables de consumo de cocaína y pasta base entre los estudiantes encuestados (39).

Gráfica N° 6 Tasa de prevalencia anual de consumidores de cocaína en población de 15 a 64 años



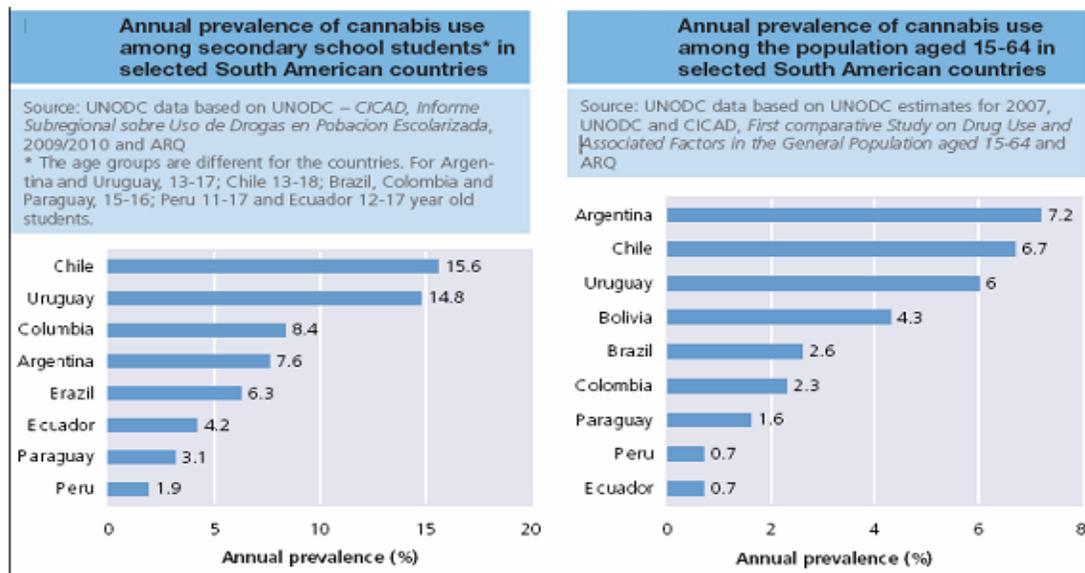
Fuente: (39)

10.5 Tendencia del consumo de Cannabis en América Latina

En el 2009 Informe Mundial sobre las Drogas, la UNODC presentó un inventario de los datos disponibles sobre la producción de cannabis y, basándose en cuatro métodos diferentes, que se estima que en la producción de hierba de cannabis osciló entre 13,300-66,100 toneladas y la producción de resina de cannabis de 2,200-9,900 mt. El área total resultante al cultivo de cannabis se estimó en 200,000-641,800 ha. Estas estimaciones siempre que la magnitud del problema relacionado con el cultivo ilícito de cannabis y la producción, pero también mostraron una gran variedad, lo que indica la gran incertidumbre de las estimaciones.

En contraste con América del Norte, un aumento en la percepción sobre el consumo de cannabis se ha informado por casi todos los expertos nacionales en América del Sur, aunque la prevalencia anual del consumo de cannabis en América del Sur sigue siendo considerablemente más baja que en América del Norte. Cerca de 3%, o aproximadamente 7,3 a 7,5 millones de personas con edad entre 15 y 64 años, habían consumido cannabis al menos una vez en el último año, en 2008, lo que representa una disminución con relación al estimado de 8,5 millones de personas en 2007. Esta caída no refleja un verdadero cambio en el consumo de cannabis en la región entre 2007 y 2008, sino más bien una revisión de los datos de 2005 informados por la República Bolivariana de Venezuela, donde las estimaciones de prevalencia se revisaron del 7,5% al 0,9%. La prevalencia máxima de consumo de cannabis se encuentra en Argentina (7,2%), seguida por Chile (6,7%) y Uruguay (6%). Sin embargo, en comparación con la población en general, la mayor prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de secundaria fue reportada entre los estudiantes de Chile (15,6%), Uruguay (14,8%) y Colombia (8,4%). (39)

Gráfica N° 7 Prevalencia anual de usuarios de cannabis en estudiantes de secundaria en países seleccionados.



Fuente:(39)

Un estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados, llevado a cabo por CICAD y UNODC en seis países de América Latina mostró que, entre los consumidores recientes de cannabis (que lo utilizaron en el último año) entrevistados en el estudio, entre el 20,4% de los consumidores de cannabis en Argentina a casi la mitad de los usuarios recientes en Ecuador fueron diagnosticados como usuarios dependientes, con base en los criterios clínicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS – revisión CIE 10). (39, 42)

Una brecha de género entre las generaciones jóvenes y mayores es también evidente en América del Sur. Un estudio comparativo muestra, por ejemplo, que en los seis países analizados, con excepción de Argentina, la proporción de

género en el consumo de cannabis es más bajo para los estudiantes que la población adulta, aunque con grandes variaciones entre países. Los datos sobre América Latina y otras partes del mundo sugieren que los países más avanzados es mayor la proporción de mujeres entre los usuarios de drogas. (39)

10.6 Tendencias del consumo de estimulantes tipo anfetamínico (ETS)

Hasta hace pocos años, la fabricación de MDMA en gran escala fue poco frecuente fuera de Europa. Sin embargo, desde 2003-2004, operaciones de fabricación de MDMA fueron encontradas más cerca de los mercados de consumo en América del Norte, Asia Sur-Oriental y Oceanía. En la actualidad, hay indicios de que la fabricación se está expandiendo hacia nuevas regiones como América Latina, con episodios de fabricación ilícita reportados en Argentina, Belice, Brasil, Guatemala, México y Surinam.(39, 42)

10.7 Tendencias de Policonsumo de drogas de abuso en América Latina

El segundo informe regional de consumo drogas de abuso en jóvenes escolarizados indica que tipo de droga consumida, en la mayoría de los casos de monoconsumo se trata de uso exclusivo de marihuana. El policonsumo de drogas ilícitas, por lo tanto, alcanza al 31,8% restante, es decir cerca de un tercio de quienes consumieron drogas en el último año usaron más de una (sin incluir tabaco o alcohol). La distribución del policonsumo es bastante pareja entre los distintos países, aunque existen algunas diferencias, tanto en la magnitud del policonsumo como en las drogas consumidas y sus combinaciones.

La marihuana es la droga ilegal más consumida, la que presenta mayor porcentaje de monoconsumo como así también la de mayor presencia en las combinaciones posibles.

Con respecto al policonsumo se realizó un estudio en 5 países de América del Sur, el estudio (43) presentan que hay dos perfiles en la región claramente diferenciados: por un lado, Argentina, Chile y Uruguay presentan los porcentajes más altos de monoconsumo de marihuana (entre 55% y 67% de los consumidores) y, en contraposición, las más bajas de monoconsumo de solventes / inhalables. Por otro lado, Bolivia, Ecuador y Perú presentan altos porcentajes de monoconsumo de solventes e inhalables (entre 23% y 26% de los consumidores) comparados con los otros tres países, y también más altos porcentajes de monoconsumo de cocaína (sobre 2,5%). En el caso de inhalables es importante tener presente que en el estudio en población universitaria presentado recientemente el uso exclusivo de esta droga estuvo presente en el 47% de los universitarios consumidores de Bolivia, un 13,6% en Ecuador y 33,1% en Perú constituyéndose en la segunda droga de mayor uso, después de marihuana (en forma exclusiva o combinada). En Colombia, cuarto país participante de dicho estudio, solo un 3% de los estudiantes universitarios presentaron un uso exclusivo de inhalable.

Distribución porcentual de consumidores de drogas en el último año según drogas consumidas por país.

Droga consumida	País					
	Argentina	Bolivia	Chile	Ecuador	Perú	Uruguay
Solo Marihuana	55,1	29,2	60,5	39,6	30,4	67,3
Solo Pasta Base	2,4	6,8	1,0	1,1	4,1	1,1
Solo Cocaína	2,5	8,5	1,2	2,5	5,3	1,9
Solo Inhalantes	5,1	23,0	6,4	26,3	23,6	2,5
Marihuana + Pasta Base	1,7	0,8	3,5	1,8	2,1	1,3
Marihuana + Cocaína	10,4	6,3	4,8	8,1	6,1	11,0
Marihuana + Cocaína + Pasta Base	2,2	3,1	2,8	1,4	3,8	2,4
Pasta Base + Cocaína	0,8	1,8	0,4	0,2	0,6	0,1
Marihuana + Inhalables + Cocaína	6,0	3,0	1,0	2,6	1,0	4,4
Marihuana + Inhalables + Cocaína + Pasta Base	6,1	8,6	1,1	0,4	1,8	1,7
Solo Extasis	0	0	1,4	2,0	3,7	0
Otras combinaciones	7,7	8,9	15,9	13,9	17,5	6,3

Base: 100% de consumidores en el último año.

Tabla 5. Distribución porcentual de consumidores de drogas en el último año según droga consumidas por país. Fuente: (43, 44)

TASAS DE PREVALENCIA POR TIPO DE DROGA DE ACUERDO CON EL INFORME MUNDIAL DE DROGAS 2010.

País	Prevalencia anual (%)	Edad referencia	Año	Fuente
Argentina	0,16	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Bolivia	0,30	15 - 64	2007	Cuestionario ARQ
Brasil	0,50	12 - 65	2005	Cuestionarios ARQ
Chile	0,50	15 - 64	2008	Censo
Colombia	0,10	15 - 64	2004	Estimativa UNODC
Ecuador	0,12	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Guyana	0,25	15 - 64	2002	Estimativa UNODC
Paraguay	0,03	12 - 65	2003	Cuestionario ARQ
Perú	0,18	12 - 64	2005	Estimativa UNODC
Surinam	0,08	15 - 64	2002	Estimativa UNODC
Uruguay	0,08	15 - 64	2006	Cuestionario ARQ
Venezuela	0,10	15 - 64	2003	Cuestionario ARQ

Tabla 8. Tasa de prevalencia de consumo de opiáceos. Fuente:(39)

La tabla de prevalencias por consumo opiáceos con edades de referencias entre 15 y 64 años , los países de Brasil y Chile son los países de América Latina donde se observa una mayor prevalencia por el consumo de opiáceos de 0.50 , seguida de Bolivia con 0.30 y Guyana con 0.25.

País	Prevalencia anual (%)	Edad referencia	Año	Fuente
Argentina	2,6	15 - 64	2006	UNODC / CICAD
Bolivia	0,8	15 - 64	2007	UNODC / CICAD
Brasil	0,7	12 - 65	2005	Gobierno
Chile	2,4	15 - 64	2008	Cuestionario ARQ
Colombia	0,8	12 - 65	2008	Gobierno
Ecuador	0,3	15 - 64	2007	UNODC / CICAD
Paraguay	0,3	12 - 64	2003	UNODC / CICAD
Perú	0,5	12 - 64	2006	Cuestionario ARQ
Surinam	0,3	12 - 65	2007	Gobierno
Uruguay	1,4	12 - 65	2006	UNODC / CICAD
Venezuela	0,6	15 - 64	2005	Gobierno

Tabla 9. Tasa de prevalencias de consumo de cocaína Fuente:(39)

Con respecto a la cocaína Argentina, Colombia y Uruguay son los países de América Latina con mayor consumo de Cocaína de acuerdo con los informes de la UNODC/CICAD

País	Prevalencia anual (%)	Edad referencia	Año	Fuente
Argentina	7,2	15 - 64	2006	UNODC / CICAD
Bolivia	4,3	15 - 64	2007	UNODC / CICAD
Brasil	2,6	12 - 65	2005	Gobierno
Chile	6,7	15 - 64	2008	Cuestionario ARQ
Colombia	2,3	12 - 65	2008	Gobierno
Ecuador	0,7	15 - 64	2007	UNODC / CICAD
Guyana	2,6	15 - 64	2002	Estimativa UNODC
Paraguay	1,6	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Perú	0,7	12 - 64	2006	Cuestionario ARQ
Surinam	4,3	12 - 65	2007	Gobierno
Uruguay	6,0	12 - 65	2006	UNODC / CICAD
Venezuela	0,9	15 - 64	2005	Gobierno

Tabla 10. Tasa de prevalencia de Cannabis Fuente:(39)

Las tasas de prevalencias muestran con respecto al consumo de Cannabis, los mayores consumidores de cannabis están en el cono sur, Argentina como el mayor consumidor de Cannabis en América Latina, seguida de Uruguay y Chile.

País	Prevalencia anual (%)	Edad referencia	Año	Fuente
Argentina	0,6	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Bolivia	0,5	12 - 65	2007	Cuestionario ARQ
Brasil	0,7	12 - 65	2005	Gobierno
Chile	0,4	15 - 64	2008	Cuestionario ARQ
Colombia	0,5	12 - 65	2008	Gobierno
Ecuador	0,2	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Guyana	0,5	15 - 64	2002	CICAD
Paraguay	0,5	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Perú	0,2	12 - 64	2006	Gobierno
Surinam	0,7	12 - 65	2007	Gobierno
Uruguay	0,1	12 - 65	2006	Cuestionario ARQ
Venezuela	0,6	15 - 64	2002	Estimativa UNODC

Tabla 11. Tasa de prevalencia Anfetaminas Fuente:(39)

Brasil y Surinam son los países de América Latina con una mayor prevalencia por consumo de Sustancias Tipo Anfetamínico, seguida por Argentina y Venezuela, Paraguay, Guyana, Colombia y Bolivia.

País	Prevalencia anual (%)	Edad referencia	Año	Fuente
Argentina	0,5	12 - 65	2006	Gobierno
Bolivia	0,1	12 - 65	2007	Cuestionario ARQ
Brasil	0,2	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Chile	0,1	15 - 64	2008	Cuestionario ARQ
Colombia	0,3	12 - 65	2008	Gobierno
Ecuador	0,2	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Guyana	0,1	15 - 64	2002	Estimativa UNODC
Paraguay	< 0,1	15 - 64	2005	Estimativa UNODC
Perú	< 0,1	12 - 64	2006	Cuestionario ARQ
Surinam	0,1	12 - 65	2007	Gobierno
Uruguay	0,2	15 - 64	2006	Gobierno
Venezuela	< 0,1	15 - 64	2005	Gobierno

Tabla 11. Tasa de prevalencia Éxtasis Fuente:(39)

Argentina y Colombia son los países donde hay una mayor prevalencia por consumo de éxtasis.

Al observar las tasas de prevalencias por droga de abuso consumida del Informe Mundial sobre la drogas del 2010, con edad de referencia 12-65 años , analizamos que la información proveniente de las diferentes fuentes , varia con respecto a la emisión de los datos.

11. El uso de drogas y sus consecuencias en América Latina

Defunciones. En 2004, las sobredosis de drogas y otros trastornos relacionados con las drogas provocaron la muerte de 9.000 personas en las Américas: 5.000 en los países de ingresos altos y 4.000 en los países de ingresos bajos y medios

(1). (Las cifras no incluyen las defunciones resultantes de delitos vinculados con las drogas o las defunciones en las cuales el consumo de drogas ilegales fue un factor de riesgo.

Enfermedades. Los trastornos del uso de drogas se vinculan con varias enfermedades infecciosas, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C. El uso prolongado de drogas también aumenta el riesgo de sufrir muchos trastornos de salud grave, a veces mortal, como los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías. El consumo excesivo de drogas en un lapso breve puede provocar un paro cardíaco mortal o un episodio psicótico. Estos trastornos requieren atención inmediata, pero, cuando están

Involucradas drogas ilegales, los usuarios a menudo no buscan ayuda a causa del riesgo de ser encarcelados.

Discapacidades. En 2004, los trastornos causados por el uso de drogas en las Américas cobraron un tributo de más de 2,4 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), 1,1 millones de AVAD en países de ingresos altos y más de 1,3 millones de AVAD en países de ingresos bajos y medios (1).

Salud mental. El uso prolongado de una sustancia psicoactiva puede provocar dependencia, que constituye un problema de salud mental, y puede exacerbar

otros trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia, con una tasa elevada de comorbilidad. La dependencia de drogas también puede disuadir de buscar tratamiento a las personas con problemas de salud mental, porque a menudo los profesionales exigen abstinencia antes del tratamiento, lo cual empeora los probables resultados.

Costos económicos: En los Estados Unidos, se estimó que el costo del uso de drogas ilegales en 2002 fue de US\$ 180,8 mil millones. La suma incluye los costos de los recursos para abordar los problemas de delitos y de salud relacionados con el uso de drogas, así como la pérdida de productividad causada por las defunciones, las discapacidades y el abandono del trabajo (2). En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no se cuenta con cálculos de este tipo.

El uso de drogas en la población en general. Los profesionales de la salud muy frecuentemente prescriben drogas psicotrópicas sin evaluar la posibilidad de que se pueda hacer luego un uso no médico, contribuyendo de esta manera al problema global del uso indebido de drogas.

El uso de drogas entre los estudiantes. La mitad de los países de la Región han efectuado encuestas entre los estudiantes en relación con su consumo de drogas ilegales y medicamentos psicoactivos de venta con receta, que frecuentemente comienza en la adolescencia. El uso de drogas entre los estudiantes es un problema especial porque los estudios indican que la asistencia a la escuela sirve como un factor de protección y reduce las probabilidades de consumo de drogas. Las encuestas escolares también excluyen a los estudiantes que no asisten a la escuela y, en consecuencia, tal vez el registro del uso de drogas entre los jóvenes sea inferior al real.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar las tendencias del consumo de drogas de abuso en la población de América Latina y sus impactos en la salud, mediante una revisión sistemática de literatura teniendo como base estudios realizados en países Latinoamericanos en el periodo desde el año 2006 al 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las tendencias del consumo de drogas de abuso en la población de América Latina según las variables: tipo de sustancia consumida, género, promedio de edad de consumo.
- Comparar las tendencias del consumo de drogas de abuso de América Latina, con Colombia.
- Determinar los diferentes impactos de las drogas de abuso en la salud de la población consumidora de América Latina, mediante la selección de artículos científicos.

3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo parte de la importancia del aumento de las drogas de abuso han tenido a través del tiempo y las tendencias en América Latina apuntan hacia

el consumo de drogas sintéticas y mezclas de drogas. Dar a conocer desde un punto de vista toxicológico los impactos generados en la salud ocasionados por las nuevas tendencias de consumo de drogas de abuso, es lo que pretende este trabajo de tesis, servir de base para en futuros trabajos desarrollar nuevas estrategias en cuanto a tratamientos y manejo de los individuos. Mediante una revisión bibliográfica se busca plasmar las tendencias y sintetizar los conocimientos sobre consumo de drogas de abuso, de esta forma se contribuye con la actualización del estado del arte sobre las tendencias y los impactos que se generan por el consumo de sustancia psicoactivas (SPA) en América Latina y Colombia. Se busca también transmitir los nuevos conocimientos que se han generado en tanto en América latina como en Colombia, la evaluación de de las diferentes literaturas publicadas a través de revistas indexadas en bases de datos y a través de informes generados, comparando las diferentes fuentes de información, evaluando y conocer las tendencias de las diferentes investigaciones en el campo de tendencias del consumo de las drogas de abuso y los estudios realizados en los impactos que de estas en la salud de la población de América Latina. Todo esto contribuye a buscar nuevas líneas de investigación en el área de la Toxicología.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio secundario integrativo porque utiliza y sintetiza los datos y resultados de investigaciones primarias y secundarias. Resume la evidencia acerca de una pregunta y usa un método sistemático y explícito para identificar, seleccionar y apreciar críticamente investigación primaria relevante. Para este estudio, se identificaron, seleccionaron y analizaron los estudios publicados y encontrados

sobre los temas de las tendencias del consumo de drogas de abuso y los impactos que esto genera en la salud de los individuos de América Latina siguiendo un método sistemático para responder a la pregunta que orientó el estudio.

4.2 PERIODO DE ESTUDIO

El periodo histórico elegido para efectuar el estudio fue entre los años 2006 y 2010. Se eligió este periodo de estudio teniendo en cuenta que durante estos años las políticas antidrogas para países latinoamericanos han cambiado y esto ha generado una nueva tendencia.” La demanda de drogas ha sido estimulada por la proximidad a los centros de producción y sirve, en muchos casos, para mantener mercados locales de consumo que financian las infraestructuras del contrabando con destino a mercados mayores. Aunque no hay suficiente información, se tiene la impresión de que el consumo está incrementándose, especialmente de sustancias sintéticas en el consumo de drogas ilícitas (45) , esto se refleja en las tendencias del consumo de drogas de abuso se ha aumentado en América Latina, cambiando los patrones de consumo en los diferentes países de Latino América (46).

4.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La búsqueda biblio-hemerográfica, se situó sobre investigaciones en América Latina y el Caribe, asociando las nuevas tendencias del consumo de drogas de abuso, los impactos en la salud que esto genera y América Latina. Este estudio se ubicó en América Latina y el Caribe, teniendo en cuenta que es lugar donde

se encuentran las fuentes primarias y secundarias para la recolección de la información.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Las unidades de análisis fueron artículos científicos productos de investigaciones, informes de observatorios de drogas de América Latina y el Caribe, e informes mundiales de la ONU y OEA en el tema de las tendencias del consumo de drogas y los impactos que esto generan en población latinoamericana publicados en revistas contenidas en bases de datos electrónicas, PubMed (www.pubmed.com), Scientific Electronic Library Online (Scielo; <http://scielo.org>); bases de datos referenciales como Isi Web of Knowledge (www.isiknowledge.com), Scopus(www.scopus.com), y bases de datos en texto completo como, ScienceDirect (www.sciencedirect.com), EBSCOHOSTWEB (Academic Search Complete, Fuente Académica Premier, Alt Health Watch) y Ovid , el periodo de 2006 a 2010.

En este estudio descriptivo mediante análisis de documentos se procedió a buscar y extraer todos aquellos artículos de carácter teórico o empírico cuyo título indicara el abordaje de las tendencias del consumo de drogas y los impactos que esto genera en la salud de los individuos de América Latina, la búsqueda y cuyo resumen confirmara dicho contenido. Se analizaron y compararon los artículos seleccionados con base en variables: número y proporción de artículos sobre drogodependencias y abuso de sustancias por cada base de datos , excluyendo los artículos que se encuentre repetidos y seleccionando solo aquellos que cumplan con los criterios de búsqueda y que cumplan con los objetivos del estudio durante el periodo 2006-2010; el tipo de metodología empleada en el estudio; el tipo de muestra utilizada en cada estudio; tipo de droga estudiada y, por último, los aspectos centrales encontrados.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO.

Los estudios podían ser Revisiones sistemáticas de la literatura, Estudios de Intervención y observacionales y guías de práctica clínica basadas en evidencia publicada desde el año 2006 al año 2010 en idioma inglés, español o portugués. Los estudios tienen como criterio de inclusión, artículos, revisiones bibliográficas, revisiones de libros, meta-análisis, artículos científicos que mencionen consumo de drogas y daños en la salud, tendencias del consumo de drogas en América Latina.

4.6 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.

Para recopilar la información, la primera estrategia realizar una búsqueda a través de los observatorios de drogas de América Latina. Para búsqueda de artículos y literatura especializada en el tema se recurrió a bases de datos bibliográficas , se realizó una búsqueda avanzada en las bases de datos de la biblioteca de la universidad (libros, revistas, tesis) teniendo como criterios de búsqueda el término drogas de abuso AND América Latina and Caribbean en español o substances abuse OR drug abuse AND latin america en inglés e health impact AND impactos en la salud , publicados desde 2006; de acuerdo a estos datos, se obtuvo gran cantidad de artículos los cuales trataban el tema de consumo de drogas AND América Latina , se realizó una búsqueda por cada sustancia psicoactiva , verificando que dentro de la búsqueda por términos MeSH que arrojará el mismo resultado o que incluyera los que se hicieron en la búsqueda

general. Se realizaron las búsquedas a través de las bases de datos, Ovid, PubMed, Scielo, Springer, EbscoHost, Isi Web Of Knowledge, Sciencedirect, Scopus y Ovid. Los resultados se almacenaron en el manejador de referencias EDNOTE, con el fin de eliminar las referencias duplicadas, ya que algunas bases de datos contienen las mismas revistas, pero con periodos de embargos diferentes. Además que se tomaron dos bases de datos referenciales como fue, Isi Web of Knowledge y Scopus.

Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las siguientes palabras claves o términos de búsqueda y se combinaron entre sí para obtener más información:

Para la base de datos PubMed se registro al siguiente búsqueda:

- Drug abuse (336041Articles)
- Drug abuse se limito por los últimos 5 años (56803 articles)
- Drug abuse AND latin america (248 Articles); limitado por 5 años
- Drug abuse AND latin america (78 article); limitado por 5años
- Drug abuse AND Disorders AND latin America, se obtuvieron 49 resultados.

El termino MeSH: substance-related disorders AND latin america, se obtuvieron 79 artículos y se filtro por los últimos 5 años, obteniéndose un total de 49 artículos.

Términos MeSH utilizados en la búsqueda.

("substance-related disorders"[MeSH Terms] OR ("substance-related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "substance-

- Drug abuse (242765Articles)
- Drug abuse se limito por los últimos 5 años (68751 articles)
- Drug abuse AND latin america (337 Articles); limitado por 5años
- Illicit drugs use AND Latin America NOT VIOLENCE NOT TRAFICC NOT ECONOMIC (59 article); limitado por 5años

- Drug abuse AND Disorders AND latin America, se obtuvieron 59 resultados.

El termino MeSH: substance-related disorders AND latin america, se obtuvieron 79 artículos y se filtro por los últimos 5 años, obteniéndose un total de 49 artículos.

Terminos MeSH utilizados en la búsqueda.

("substance-related disorders"[MeSH Terms] OR ("substance-related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "substance.

Tabla N° 12. Descriptores utilizando para la búsqueda sistemática

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLES	
Son los términos que definen los temas que identifican el contenido.	
ESPAÑOL	INGLES
Drogas de abuso	Drug abuse
Drogas de abuso	Streets drugs
Tendencias	Trends
América Latina	Latin america
Trastornos relacionados anfetaminas	Amphetamine-Related Disorders
Consumo de inhalantes (goma de zapato)	Inhalant Abuse OR glue sniffing
Consumo de fenciclidina	Phencyclidine Abuse
Trastornos relacionados	Alcohol-Induced Disorders
Trastornos relacionados con fenciclidina	Phencyclidine Abuse

Tabla N° 12. Descriptores utilizando para la búsqueda sistemática

4.7 Resultados de la búsqueda en las bases de datos

Descriptores o términos MeSH utilizados en la revisión sistemática

Búsqueda Inicial en las bases de datos seleccionadas

Tabla 12.

Nombre de la base de datos	Artículos	Artículos de revisión	Revisión de Libros	Conferencia o Congreso	Editoriales
PubMed	41	0	0	0	0
Isi Web of Knowledge	10	3	0	0	0
Scielo	228	3	0	0	0
Sciencedirect	27	0	3	0	0
Scopus	28	12	0	1	1
Ebsco	24	0	0	0	0
Ovid	261	2	0	0	0
Total	619	21	9	1	1

Número de artículos por bases de datos

Base de datos Scielo	Tipo de estudio	Total
	Descriptivo	26
	Revision de Literatura	7
Scielo	Estudio de casos	3
	Estudios de casos y Controles	2
	Estudios Experimentales	2
	Reseña de Libro	1
		41

Tabla 13. Tipo de estudios ubicados en la base de datos Scielo

Base de datos Scielo	Año de publicación	Total
Scielo	2006	9
	2007	4
	2008	10
	2009	10
	2010	8
	Total	41

De acuerdo con los criterios de búsqueda dentro de la base de datos Scielo y analizando cada artículo se determino a qué tipo de estudio fue realizado.

Utilizando los términos MeSH Termino MeSH [Drug abuse] con límite periodos entre 2006 y 2010 con artículos, resultado: 228 duplicados: 30 total: 198 incluidos: 41 excluidos: 157

Base de datos Scopus	Tipo de estudio	Total
Scopus	Descriptivo	5
	Revisión de Literatura	3
	Estudio de casos	0
	Estudios de cohorte	2
	Estudios Transversal	2
	Sección de libro	0
	Estudio Experimental	0
	Total	12

Tabla 14. Tipos de estudio base de datos Scopus

Base de datos Scopus	Año de publicación	Total
Scopus	2006	2
	2007	3
	2008	2
	2009	1
	2010	4
	Total	12

Tabla 15. Referencias por año base de datos Scopus

Base de datos Scopus	País de publicación	Total
Scopus	Cuba	1
	Brasil	2
	México	2
	Guatemala	1
	América Latina	2
	Colombia	3
	Salvador	1
	Total	12

Tabla 16. Referencias ubicadas base de datos Scopus, por país

Resultado de la Búsqueda en la Base de datos Isi Web of Knowledge.

Base de datos Isi Web of Knowledge	Tipo de estudio	Total
Isi Web of Knowledge	Descriptivo	15
	Revisión de Literatura	6
	Estudio de casos	2
	Estudios de cohorte	2
	Estudios Transversal	3
	Sección de libro	1
	Estudio Experimental	1

	Total	30
--	--------------	-----------

Tabla 18. Referencias por tipo de estudio base de datos Isi Web of Knowledge

Base de Isi Web of Knowledge	Año de publicación	Total
Isi Web of Knowledge	2006	8
	2007	4
	2008	5
	2009	8
	2010	5
	Total	30

Referencias ubicadas base de datos Isi Web of Knowledge, por país

Referencias ubicadas base de datos Isi Web of Knowledge, país de publicación

Base de datos Isi Web of Knowledge	País de publicación	Total
Isi Web of Knowledge	Argentina	1
	Brasil	1
	México	21
	Colombia	2
	América latina	3
	Venezuela	1
	Republica Dominicana.	1
	Total	30

Base de datos Sciencedirect	Tipo de estudio	Total

ScienceDirect	Descriptivo	5
	Revisión de Literatura	2
	Estudio de casos	0
	Estudios de casos y Controles	1
	Estudios Experimentales	3
	Reseña de Libro	1
		12

Tabla 20. Referencias por tipo de estudio base de datos Base de datos Sciencedirect

Referencias por año de publicación tipo base de datos Sciencedirect.

Base de datos Sciencedirect	Año de publicación	
Sciencedirect	2006	5
	2007	5
	2008	3
	2009	1
	2010	5
	Total	19

Referencias por país de publicación tipo base de datos Sciencedirect

Base de datos Sciencedirect	País de publicación	Total
Sciencedirect	Argentina	0
	Brasil	7
	Chile	2
	México	6
	Colombia	2
	Perú	2
	Total	19

Base de datos ESCO	Tipo de estudio	Total
EBSCO	Descriptivo	5
	Revisión de Literatura	1
	Estudio de casos	2
	Estudios de casos y Controles	2
	Estudios Experimentales	0
	Reseña de Libro	0
Total		10

Tabla 21. Referencias por tipo de estudio base de datos EBSCO

Referencias por país base de datos EBSCO

Base de datos Ebsco	País de publicación	Total
EBSCO	Argentina	0
	Brasil	5
	Chile	0
	México	1
	Colombia	0
	Guatemala	1
	América Latina y el Caribe	3
	Total	10

Base de datos	Tipo de estudio	Total
Ovid	Descriptivo	58
	Revisión de Literatura	12
	Estudio de casos	10
	Estudios de casos y Controles	9
	Estudios Experimentales	2
	Reseña de Libro	
		91

Tabla 22. Referencias por tipo de estudio base de datos Ovid.

Referencias por año de publicación base de datos Ovid.

Base de datos Ovid	Año de publicación	Total
Ovid	2006	2
	2007	9
	2008	21
	2009	31
	2010	28
	Total	91

Base de datos Ovid	País de publicación	Total
Ovid	América Latina	3
	Argentina	4
	Brasil	43
	Chile	14
	Colombia	4
	Costa Rica	1
	Ecuador	1
	Honduras	1
	México	13
	Nicaragua	1
	Perú	4
	Puerto Rico	1
San Salvador	1	
	Total	91

Tabla 22. Tabla 23. Referencias por país base de datos Ovid.

Referencias por tipo de estudio base de datos PubMed.

Base de datos	Tipo de estudio	Total
PubMed	Descriptivo	5
	Revisión de Literatura	2
	Estudio de casos	1
	Estudios de casos y Controles	1
	Estudios Experimentales	
	Reseña de Libro	2
		11

Referencias por año base de datos PubMed.

Base de datos	Año de publicación	Total
PubMed	2006	
	2007	2
	2008	2
	2009	3
	2010	4
	Total	11

Referencias por país de publicación base de datos PubMed.

Base de datos PubMed	País de publicación	Total
PubMed	Argentina	1
	Brasil	1
	Chile	1
	México	1
	Colombia	
	Venezuela	1
	América Latina y el Caribe	4
	Perú	1
	Bolivia	1
	Total	11

Base de datos	Total de artículos
Scielo	41
Isi Web of Knowledge	30
Scopus	12
Sciencedirect	19
Ebsco	10
Ovid	91
PubMed	11
Total	214

Tabla 23. Total de artículos por base de datos

De la búsqueda y utilizando los términos MeSH, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se realizó una nueva revisión para depurar los artículos duplicados en las diferentes bases de datos, observando que las bases de datos de PubMed contiene muchos de los artículos de en las diferentes bases de datos.

Después de haber ubicado 214 artículos, los cuales correspondieron al número total de artículos identificados; se procedió a leer el Abstract o resumen de cada artículo. Si el objetivo estaba relacionado con las tendencias del consumo de drogas de abuso y si se mencionaban los impactos en la salud , posterior a la lectura del resumen ó Abstract, fueron seleccionados los 214 artículos porque dentro del resumen estaban incluidos las tendencias y los impactos que generan el consumo de las drogas de abuso; los 405 artículos restantes fueron excluidos del estudio, se realizó la lectura de las tendencias del consumo de drogas de abuso por tipo de droga, edad de consumo, género de acuerdo con los 5 informes de la ONU, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, OEA y los documentos de los diferentes observatorio de drogas en América Latina.

Después de haber tenido seleccionados los artículos, se utilizaron estrategias para acceder al texto completo, las cuales comprendieron solicitud de texto completo en la biblioteca de la universidad o comunicación directa con el autor del estudio por medio del correo electrónico.

4.7 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS

Para la evaluación crítica de la calidad de los estudios incluidos se utilizaron guías especializadas que han creado investigadores para la evaluación de los estudios de acuerdo al tipo de diseño y que permiten evaluar la validez de los resultados encontrados, los cuales debían cumplir con los requisitos básicos para su confiabilidad y validez.

4.8 EXTRACCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información extraída de los artículos fue registrada en dos tipos de Fichas: una Ficha Descriptiva que incluía las características más relevantes de los estudios: título, resumen, autores, publicación, idioma, año y tipo de estudio, descripción del contenido con especial énfasis en aquellos artículos o estudios relacionados estrechamente con las tendencias de uso de drogas de abuso y los impactos que esto genera. Selección y número; intervención de cuidado con énfasis en los cambios de posición, intervención con la que se comparó y resultados encontrados en relación con las úlceras. Y una Ficha Analítica con las respuestas a las preguntas del instrumento utilizado para el juzgamiento crítico de los artículos



Registros identificados a través de las búsquedas en base de datos
--

(n=619)

Número de registros ubicados en otros recursos (n = 5)

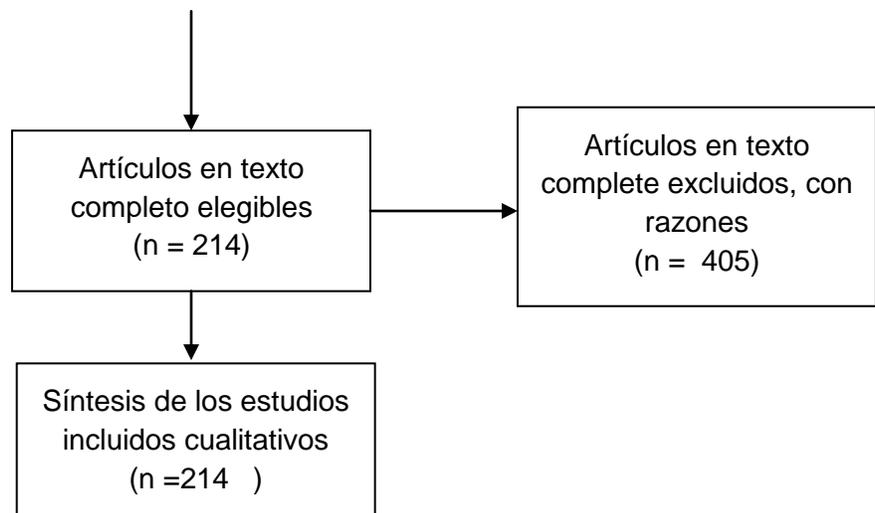


Diagrama 1. Diagrama de la búsqueda y selección de los artículos

3. TENDENCIAS DEL CONSUMO EN AMÉRICA LATINA

3.1 Tendencias del consumo en Argentina

En América Latina, específicamente en Zona Sur Metropolitana de Buenos Aires sobre el uso de drogas, conductas sexuales se realizó un estudio por (47) determinando la asociación entre una escala jerárquica de los riesgos del consumo de drogas inyectables y los riesgos con los comportamientos sexuales, mediante este estudio se determinó que el consumo de drogas inyectables está fuertemente relacionado con el riesgo del comportamiento sexual, este estudio es adaptado de estudios anteriores en la ciudad de Nueva York. Esto apoya la idea de que estas medidas pueden tener un grado de aplicabilidad transcultural.

3.1.1 Consumo de drogas jóvenes Argentina

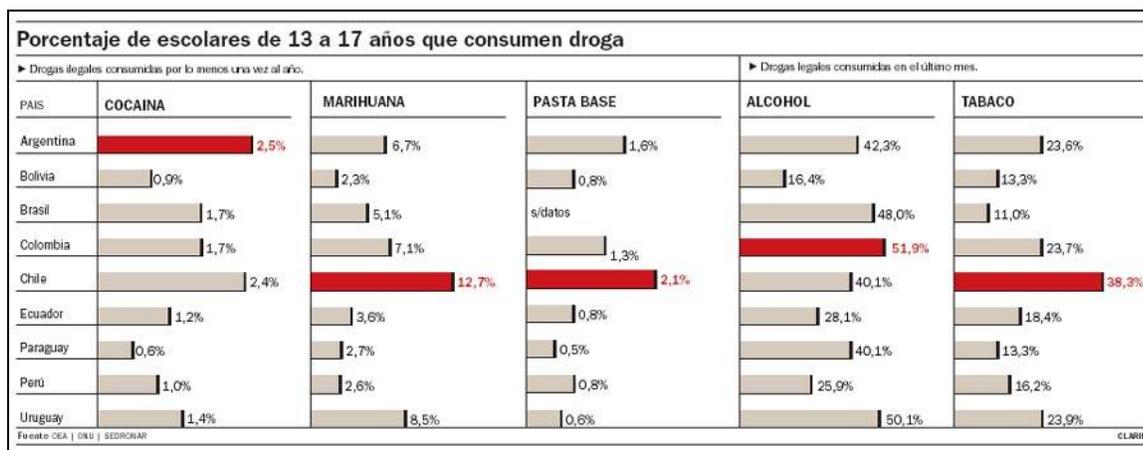
En América Latina (48) Argentina es el segundo mayor mercado de la cocaína en América del Sur (aproximadamente 640.000 personas en 2006). Términos relativos, los resultados de la encuesta de hogares 2006 sugieren que la Argentina tiene la mayor tasa de prevalencia anual del consumo de cocaína (2,6% de la población en edad de 12 a 65) en América del Sur y la segunda más alta en las Américas. Durante el período 1999-2006, la tasa de prevalencia anual pasó del 1,9% al 2,6%. Además, el 0,5% de la población 12-65 años admitió haber usado "pasta base" (pasta de coca) en 2006.

Mediante un estudio realizado por (46) en la ciudad de Córdoba, Argentina en estudiantes de secundaria se relacionó las variables socio demográficas y consumo de drogas determinando, que el consumo de alcohol resultó ser más frecuente entre los varones. De los sujetos 12.2% había probado algún tipo de sustancia ilícita. El consumo de drogas aumenta con la edad, años de escolaridad

y la disponibilidad de dinero. Nuestra detección de una situación epidemiológica se considera útil para las estrategias de prevención de la drogadicción entre los adolescentes

De acuerdo con el informe de la OEA, y a través del observatorio de drogas argentino CEDRONAR, Estudios nacionales se advirtió de que a principios de año, y mediante el Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de Argentina (62.700 alumnos de colegios privados y públicos de todo el país) arrojó que el 3,5% de los estudiantes había

Tabla 24. Porcentaje de escolares de 13 a 17 años que consumen droga.



Fuente: ONU, OEA, CEDRONAR

Consumido cocaína alguna vez en su vida, cifra que alumbraba un aumento del 170% en apenas cuatro años. Y las noticias respecto al uso de pasta base (el famoso "paco") eran aún peores: la prevalencia había aumentado de 0,7% a 2,6%, reflejando un incremento superior al 200%.

3.2 Perfil de consumo de drogas de abuso en Argentina

En un perfil de consumo de cocaína, cannabis y opiáceos en el laboratorio toxicológico CENATOXA en un periodo de 1995-2006 (n= 529 casos positivos) (49) . Se encontró en 477 casos (90,17%) se encontró un único agente y en 52 casos (9,83%) se detectaron dos (cocaína y THC). De las drogas ilegales investigadas, el THC fue la más extensamente utilizada (50,66%). El rango de edades con resultados positivos estuvo comprendido entre 12 y 65 años, con una media de 23,6 años. El consumo fue significativamente mayor en el sexo masculino (62%) respecto del sexo femenino. Sin embargo, se observó que el patrón de consumo de THC o Cocaína entre la segunda y tercera década de vida fue similar en ambos sexos. Los casos de consumo de opiáceos constituyeron el 2,08%, siendo mayor en el sexo masculino (62,5%) para el rango de edades superiores a 21 años. El 81% de la población estudiada entre los 11 y 30 años utilizó THC y/o Cocaína, bajo la modalidad de monoconsumo o combinados entre sí.

3.3 Salud sexual y consumo de drogas Argentina

En un estudio realizado por (50), evaluó la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) – y *Tripanosoma cruzi* con co-infección en un centro de salud de Buenos Aires (Argentina). Se observó mediante un análisis retrospectivo de las historias clínicas de 602 pacientes infectados por el VIH que el 51,3% de los pacientes fueron evaluados en relación con *T. cruzi*. La prevalencia global de co-infección fue del 4,2%, siendo más frecuente entre usuarios de drogas inyectables (UDI; 8,9% vs 2,6%, $p < 0,05$). La indicación de prueba para *T. cruzi* debe hacerse hincapié en los pacientes infectados por el VIH, especialmente en aquellos centros en los UDI son asistidos.

4.1 Tendencias del consumo en Brasil

4.1.1 Consumo de drogas Brasil

En estudios realizados por Sena (51), entre escolares en la región metropolitana de Recife, estado de Pernambuco, Brasil. Con objetivo de investigar los comportamientos de riesgo para la salud de los adolescentes infractores en una institución de educación social en la ciudad, concluyo que: la mayoría de los jóvenes delincuentes habían fumado cigarrillos (87,6%) y alcohol que se consume (64,7%). La mayoría reportó haber olido inhalantes (68,9%), y 81,3% había fumado marihuana. La gran mayoría (95,4%) reportaron haber sido iniciadas sexualmente más, después de haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja. Los delincuentes juveniles mostraron altas tasas de distintas conductas de riesgo para la salud de acuerdo con el consumo de drogas.

En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico describe el hecho de que Brasil tiene el segundo más grande mercado de cocaína, con aproximadamente 870 000 usuarios de América del Sur, las encuestas de hogares realizadas por el gobierno encontró que la prevalencia anual de uso de al menos una vez al año pasó de 0,4% de la población entre 12 y 65 años en 2001 a 0,7% en 2005. El Sudeste y Sur Brasil son las zonas más afectadas por la cocaína, y por lo tanto la disponibilidad y el tráfico de esta droga es mayor en estas regiones (52). En cuanto a la prevalencia del consumo de drogas entre los estudiantes de escuelas secundarias públicas en el Municipio de San José Rio Preto, São Paulo, Brasil las tasas de consumo en la vida de alcohol y tabaco están en la media nacional y son inferiores a los índices de Ribeirão Preto, São Paulo, Pelotas y Rio Grande del sur. Cuando observamos las tasas para el consumo de marihuana en San José del Río Preto el consumo en la vida superó la media nacional y las ciudades

de Ribeirão Preto, Cuiabá, Mato Grosso do Sul, Assis, Pelotas y São Paulo. El consumo de cocaína, los inhalantes y los alucinógenos es generalmente mayor en San José do Rio Preto, con la excepción de los inhalantes en Ribeirão Preto y la cocaína en Ribeirão Preto y Pelotas, con tasas respectivamente muy superiores y similares. Sin embargo, cuando nos fuimos para el uso en el mes el consumo de inhalantes es casi igual en San José do Rio Preto (3,4%) y de Ribeirão Preto (3,3%) Estos resultados muestran una situación preocupante en San José del Rio Preto a pesar de que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y las tasas son similares a las mostradas en otros lugares y aun inferior. El consumo de drogas ilícitas en general es superior al encontrado en otros estudios (53) . En un estudio sobre la influencia de la depresión y efectos adversos, experiencias en la dependencia de drogas ilícitas: estudio de casos y controles se encontró que la edad media de la primera experiencia con drogas ilegales fue de $14,6 \pm 2,9$ años para el cannabis, el $15,5 \pm 4,6$ años para los inhalantes, y $18,8 \pm 5,3$ años para la cocaína, mientras que el inicio de la depresión se produjo en la con una edad media de $22,4 \pm 1,1$ años (54). En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico ($n=30$) menores de 12 años, el 10% ($n = 3$) de los sujetos, reportaron que iniciaron el consumo de drogas utilizando el alcohol como la primera droga y el 6% ($n = 2$) informó que el inicio fue por el tabaquismo. Las edades comprendidas entre 13 y 19 años el 48% ($n = 14$) informaron haber usado el alcohol como la primera droga. Entre el 20 y 35 años, 10% ($n = 3$) empezó con el alcohol, y entró entre los 35 y 55, 3% ($n = 1$) el uso de alcohol como la primera droga menciona (52). Un estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, entre edades de 9-14 años, con estrato socioeconómico medio, medio-bajo y bajo a través de la metodología de pares ($n= 234$) Respecto del consumo de alcohol, se encontró una edad de inicio al consumo promedio de 11,3 años ($\pm 1,8$ años), una cantidad media de consumo de 3,2 vasos/semana y una frecuencia media de consumo de 1,8 veces/semana. La edad de inicio fue similar en ambos géneros ($11,2 \pm 1,3$ años

y $11,4 \pm 2,3$ años), mientras que la cantidad y la frecuencia de consumo fueron mayores en el sexo masculino (3,4 v/s 3 vasos/semana y 1,9 v/s 1,6 veces/semana), pero sin ser significativa. Al comparar las características de consumo de tabaco y alcohol entre quienes consumen drogas ilícitas y quienes no, se observó que los consumidores de drogas ilícitas presentaban una edad de inicio al consumo significativamente menor tanto para tabaco (9,2 v/s 11,4) como para el alcohol (10,1 v/s 11,6 años). Además presentaron una mayor magnitud de consumo de tabaco (6 v/s 3,8 cigarrillos/semana) y una mayor frecuencia de consumo de alcohol (2,4 v/s 1,5 veces/semana), pero sin alcanzar significancia estadística (55).

4.1.2 Consumo de drogas por género Brasil.

En un estudio sobre la influencia de la depresión y efectos adversos, experiencias en la dependencia de drogas ilícitas: estudio de casos y controles se encontró que ser hombre resultó ser un factor de riesgo (54). En una investigación sobre los factores asociados con el abuso de drogas en una muestra clínica de 40 personas, atendidos en un servicio de psicología se observó que hubo un abuso de alcohol más alto entre los hombres (25,9%, $n = 7$) que entre las mujeres (22,2% $n = 2$) (56). En un estudio sobre la prevalencia de la dependencia al alcohol y factores asociados a estudios de base poblacional encuesta de hogares encontró que la prevalencia es mayor entre los hombres que entre las mujeres (57). Un estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, entre edades de 9-14 años, con estrato socioeconómico medio, medio-bajo y bajo a través de la metodología de pares ($n = 234$) al analizar dichas variables según género, se observó que los hombres se inician más precozmente (10,9 v/s 11,1 años) y que fuman mayor cantidad de cigarrillos (5,5 v/s 3,5 cigarrillos/semana) y con mayor frecuencia que las niñas

(3,4v/s 2,9 veces/semana), sin embargo ninguna de estas diferencias alcanzó significación estadística (55).

4.1.3 Situación laboral y consumo de drogas en Brasil

En un estudio de casos y controles se encontró que el "No trabajar o estudiar" y el "Desempleado" presento una probabilidad cinco veces mayor de dependencia de drogas ilícitas. (54). En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico (n=30) señala que el 50% (n = 15) tenía empleo formal y que estaban trabajando antes de ser trasladado al hospital de URA, y sólo el 7% (N = 2) estaban desempleados. Preguntado sobre el impacto de las drogas en su vida profesional, la mayoría, el 77% (n = 23), dijo que perdió el empleo al menos una vez debido al abuso de sustancias de abuso. Los consumidores de drogas sufren pérdidas del orden física y psíquico (52).

4.1.4 Tabaco y Jóvenes Brasil

El artículo describe la prevalencia de exposición al tabaco entre los adolescentes en la Escuela Nacional de Adolescentes. La Encuesta de la Salud (Pense) que investiga los factores socio-demográficos y de comportamiento asociados con el tabaquismo. El perfil del fumador actual se define aquel que ha fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días. Las características socio-demográficas estudiadas fueron edad, sexo, raza / color de la piel, educación de la madre, el índice de activos del hogar y la escuela (pública o privada). Los comportamientos de riesgo y de protección incluidos fueron el alcohol y la experimentación de drogas, relaciones sexuales, el consumo de por lo menos un vaso de alcohol en los últimos 30 días y realizar o estar dispuesto a realizar actividad física casi todos los días de la semana. (58) La prevalencia de fumadores actuales fue de 6,3% y se asoció positivamente con la edad avanzada, baja educación de la madre, el color de piel morena, estudio en la escuela pública y la presencia de todos los riesgos y de protección comportamientos estudiados. En el análisis

multivariado, el tabaco se mantuvo asociado con la edad y los comportamientos de riesgo. Para realizar o estar dispuesto a realizar la actividad física se relaciona inversamente con el tabaquismo. La coexistencia de conductas de riesgo también está presente en la adolescencia, lo que sugiere que las políticas de promoción de la salud de la adolescencia puede tener un impacto más amplio, incluyendo el consumo de tabaco (58).

4.1.5 Consumo de alcohol Brasil

Este estudio analizó el alcohol, el tabaco y otras drogas (y sus factores asociados) por alumnos de séptimo grado en las escuelas municipales en la ciudad de Gravataí, Río Grande do Sul, Brasil. Una encuesta escolar de corte transversal se llevó a cabo en una muestra aleatoria representativa de 1170 alumnos de séptimo grado de las escuelas municipales. El modelo bivariado de regresión de Cox, modificación de los estudios de corte transversal, se utilizó para evaluar las asociaciones entre los factores y resultados específicos. Las tasas de prevalencia para el consumo de por vida de alcohol, tabaco y otras drogas fueron 60,7%, 16,9% y 2,4%, respectivamente. Las tasas de consumo en los últimos 30 días fueron: el alcohol, el 33%, el tabaco, el 4,4%, y otras drogas, el 0,6%. El estudio mostró una asociación con el uso de sustancias por parte de la familia y amigos. La prevalencia de consumo de tabaco y alcohol durante los últimos 30 días se asoció con los sentimientos de tristeza, soledad, insomnio, y la ideación suicida. El uso de otras drogas se asoció con la soledad y la ideación suicida (59).

4.1.6 Brasil y tendencias del consumo de drogas psicotrópicas

CEBRID (Brazilian Center of Information on Psychotropic Drugs) (46), llevó a cabo dos encuestas de hogares sobre consumo de drogas en Brasil, la primera en 2001 y la segunda en 2005, lo que permite a los investigadores, por primera vez, para tener una comparación línea de tiempo con este tipo de metodología. Los datos sobre la prevalencia de uso en la vida de las drogas psicotrópicas mostró que había un incremento significativo sólo en el número de personas que habían hecho uso en la vida de las sustancias psicotrópicas (incluyendo tabaco y alcohol). En 2001, el 19,4% de los entrevistados declararon haber utilizado algún tipo de droga, y el ranking de uso en la vida de drogas en 2004 fue de 22,8%, un aumento estadísticamente significativo. También hubo un aumento estadísticamente significativo en el uso en la vida de alcohol y tabaco en la comparación entre las dos encuestas.

5. TENDENCIAS POR TIPO DE SUSTANCIA CONSUMIDA

5.1 Brasil

Mediante un estudio, del tipo descriptivo y trasversal, desarrollado el municipio de Maringá - Paraná, a partir de datos del Centro de Control de Intoxicaciones (CCI), ubicado en el Hospital Universitario Regional de Maringá (HUM). Se llevo a cabo un programa de vigilancia epidemiológica centinela a partir de jóvenes internados, diagnosticados por intoxicación aguda o efectos secundarios decurrentes del uso de drogas de abuso, la población en estudio fueron jóvenes, en la franja de edad de 10 a 24 años en el año 2006 . Se determino mediante el estudio el inicio precoz de uso de drogas de abuso (100%); la utilización asociado y concomitante de varias drogas de abuso (59 policonsumo) (60%); la evasión escolar (60%) y expulsión de la escuela (20%); el embarazo precoz en todas las jóvenes y el elevado numero de hijos para la edad en una de ellas; las "fugas" constantes del hogar (40%); la necesidad de vínculos afectivos familiares(50%); y la violencia como factor desencadenante . Los autores (59) indican que existen

antecedentes de riesgo para el uso de drogas de abuso, en la familia (80%), en la escuela (60%), en el medio social (80%), y en la asistencia a la salud (50%). El análisis de los casos parece demostrar que la visión restricta del problema al contexto familiar o a las características individuales de los jóvenes es limitada. La mayoría de las causas subyacentes a las causas proximales referidas por las familias se relaciona a la ausencia o a la precariedad de políticas públicas. Delante de esa contextualización, elaboramos un modelo de síntesis de las causas subyacentes, codificadas en contexto familiar, cultura/estilo de vida, educación religión, atención a la salud, asistencia social, economía, y seguridad pública.

SÍNTOMAS	Manifestaciones	# CASOS
Neurológicos	Inquietud, somnolencia, , confusión mental, y vértigo	69
Cardiovasculares	taquicardia,	8
Casos de trauma		14
Gastrointestinales	Nausea, vómitos	

Tabla 25. Manifestaciones más frecuentes por abuso de drogas Fuente (60)

Se observa que el crack, con 24.7 % seguido de la cocaína 13:0% y el thiner 10.3% son la drogas que más consumen, de la población estudio ((60).

En un estudio sobre la influencia de la depresión y efectos adversos, experiencias en la dependencia de drogas ilícitas: estudio de casos y controles se encontró en el grupo de casos (n=137), la prevalencia de dependencia fue del 80,3% para el cannabis, 82,5% para la cocaína y el 27% de los inhalantes. Entre Los individuos con dependencia de drogas, el 31% eran adictos a una sola sustancia, el 49% a 2 sustancias, y el 20% eran dependientes de cannabis, cocaína e inhalantes. La duración media del consumo de drogas tenía 11 años para los dependientes de cannabis, 8 años para la cocaína, y 7 años para los inhalantes. La mayoría de los casos habían consumido cannabis (82,4%) o cocaína (80%) en los últimos 30 días, el uso de inhalantes en el mes pasado fue de 43% de los casos. La mediana del tiempo desde el último uso fue de 3 días para el cannabis, la cocaína durante cuatro días y 30 días para los inhalantes (54).

.En una investigación sobre los factores asociados con el abuso de drogas en una muestra clínica de 40 personas, atendidos en un servicio de psicología se observó en cuanto a los perfiles de consumo de SPA se ha identificado patrón de uso excesivo de tabaco en un 22,5% (n = 9) y patrón de abuso de alcohol en el 35% (n = 14) de los participantes, además que las personas que tenían mayor expectativas en relación positiva con el alcohol, de uso ocasional (36,4%) y abusivo (63,6%), superior en comparación a los que los que tienen expectativas positivas bajas (80% de uso de vez en cuando y el 20%, abusivo). Este hallazgo está en consonancia con la literatura, indica que los individuos con más expectativas en relación con los efectos del alcohol son más propensos ser o se convertirá en adictos al alcohol (56).

.En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital

psiquiátrico (n=30) cuando se le preguntó en cuanto al tipo de medicamentos que ya han consumido en el curso de sus vidas, informó: 87% (n = 26) el alcohol, el 83% (n = 21) la marihuana, el 73% (n = 22) crack, 70% (n = 21) de cocaína, el 60% (N = 18) el tabaco, el 30% (n = 9) el éxtasis, y 67% (n = 20) otras drogas como el LSD, el té de hongos, remache, la heroína, tinner y medicinas. Parece que el mayor consumo de de drogas legales es el alcohol, seguido por el tabaco, y el grupo de drogas ilícitas, la marihuana, el crack y la cocaína siguen siendo las drogas de consumo más frecuentes. El alcohol es el que representa mayor consumo de drogas a nivel legal y es la puerta de entrada para el ingreso de otras drogas. El alcohol y el tabaco, son drogas legales que pueden ser obtenidas y utilizarse con mayor facilidad. Debido a que estas drogas causan daños físicos y psicológicos de una manera muy lenta, es común encontrar adictos que los utilizan por 20-30 años. Por otra parte, la cocaína y el crack son las drogas ilegales con una mayor dificultad en la obtención y el consumo, ataque a un más violento del usuario por lo tanto; es menos probable que encuentre alguien que los consume por un largo período de tiempo. Normalmente los que abusan de estas sustancias presentan comorbilidades graves o mueren debido a la utilización excesiva (52). En un estudio sobre la prevalencia de la dependencia al alcohol y factores asociados a estudios de base poblacional encuesta de hogares encontró que el uso de tranquilizantes no se asoció con el abuso de alcohol / dependencia, pero una fuerte asociación se encontró con el uso de drogas (57). Un estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, entre edades de 9-14 años, con estrato socioeconómico medio, medio-bajo y bajo a través de la metodología de pares (n= 234) El consumo reciente de tabaco fue 19,5%, de alcohol 17,7%, y drogas lícitas 28,8%, sin diferencias significativas según sexo en ninguno de dichos grupos. El consumo actual de tabaco fue 10,6%, de alcohol 7,9% y drogas lícitas fue 14,7%. El consumo de

tabaco fue mayor en las mujeres (13% v/s 7,7%), pero sin ser significativo, mientras que el consumo de alcohol fue significativamente mayor en los varones (11,4% v/s 4,9%) Al caracterizar el consumo de tabaco, se observó una edad de inicio al consumo promedio de 11 años (\pm 1,5 años), una cantidad media de consumo equivalente a 4,3 cigarillos/semana y una frecuencia media de consumo de 3,1 veces/semana (55). Un estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, entre edades de 9-14 años, con estrato socioeconómico medio, medio-bajo y bajo a través de la metodología de pares se detectó una asociación entre el consumo reciente y actual de drogas legales y el consumo de drogas ilegales de modo que el 100% de los escolares que consume drogas ilegales consume además tabaco o alcohol mientras que en el grupo de escolares que no consume drogas ilegales solo 25,7% consume tabaco o alcohol (55), En cuanto a la prevalencia del consumo de drogas entre los estudiantes de escuelas secundarias publicas en el Municipio de San José Rio Preto, São Paulo, Brasil (n= 1.035) la distribución de la sustancia psicoactivas, en cuanto a su uso en la vida, el alcohol es la droga de uso legal de mayor consumo, con un 77% y, a continuación es el tabaco con 28.7%. Los disolventes ocupan el primer uso de sustancias ilícitas, con un 18,1%, seguida por la marihuana (12,1%). La distribución de prevalencia de consumo (en la vida) por sexo se encontró que el consumo el alcohol, la marihuana, la cocaína y el crack son significativamente mayores para los hombres. El uso de tabaco, los disolventes y anfetaminas no difirió relación significativa con el género. A demás se encontró que el tabaco, la marihuana, cocaína y alucinógenos presentan un mayor consumo en horas de la noche. El consumo de disolventes mostró invertir la prevalencia, con un consumo más alto en el día. Por otra parte, en la noche, la marihuana se ha convertido en el mayor consumo de drogas ilícitas con el 18,6% en la vida, seguida por los solventes en 17,1%(53).

5.2 Abuso del consumo de bencidamina en Brasil, una droga de prescripción

Entre nuevas drogas de consumo está la bencidamina fármaco antiinflamatorio no esteroideo indicado para el tratamiento de estados inflamatorios, hinchazón edematosa de origen quirúrgico, traumático y coadyuvante del dolor muscular y articulares Sin embargo, el consumo de altas dosis de analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) lleva a la aparición de efectos anticolinérgicos, como delirios y alucinaciones que ha promovido su consumo no terapéuticos además, los resultados evidencian que este medicamento es una droga legal y fácil de obtener en farmacias, lo que posiblemente facilita su consumo inadecuado. Por otra parte, el precio es relativamente menor en comparación con las drogas ilícitas (61) .

En el período 2002 a 2005 se registraron 105 casos de intoxicación por clorhidrato de bencidamina.

5.3 Consumo de Drogas de Abuso y comorbilidades Brasil

En un estudio sobre la influencia de la depresión y efectos adversos, experiencias en la dependencia de drogas ilícitas: estudio de casos y controles se encontró que en un total de 80 personas dependientes de drogas ilegales (58,4%) estaban deprimidos, según los criterios del DSM-IV. En el grupo control, la depresión fue menos frecuente del 24,8% de los individuos. Las personas con dependencia de drogas, la depresión, se determinó qué comenzó antes. (54) En un estudio sobre Crack, consumo de cocaína y su relación con la violencia y el VIH de los 273 sujetos entrevistados, un 22% habían reportado enfermedades de

transmisión sexual. Cincuenta y tres por ciento (53%) se informa de la historia de la gonorrea, el 22% de la sífilis, y el 12% del Condiloma acuminado. Otras enfermedades de transmisión sexual, como la ladilla, Phthirus pubis, y la hepatitis, se informó en un 33% de los participantes. La prevalencia de infección por el VIH en esta muestra de usuarios de drogas fue del 6,6% (4,0 a 10,2). Esto debido a que antes del consumo de crack eran usuarios de drogas por vía parenteral, esto demuestra una asociación significativa entre drogas por vía parenteral y la infección por VIH. Condiloma acuminado y la gonorrea son las más estrechamente asociadas con la infección por VIH (62). En una investigación sobre los factores asociados con el abuso de drogas en una muestra clínica de 40 personas, atendidos en un servicio de psicología se observó que entre los participantes con síntomas de ansiedad clínicamente significativa (Puntuaciones ≥ 21), se observó que el 40% consumía drogas de abuso. Existe una asociación significativa fumadores con trastornos de ansiedad. Por lo tanto, las clases de trastornos de ansiedad también debe ser el centro de la atención de estos pacientes. Para relacionar la incidencia conjunta entre el tabaquismo y la ansiedad. A pesar que la literatura indica una fuerte evidencia de asociación entre los trastornos del hábito de fumar y depresión, esto no se observó entre los participantes del estudio. Se observó que los participantes que tenían altas expectativas positivas sobre el consumo de alcohol, usaron más el tabaco y entre los pacientes con mayores expectativas en cuanto al uso de alcohol tenían una mayor tasa de abuso el alcohol (63,6%, n = 7). Este hallazgo está de acuerdo con la literatura, lo que sugiere un fuerte vínculo entre fumar y trastornos de abuso y / o dependencia del alcohol. La prevalencia del alcoholismo en los fumadores es de aproximadamente de diez a 14 veces mayor en comparación con los no fumadores (56). En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico (n=30) muestra que el 37% (n = 11) de la muestra ya habían presentado algún trastorno mental antes del ingreso actual, de los cuales 10% (n = 3) informaron trastorno afectivo bipolar y el 27% (N = 8) algún rasgo de

depresión con diagnóstico médico establecido. Otro dato relevante que se encuentran en este estudio se refiere al 30% (n = 9) de los sujetos que tienen algún trastorno mental asociados con la dependencia química, han intentado suicidarse al menos una vez en su vida y la prevalencia más alta son los que tienen depresión. Cabe señalar que el trastorno mental en sí mismo es un factor de riesgo de suicidio, y cuando hay comorbilidad con dependencia de sustancias químicas, el riesgo es mayor. La sustancias psicoactivas exagera o predispone a las personas a cualquier otro tipo de trastorno mental, especialmente los relacionados con el humor y el afecto. El suicidio debe ser reconocido como una prioridad en salud pública, ya que se presenta entre las diez principales causas de muerte en todas las edades comprendido entre 15 a 35 años de edad. El abuso de alcohol y otras drogas es un factor predisponente para el intento de suicidio y la prevalencia de el suicidio es mayor en los consumidores de sustancias psicoactivas (52).

Escolaridad En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico (n=30) refiere que la droga llega a los diferentes niveles de educación el 7% (n = 2) de los encuestados son analfabetas, 30% (n = 9) poseen la educación básica completa, (N = 4) 14% tienen un curso superior completo (52).

Estado civil En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico (n=30) en cuanto al estado civil, el 56% (n = 17) eran solteros; 23% (n = 7) estaban casadas, 18% (n = 5) viven en pareja, y el 3% (n = 1) viudas. El 80% (n = 24) de la muestra han vivido con pareja, informó de que la separación fue directamente por la adicción a las drogas. Vivir con un adicto no es tarea fácil ya que es muy frecuentes las peleas en la familia como consecuencia los divorcios ya que el

usuario de drogas piensa en la mayoría de las veces egoístamente bajo la influencia de la droga y el pensamiento sólo se centra en el consumo de la sustancia a la que depende (52) .

Vida social y núcleo familiar. En un estudio sobre la influencia de la depresión y efectos adversos, experiencias en la dependencia de drogas ilícitas: estudio de casos y controles se encontró que tener padres o amigos que usaran drogas presenta una importante asociación con drogodependencia. Se encontró una relación entre las experiencias negativas vividas en la infancia con el grupo de dependientes refiriendo abuso físico, la historia de madres maltratadas o separación de los padres o tener contacto con usuarios de drogas a través de la familia. (54). En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico (n=30) su inicio con la droga, el 71% (n = 21) declaró que la droga estaba en la familia con el uso de alcohol y tabaco, y el 30% (n = 9) de los casos fue a través de amigos. También se encontró que el 70% (n = 21) de los dependientes tener alguien de la familia dependencia química (52). En una investigación sobre los factores asociados con el abuso de drogas en una muestra clínica de 40 personas, atendidos en un servicio de psicología se observó que las personas con expectativas positivas con relación a los efectos del alcohol (por ejemplo, la expectativa de que el alcohol aumenta la confianza en situaciones sociales o alivia la tensión) presentan dificultad para relacionarse con sus familiares u otras las personas y sentimientos negativos sobre sí mismos. (56). En una investigación sobre el perfil de los dependientes químicos atendidos en una unidad de rehabilitación de un hospital psiquiátrico refiere que con el abuso de sustancias psicoactivas, a menudo abandonan la escuela y el trabajo (grupo el riesgo: desempleo), generalmente responden a problemas legales o están involucrados en accidentes de tráfico, actos violentos y suicidio (52). En un estudio sobre la prevalencia de la dependencia al alcohol y factores asociados a estudios de base poblacional encuesta de hogares encontró que la prevalencia

fue significativamente mayor entre los hombres y las personas con ingresos que van de \$ 2.501 a 10.000 dólares EE.UU. y menor entre las amas de casa y otras ocupaciones. La prevalencia de abuso fue significativamente más alta entre los que vivían solos o con otros familiares y entre los que no tenían una religión o iban a la iglesia escasamente, y la prevalencia fue menor también cuando los vecinos se apoyaban. La prevalencia del abuso de alcohol / dependencia fue significativamente mayor entre las personas de los grupos de mayores ingresos, con menos de 12 años de escolaridad, sin religión o que la religión que no era evangélica, consumieron drogas ilegales durante mucho más tiempo en su vida. La prevalencia fue significativamente menor entre personas de edad (60 años o más) (57). Un estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, entre edades de 9-14 años, con estrato socioeconómico medio, medio-bajo y bajo a través de la metodología de pares al relacionar consumo con supervisión parental, se observó una mayor prevalencia de consumo de drogas lícitas en los escolares que no viven con sus padres (41,9%) que en aquellos que viven con ambos padres o sólo con su mamá (26,1% y 29,1%) (55). Un estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, entre edades de 9-14 años, con estrato socioeconómico medio, medio-bajo y bajo a través de la metodología de pares (n=234) 48,3% declaró haber participado en peleas en el último año y 23,1% haberlo hecho en el último mes. Se encontró una asociación entre el consumo de drogas legales y la participación en peleas callejeras, de modo que 40,5% de los escolares que participaron en peleas callejeras en el último año y 43,4% de quienes lo hicieron en el último mes, son consumidores de drogas legales (55).

5.4 Consumo de drogas autóctonas en Brasil

En un estudio de casos se encontró el uso cada vez mayor y recreativo de la planta *Salvia divinorum* Epling y Játiva (SDI) o (María Pastora) y salvinorina A (SA), su principio activo. Posee un potente efecto alucinógeno que estimuló estudios que identificaron por primera vez el agonista opioide kappa altamente selectivo no nitrogenado salvinorina A (SA) (Grundmann et al., 2007; in (51). Esta sustancia parece ser "por excelencia alucinógeno" (Valdés, 1994) producir efectos psicotrópicos por la estimulación de los receptores opioides kappa (González et) en (51 (63). Tradicionalmente, ha sido masticada en forma de hojas frescas o ingeridas como bebida que contiene extracto de hojas maceradas. Alternativamente es consumido por inhalación de humo obtenido por la quema de la hoja. Posee baja biodisponibilidad por la vía oral.

Es especialmente preocupante que la mayoría de sitios en Internet están estudiando la relación de escasez de datos sobre SDI como prueba de consumo seguro o de la falta de restricciones para su uso. Como no hay estudios toxicológicos consistentes sobre el consumo crónico del SA no se ha podido hacer declaraciones sobre su potencial de abuso y seguridad del consumo de la planta y sus principios activos. En Brasil, no hay datos epidemiológicos y clínicos informes de casos pertinentes para el uso recreativo de esta planta (63).

5.4 Edad de consumo en estudiantes de medicina

En estudios realizados sobre consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de medicina de la Universidad Federal de Espírito Santo (n=168) La edad de inicio de drogas legales investigado igualó el rango de edad entre 13 y 18 años para el alcohol y 16 a 18 años para el tabaco. Sin embargo, hubo considerable porcentaje de la prueba menores de 12 años (8,9%) para el alcohol. Entre las

drogas ilegales, la edad de experimentación para los inhalantes, cannabis sativa, las anfetaminas y los ansiolíticos fueron de 16 a 18 años. Sin embargo, se encontró muchos estudiantes con experiencia de inhalantes entre 13 y 15 años de edad. Todas las sustancias de mayor experimentación va desde 16 a 18 años o mayores de 18 años, con excepción del tabaco que el grupo de edad de mayor experimentación fue entre 13 y 15 años. La edad de la experimentación puede ser directamente influenciado por la inserción a la vida académica de este individuo, que a menudo el estudiante vive en las ciudades, donde obtuvo una mayor libertad al estar lejos de sus padres o simplemente por responsabilidad que surge a causa de la vida académica al que pueden dar más autonomía (64).

5.4.1 Tipo de sustancias

En un estudio sobre la detección del abuso de drogas por los estudiantes de medicina en una universidad privada refiere que la prevalencia de vida correspondió a 78% para el alcohol, seguido por el tabaco, con el 38,64%. El tercer fármaco más utilizado fue el cannabis sativa, con 26,14%, lo que seguido de los inhalantes (21,59%), las anfetaminas (11,36%), la cocaína 3,41%) y los hipnóticos , alucinógenos (2.27%). En la prevalencia anual el 70.45% había consumido alcohol hace tres meses, seguido por el tabaquismo, con el 27,27% de los encuestados, y el cannabis sativa, con 10,23%. (65). En estudios realizados sobre consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de medicina de la Universidad Federal de Espírito Santo (n=168). En cuanto al uso de sustancias psicoactivas muestran que el alcohol y el tabaco son las de mayor prevalencia de uso en la vida, con un 86,9% y un 22% respectivamente. En cuanto a otras sustancias en la categoría de consumo alguna vez en la vida, se encuentran entre los más preocupantes los disolventes (15,5%), ansiolíticos (13,1%), las anfetaminas (10,1%) y el cannabis (9,5%). Al analizar el consumo a 30 días de

las sustancias psicoactivas, se puede observar el consumo de alcohol (48,2%), las anfetaminas (3,0%), ansiolíticos (2,4%) y tabaco (1,2%). Sólo el alcohol (3,7%) y tabaco (1,8%) tuvieron un uso frecuente entre los estudiantes. En relación con el consumo de alcohol, se puede ver que las bebidas preferidas por los estudiantes fueron: cerveza (50,4%) y vodka (15,1%). Según los estudiantes universitarios, para ir a beber el 44,6% bebe 1-2 dosis, el 21,9% toma tres a cuatro dosis y 21,9% bebían más de 5 dosis. Los bares, discotecas y clubes nocturnos son los sitios preferidos para el consumo (69,2%) y 78,1% para el consumo se produce en presencia de los amigos. En cuanto a la frecuencia de embriaguez, 17,8% de los estudiantes reportaron haber estado borrachos 1-5 veces el mes pasado (64).

Y en relación con un uso pesado (frecuente) se encontraron datos de uso de alcohol (3,0%), ansiolíticos (1,8%), las anfetaminas (1,2%) tabaco (0,6%) y disolventes (0,6%). Se puede observar que el consumo de alcohol difiere un poco en relación al sexo de los estudiantes, mientras que 89,2% de los hombre consumido alcohol y 84,8% de las mujeres también lo hizo. En cuanto al consumo de tabaco (25,7%), cannabis sativa (13,5%) y solventes (18,9%), los hombres tienen las tasas significativamente más altas en comparación con las mujeres, sin embargo, sobre el uso de tranquilizantes (16,3%), los barbitúricos (1,1%) y los alucinógenos (2,2%), la prevalencia es mayor entre las mujeres (64).

5.5 Problemas de salud, sociales, jurídicos o financieras

En un estudio sobre la detección del abuso de drogas por los estudiantes de medicina en una universidad privada refiere que cinco estudiantes (5,68%) declaró que el uso del alcohol los llevó algún tipo de problema durante este período. De los 88 estudiantes participantes veintiún (23,87%) reportaron sentido necesidad o deseo de consumir bebidas alcohólicas, seguido por 12,51% para el tabaco y el 7,95% al cannabis sativa. Sólo el 7,96% informaron de que habían

intentado dejar de fumar o reducir / controlar el uso de tabaco, así como el uso del 9,1% alcohol, y fracasaron. Más de 17% de los encuestados informó haber dejado actividades que realizan por el consumo previsto alcohol, en el contexto universitario, consiste en conferencias, ensayos, trabajo académico, pasantías y tiempo de estudio (65). En estudios realizados sobre consumo de drogas psicoactivas en estudiantes de medicina de la Universidad Federal de Espírito Santo (n=168) se observa una realidad peligrosa y sugiere algunas causas de impacto socioeconómicas derivadas del consumo de alcohol el 18,5% de los estudiantes dijeron que habían conducido después de beber alcohol, el 14,4% perdió la universidad y 11,7% había estado involucrado en accidentes o peleas después del consumo de alcohol. La mayoría de los estudiantes de medicina pertenecen a las clases A y B (A = 40,5%, B = 50%) D (64)

5.6 El turismo y el consumo de drogas en Brasil

En un estudio sobre la vulnerabilidad al VIH: el turismo, el consumo de alcohol y otras drogas el perfil del turista consumidor es: hombre, blanco, católico, soltero y ciudadano. Los turistas y moradores locales utilizan el consumo de alcohol y drogas para relajarse, diversión, romper la timidez y expresarse mejor. La "fuga de la realidad" y la influencia de los amigos también se citaron como razones (66). Los encuestados dijeron que las drogas más utilizadas por los turistas es alcohol, marihuana, cocaína y drogas sintéticas (LSD y éxtasis). Además de la posible presencia de drogas inyectables. Muchos de los encuestados (monitores ambientales) llamaron la atención en la dificultad para lidiar con el consumo de alcohol y drogas en los grupos de turistas. No existen normas para considerar los paseos y el consumo de drogas una práctica ilegal (66).

El monitor ambiental no puede evitar que los turistas consuman en cierta medida y a la larga se convierte en distribuidor de drogas en la comunidad. De hecho muchos turistas consumen drogas y el gobierno local tiene una capacidad reducida para controlar el tráfico, existe la posibilidad de crecimiento en esta actividad en las comunidades. También se encontró que los guías presentaban la dificultad de establecer y colocar normas a los visitantes de lugares turísticos (66). Además se identificó la falta de entrenamiento del monitor ambiental sobre casos de emergencias médicas y equipo importante de trabajo como: radio de comunicación. Se encontró la necesidad de establecer por parte de los guías argumentos sólidos para evitar el consumo de drogas en los paseos y la necesidad de establecer alianzas con el sector salud y policía (civil, ambiental, militar). Entre los proveedores de droga están guías, taxistas, trabajadores de hoteles, hoteles, clubes nocturnos y restaurantes en donde los turistas tratan de comprar sustancias, sobre todo cuando se viaja fuera del propio país. (66). Según Alleyne, el consumo de alcohol y otras drogas por los turistas está relacionado directamente con accidentes de tránsito y cuadros de ahogamiento, en un hospital público en Barbados de todas las personas admitidas por ahogamiento, el 60% fueron turistas y la tercera parte de ellos habían ingerido alcohol. Es también de señalar que el comercio de la marihuana y la cocaína es común entre los turistas y los nativos y que hay una mayor disponibilidad de drogas en los períodos de flujo intensivo de turismo. El consumo de estas sustancias parte del contexto en el que el contacto sexual se produce entre turistas y residentes, dificultando el sexo seguro y favorecer la transmisión de ETS / SIDA (66).

El aumento del consumo de estas sustancias está asociado con el fenómeno del "comportamiento de inversión" que puede tener un turista es decir; en un mismo tiempo, consumir la misma cantidad de drogas que consumiría en una semana en su ciudad y tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin utilizar condón.

Las personas con poca experiencia de uso y combinación de sustancias están más expuestas al sexo sin protección y a la sobredosis. De acuerdo con los autores, el acceso a la información sobre las características de las sustancias, los preservativos y los servicios de salud son la clave para proteger la salud de los turistas. (66) aunque El SIDA es una epidemia mundial, su propagación tiene que ver con ciertos factores sociales. Por lo tanto, Es esencial comprender estos factores para identificar el contexto social de la transmisión del VIH y planificar estrategias para la prevención y control.

6. Tendencias del consumo de drogas de abuso Colombia

Edad: En Colombia investigaciones de sobre la relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y las alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Bogotá Cundinamarca 2006-2007 (n=316) El grupo de edad de 10-20 años correspondiente al 84.8 por ciento presentó el mayor consumo de sustancias psicoactivas y la moda fue de 16 años. La edad de inicio de consumo en esta población fue de 11.5 años. (67)

Sexo: En una investigación sobre la relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y las alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Bogotá Cundinamarca 2006-2007 (n=316) El 60.3 por ciento de la población consumidora correspondió al género masculino con relación al género femenino. (67)

6.1 Drogas de abuso tradicionales de inicio en Colombia.

Hasta la fecha, no se ha investigado la puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales y la infracción a la norma de inicio por alcohol o nicotina en población adulta de Colombia. El presente informe es un análisis secundario del estudio nacional de salud mental de Colombia de 2003 y el objetivo del mismo es presentar las infracciones a la norma general de inicio de consumo de sustancias ilegales mediante el uso de sustancias diferentes a alcohol o nicotina. En el presente estudio se observa que un número reducido de adultos colombianos de la población general iniciaron el consumo de sustancias ilegales mediante el uso de sustancias diferentes a alcohol o nicotina.

Los resultados de esta investigación son concordantes con la mayoría de los estudios disponibles que informan que el mayor número de consumidores de sustancias ilegales usan habitualmente como puerta de entrada alcohol o nicotina. Golub et al. Observaron que el 94 % de las personas iniciaron con alcohol o tabaco, que el 26 % de los consumidores de alcohol o tabaco experimentaron posteriormente con marihuana y que el 29 % de los consumidores de marihuana usaron otra sustancia ilegal posteriormente (6). Por su parte, Ried et al. Encontraron que en el más alto porcentaje el consumo de alcohol o marihuana precede el uso de sustancias ilegales como cocaína y metanfetamina y que la marihuana sólo influenciaba el uso posterior de heroína (7).

1.3Tipo de sustancia: Se encontró que las sustancias lícitas de más consumo fue el cigarrillo (97%) y (96.3%) el alcohol, de las sustancias psicoactivas ilícitas la más consumidas fue la marihuana con un 90.8, el pegante (un inhalante) con un 62.8 por ciento, el consumo de perico (hidrato de cocaína) fue de 57.5 por ciento, el basuco alcanzó el 50.6 por ciento, la cocaína fue inhalada en un 13.9 por ciento. El patrón de mayor consumo de alcohol correspondió al bebedor de alto riesgo (alta frecuencia y cantidad mayor de 10 vasos de alcohol por cada vez

que lo usaba) en un 86.6 por ciento. El patrón de mayor consumo de besuco fue representado por el uso compulsivo crónico (Todos los días y abandono de actividades diarias por consumir) con un 72.7 por ciento. El patrón de consumo representativo de la cocaína fue el abuso con un 44.6 por ciento. El patrón de mayor consumo de perico correspondió al crónico con un valor de 53.9 por ciento. (67)

1.4 Situación laboral En una revisión de literatura sobre fármaco-dependencia en anesthesiólogos, un gran problema ocupacional actual desarrollado por Calabrese (68) en el 2006 comenta que hay una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en anesthesiólogos en comparación con otros especialistas con un perfil a saber: el 50% son menores de 35 años, con gran representación de los residentes, siendo el 67-88% varones, el 75-96% de raza blanca, con 76-90% de adicción a los opiáceos como droga principal, el 35-50% relacionado con el consumo de varias drogas, un 33 % tenían familia con historia de drogadicción y 65% fueron asociados a departamentos académicos. Los factores asociados están: el intenso estilo de vida laboral propia de la especialidad, caracterizada por padecer una modalidad laboral de «alta presión», con exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, con inadecuados calendarios laborales, con fatiga y deprivación del sueño y la peculiaridad de tener disponibilidad, fácil acceso y falta de control de la droga a elección en su trabajo diario. (68)

6.3 Consumo de drogas y salud mental

Se muestran tres tipologías, dos de las cuales agrupan adolescentes sin dificultades en los cinco indicadores de salud mental y una tercera tipología con problemáticas en todos los indicadores de salud mental estudiados, formada

principalmente por estudiantes de las comunas Popular y Santa Cruz, que representan el 35 % del total, 15636 estudiantes, aproximadamente. (47). La salud mental de los adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín es un fenómeno multidimensional que requiere una intervención interdisciplinaria y presenta diferencias por sexo, grupo de edad y comuna de residencia. Consumo de drogas y tendencias al suicidio

El comportamiento suicida, en sus diferentes manifestaciones, representa un problema de salud pública internacional, siendo una de las diez causas principales de mortalidad general y una de las tres principales causas de muerte en la adolescencia y la adultez temprana. Las estadísticas de los intentos suicidas son también muy preocupante, más aún si se considera que por cada caso de intento de suicidio atendidos en un centro de salud, se estima que hay cuatro casos no denunciados y no asistieron. La presencia de conductas suicidas en estudiantes latino-americanos de la escuela secundaria y la universidad ha sido reportada por distintos papeles en los que los indicadores de ideación suicida rango de 8% a 25% y los intentos de suicidio varían de 8% a 12%. Pocos estudios han investigado acerca de las características de las conductas suicidas en la población estudiantil en Colombia y su relación con el consumo de drogas de abuso. Por esta razón, la promoción de la salud y las acciones de prevención del suicidio no han alcanzado los efectos esperados (69).

6.4 Consumo de cannabis y problemas asociados

Este estudio tuvo como objetivo fundamental estimar la variación entre países en la experiencia de los consumidores de cannabis " los problemas clínicamente importantes relacionados con el cannabis". Se ha estimado que amplias variaciones en la prevalencia del habito de consumo de cannabis , inciden en los trastornos .

Comorbilidad: En una investigación sobre la relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y las alteraciones neurocomportamentales en

fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Bogotá Cundinamarca 2006-2007 (n=316) se detectó que el 39.9 por ciento de los individuos es normal, y que el 38.5 por ciento tiene alteración leve en su estado mental, el 17.5 por ciento presentó demencia leve y el 4 por ciento presentó demencia moderada; estos hallazgos permiten observar que menos del 50 por ciento de la población tienen diagnóstico de normalidad (Test Minimental de Folstein). Se encontró que el 77.2 por ciento (244 personas) evidenciaron patología principalmente en el grupo de polifarmacodependientes (personas que consumían más de tres sustancias en forma simultánea). Las alteraciones más frecuentes se encontraron en la orientación espacial en un 23.6 por ciento y temporal en un 14.2 por ciento. En el test de Webster se encontró que el 4.7 por ciento (19 personas) de los individuos tenía alteraciones clasificadas en la escala de 1-10 (Leve). Los ítems más afectados se encontraron el lenguaje en un 2 por ciento y la bradiquinesia en un 2.2 por ciento respectivamente. Hubo un total de 16 personas con alteración en la escala, en el grupo de polifarmacodependientes y tres personas en el grupo de no polifarmacodependientes. Se dice entonces que la escala de Webster del individuo se puede ver afectada 1.49 veces cuando éste se expone al consumo de psicoactivos como polifarmacodependiente. En el test de Bender - WISC. Se aplicó en aquellos niños que no tuvieron la capacidad de realizar la ordenación de dibujos del Test de WAIS, en total fueron 12 y de ellos el 58.3 por ciento tenían 10 años. El 100 por ciento de los niños evaluados reflejan en la prueba manifestaciones que corresponden a niños de una edad menor que la real, comparado con la población. El tiempo utilizado en la realización de la prueba es mucho menor a lo esperado, según los patrones de comparación con la población general, es de 1-3 minutos, lo que denota impulsividad o falta de concentración. El 33.3 por ciento de los niños tienen un nivel de maduración inadecuado para la edad real, según se observa en la

prueba; este porcentaje de maduración corresponde a niños entre siete años seis meses a siete años y 11 meses. El 25 por ciento de los niños demuestra una edad mental de desarrollo de seis años y cinco meses. El 54.5 por ciento de los evaluados representan una escolaridad de segundo grado de primaria. En la figura del Rey se observó que el 36.3 por ciento de la población estudiada tenía la función ejecutiva alterada, el 42.4 por ciento de la función Mnésica alterada y el 28.9 por ciento la función Viso espacial alterada. El 21.20 por ciento de los individuos desarrolló micrografías y el 9.6 por ciento tuvo dificultad para hacer un cambio comparativo entre conceptos y tomar decisiones (perseveración cognoscitiva). La praxis construccional está conservada en el 89.1 por ciento de los evaluados. En el grupo de polifármacodependientes se encontraron alteraciones en la función ejecutiva en un 29 por ciento de los individuos; 34.9 por ciento de ellos tenía alteraciones en la función de memoria y un 22.4 por ciento en la función viso espacial. Con respecto a la velocidad de procesamiento de información el 9.9 por ciento estaba alterada. Se encontró que del grupo de polifármacodependiente, se 125 individuos tenían alteración en la función mnésica y 27 del grupo no polifármacodependiente, se dice por tanto que el consumidor polifármacodependiente, se tiene 1.3 veces más probabilidad de presentar alteraciones en la función mnésica, que aquel que no consume (67).

Escolaridad En una investigación sobre la relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y las alteraciones neurocomportamentales en fármacodependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Bogotá Cundinamarca 2006-2007 (n=316) refleja que en un 7.6 por ciento la escolaridad alcanzada por el grupo poblacional fue en la primaria, el 84.6 por ciento logró culminar sus estudios; el 15.9 por ciento finalizó la secundaria el 5.2 por (67) .

6.4.1 Vida social y núcleo familiar

El consumo crónico de sustancias psicoactivas y las alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT). Bogotá Cundinamarca 2006-2007 (n=316) refieres que el 81.9 por ciento del grupo evaluado tuvieron antecedentes de consumo familiar. El familiar que con más frecuencia consumía era el padre con un 37 por ciento. El 39.2 por ciento de la población vivió en la calle. La causa más frecuente por la cual se mantuvieron en el consumo fue por "gusto" con un porcentaje de 59.1 por ciento, seguido por "querer olvidar los problemas" en un 18.9%. La forma de conseguir el dinero para la obtención de las sustancia psicoactiva fue: el hurto (62.5%), vendiendo cosas propias ó de la casa en un 35 por ciento, seguidas por vender consumo en un 18.9 por ciento, prostitución en un 11.7 por ciento, obtenían dinero del trabajo en un 11.2 por ciento, del dinero de las onces. El sitio donde más consumían era el monte con un 87.1 por ciento, seguido por el 75.7 por ciento que consumía en el medio escolar y el 56.1 por ciento consumió en la calle Miguel Cote-Menéndez (67). En el informe de la Comisión de Riesgos Profesionales de CLASA se registraron 24 muertes de anestesiólogos en Latinoamérica por sobredosis a opiáceos en el período 2003-2005, 12 muertes de residentes de anestesia también por sobredosis a opiáceos en los últimos 5 años, además de 25 consultas para asesoramiento y seguimiento de parte de las diferentes sociedades de anestesiología por casos de adicciones, principalmente a opiáceos altas tasas de divorcios, que llegan al 24% en anestesiólogos desmejorados por las drogas, en comparación con el 5% en aquellos no consumidores de drogas; es más frecuente el consumo y abuso de drogas en familiares de anestesiólogos adictos en comparación con aquellos de los no lo presentan (68).

6.4.2 Consumo de alcohol y factores asociados

En la costa Norte Colombiana, Santa Marta, una de las ciudades con destino turístico más importantes de Colombia, (70), se indicó que el consumo de drogas ilícitas para esta ciudad de Colombia, estableció que los factores relacionados con el género asociadas con el fumar cigarrillo entre los adolescentes escolarizados. Un total de 2.039 niñas y niños 1536 participó en la investigación. Se observó que 12,0% de los varones y el 8,3% de las niñas consumió cigarrillo en forma ocasional durante el último mes. El fumador es diferencialmente asociados en niños y niñas. El tabaquismo en las mujeres está relacionado con el consumo de inhalantes, al ser mayores de 15 años y asiste a una escuela privada, en los niños, que se asoció con el consumo de cocaína, orientación heterosexual y bajo nivel socioeconómico.

6.5 Transiciones del uso de drogas de abuso en Colombia.

Dentro de los estudios analizados mencionamos con gran importancia el realizado por (71), donde analiza las transiciones en el abuso de drogas (al pasar de una sustancia a otra y de una forma de administración a otra) y del cual se menciona que ha sido poco estudiado en América Latina. El estudio se realizó en siete ciudades colombianas (Cúcuta, Medellín, Bogotá, Cali, Neiva y Pasto) en población de 14 y 50. Las 10 principales transiciones involucran sólo cuatro sustancias: marihuana, cocaína, inhalantes y tranquilizantes, y son más comunes entre los menores de 23 años. Entre los más jóvenes el consumo es de marihuana, cocaína, tranquilizantes, colas, el éxtasis, poppers y heroína, el mayor prefiere la cocaína, basuco y marihuana, los mayores prefieren la cocaína, el basuco y la marihuana. Las mezclas, los cambios de fondo y de cambios de las vías administración se asocian siempre con la búsqueda de efectos más

poderosos. Muchos jóvenes creen que la marihuana es inofensiva o sea beneficioso, ya que puede curar el cáncer causado por el fumar tabaco. La heroína es considerada la droga más peligrosa debido a sus efectos negativos. La principal limitación de este estudio fueron: el pequeño número de participantes, el número aún menor de las mujeres, y el hecho de que sólo las personas en tratamiento fueron entrevistados.

De acuerdo con el informe de la OEA Según el estudio regional, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes secundarios de los nueve países. La mayor tasa de consumo se registra en Colombia (51%, seguido de Uruguay, con 50%), y Bolivia es el país donde menos toman. Argentina está en el medio, con una prevalencia general del 42%, y del 21,8% en escolares de 14 años o menos. Colombia y Brasil son los países donde el uso de alcohol es más precoz.

6.5.1 Consumo de heroína en Colombia

Adicción a la heroína representa una amenaza para la salud pública en Colombia (72) porque, entre otras razones, los consumidores de heroína están comprando a bajos precios. El estudio que caracterizó el consumo de heroína en Medellín y su área metropolitana. Los participantes se accedieron a través de los centros de tratamiento para la drogadicción y aplicando la técnica de "bola de nieve". La población estuvo conformada finalmente por 42 consumidores de heroína.

Los autores describen que los consumidores de heroína son predominantemente hombres solteros, con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años aproximadamente, sin hijos y muchos con estudios universitarios no terminados, de estrato socioeconómico medio y que iniciaron el consumo de sustancias psicoactivas en las edades comprendidas de 13 a 15 años y con historia de policonsumo el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, los alucinógenos, las

benzodiazepinas y algunas drogas recreativas como el popper y el éxtasis, el estudio menciona que el 71% de la edad de inicio al consumo de heroína estuvo entre los 15 y 20 años . El estudio indico además, que tipo de heroína se esta consiguiendo en Medellín, era marrón, negra y blanca. El estudio realizado además menciona que la vía de consumo mayor fue la inhalada, seguida de la inyectada y luego la fumada y que además aquellos que iniciaron la vía inhalada, cambiaron de tendencias en la vía de administración. También se determinó que los entrevistados mencionaron “Algunos de los consumidores se inyectan entre sí, se pasan el humo de boca a boca o comparten la bolsita y el pitillo para inhalar. Algunos tienen prácticas sexuales en medio del consumo”. (71)

Castaño, indica que el consumo de heroína se está convirtiendo la realidad en Colombia y Medellín en su área metropolitana, y representa una amenaza significativa para la salud pública, la seguridad y la convivencia. Es necesario llevar a cabo la prevalencia específica y estudios de incidencia de esta sustancia con el fin de tomar acciones inmediatas de intervención

6.5.2 Consumo de cocaína, basuco y heroína.

Si bien el abuso de heroína en el país es más reciente y menos conocido que el de otras sustancias, los datos de salud sugieren que dicho consumo es ya un problema socialmente relevante, que "demanda esfuerzos adicionales de investigación para establecer sus características específicas y su verdadera dimensión (73). En efecto, recientemente el Ministerio de la Protección Social reconoció el crecimiento en el consumo de derivados de la coca (basuco y cocaína) y un preocupante incremento en el consumo de heroína en siete regiones colombianas, entre las cuales se encuentran las tres capitales del Eje Cafetero, calificando el abuso de psicoactivos en estas zonas como un auténtico problema de salud pública. (República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008).

La heroína que entran en los Estados Unidos históricamente proviene de tres regiones geográficas muy dispersas: Sudoeste de Asia, el sudeste de Asia y México. Una cuarta fuente de heroína a Estados Unidos, de Colombia, se originó en la década de 1990. El hecho de que las cuatro fuentes de la heroína, producen morfologías diferentes y cualidades de la heroína no ha sido examinada críticamente. Además, no está bien establecida como la dinámica contemporánea de la competencia prohibición o restricción de los flujos de la heroína a través de fronteras internacionales, y neoliberal, por ejemplo, la expansión mundial del libre comercio, las políticas están afectando a los mercados de la heroína. En este documento se destacan los cambios en el mercado de la heroína de EE.UU., incluyendo tendencias de las fuentes, la economía política de la fuente ahora dominante y los efectos resultantes sobre el medio ambiente de riesgo de heroína, por regiones EE.UU. La co-producen las reformas económicas neoliberales pueden haber contribuido a los efectos paradójicos de EE.UU. y los esfuerzos de interdicción en Colombia. Desde su entrada en el mercado de EE.UU., la heroína de Colombia se ha distribuido en una mayor calidad y menor precio al por menor. Un mercado cada vez más exclusiva se ha desarrollado con la heroína de México y Colombia ganando cuota de mercado y desplazando a la heroína de Asia. Estas tendencias han tenido efectos dramáticos sobre el medio ambiente de riesgo para los consumidores de heroína. Un factor interesante es que las diferentes fuentes mundiales de heroína producir productos muy diferentes. Asociaciones plausible existen entre la fuente de la heroína / forma y el consumo de drogas y los daños. Por ejemplo, la heroína frío en polvo soluble en agua (fuentes: Asia, Colombia) puede estar asociada con una mayor prevalencia del VIH en los EE.UU. (74).

Consumo de Basuco en Colombia: El abuso en el consumo de drogas, entre ellas al BASUCO, es uno de los grandes problemas de salud pública que tiene que afrontar nuestra comunidad de América Latina, especialmente países como Colombia.

El Basuco, vocablo que procede de la sílaba inicial que conforma la expresión base sucia de cocaína, Este vocablo es utilizado en países como Colombia, y Venezuela, siendo muy común en Colombia llamado también patraseado, en países del cono sur, como Chile, Argentina y Uruguay se encuentra como Pasta Base de Cocaína (PACO), y Crack en los Estados Unidos de América. El basuco es un extracto crudo de la hoja de coca mezclado con agua, ácido sulfúrico y querosén, gasolina o agua de batería. Es un componente intermedio en la preparación del clorhidrato de cocaína. Se presenta al mercado como un polvo de apariencia amorfa, de color que media entre crema y marrón, sabor amargo, olor fuerte y penetrante. (75). El Basuco se fuma en una pipa o en un cigarrillo mezclado con marihuana o tabaco. Rápidamente se produce dependencia que se caracteriza por intensa ansiedad y el uso en exceso compulsivamente, visible deterioro de la salud y pérdida de peso, hipervigilancia y estados paranoides. Fumar basuco se asocia con conductas de riesgo, incluyendo crímenes agresivos (76). Uno de los principales problemas del aumento del consumo de basuco, en los países de América Latina es el bajo precio en mercado. En Colombia la base cocaína se compra y se vende en forma de base libre llamado "patraseado" el precio oscila entre \$ 2500 o 3000, y se expenden en bolsas que "contiene entre un 0,25 y un 0,5 g de, el mismo el precio como patraseado. El "patraseado" es la forma de cocaína que contiene restos de impurezas químicas procedentes de la transformación basuco / gasolina con plomo, ácido sulfúrico, potasio permanganato y acetona, que causan graves daños físicos, es muy anorexogénico y puede rápidamente producir alucinaciones y síntomas paranoides(76).

7. Consumo de drogas de abuso en Chile

7.1 Tipo de sustancia

En una investigación sobre consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (n=569)

Marihuana El 33% de los estudiantes de medicina ha probado la marihuana alguna vez en su vida. Respecto al curso, la prevalencia más baja de vida la tiene primer año con 26,5%, y la más alta séptimo año con 51,4%, manteniéndose los otros cursos alrededor de 32%. Respecto del consumo en último año y mes, la prevalencia fue de 19,7% y 5,1%, respectivamente. Entre aquellos que han consumido marihuana durante el último año, 69% consume, también, tabaco y 95% alcohol, mientras que entre los que no han consumido marihuana durante el último año, las tasas de consumo de tabaco y alcohol alcanzan a 15% y 69%, respectivamente, asociación estadísticamente significativa. La frecuencia y cantidad de consumo entre los estudiantes que han consumido marihuana durante el último mes en un 75% ha sido ocasionalmente, destacando una persona (3,1%) que ha fumado todos los días. Entre una asociación entre marihuana en el último mes y cigarrillo se muestra que los estudiantes que han fumado el último mes, la mayoría (57,1%) han fumado un cigarrillo.

Cocaína Uno coma un por ciento de los estudiantes de medicina de nuestra Universidad (seis personas: cuatro hombres y dos mujeres) han probado la cocaína y sólo un 0,2% (una persona) la ha probado el último año.

Anfetaminas dos coma un por ciento de nuestros estudiantes de medicina (doce personas: ocho hombres y cuatro mujeres) han probado anfetaminas sin indicación médica. Uno coma dos por ciento (siete personas: cinco hombres y dos mujeres) la han probado durante el último año. Cero coma dos por ciento (una persona) la ha

probado durante el último mes. Benzodiazepinas seis coma nueve por ciento de los estudiantes de medicina ha probado benzodiazepinas sin indicación médica alguna vez en su vida, sesenta y tres por ciento consume además, tabaco y 90% alcohol, mientras que entre aquellos que no han consumido benzodiazepinas los fumadores y bebedores alcanzan a 21% y 72% respectivamente, con asociación significativa, para ambos consumos. Durante el último año 4,7% ha consumido benzodiazepinas sin prescripción médica, cifra que alcanza a 2,3% en el último mes. 3,5% de todos los estudiantes de medicina ha consumido benzodiazepinas con indicación médica alguna vez en su vida Antidepresivos 5,8% de los estudiantes de medicina ha consumido antidepresivos sin indicación médica alguna vez en su vida. El consumo en mujeres es mayor, existiendo asociación estadísticamente significativa, 4,6% de los estudiantes ha consumido durante el último año y 2,1% durante el último mes. Esta prevalencia debe preocuparnos considerando que un estudiante de medicina está en formación para ser un modelo y promotor de hábitos saludables en sus pacientes (77).

7.2 Vida social y núcleo familiar.

En un estudio descriptivo sobre consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile los autores, al explorar las razones que dan los jóvenes para consumir marihuana y cualquier otra droga ilícita, independiente del sexo, encontramos en estudios de Reino Unido que la principal razón dada es placer, seguida muy debajo por presión social, curiosidad, hábito y estrés. No existen elementos que nos hagan suponer que estas razones sean diferentes para los estudiantes de medicina chilenos. . Está descrito que los estudiantes y profesionales de la salud tienen altos índices de automedicación, tanto para fines médicos como recreacionales. La importante alza que presenta el consumo de benzodiazepinas en los últimos años de la carrera es un fenómeno llamativo. Está descrito que el estrés y la percepción de fácil acceso se correlaciona positivamente con el consumo de sustancias. Los últimos años de la carrera son académicamente muy exigentes y

los internos tienen fácil acceso a medicamentos de uso habitual, factores que creemos importantes para explicar tal fenómeno. Además, la asociación entre consumo previo de tabaco o alcohol con el consumo de benzodiazepinas puede ser una explicación complementaria, dado que en nuestro estudio coincidieron los consumos máximos de alcohol y tabaco en séptimo año. El consumo de antidepresivos sin prescripción médica en nuestro estudio fue mayor en el sexo femenino, hecho que no podemos comparar dado que no encontramos publicaciones que lo analicen, describe (77) .

7.3 Consumo de pasta base de cocaína Chile

De acuerdo con la literatura y el análisis realizado por (78) donde determinaron el funcionamiento familiar entre consumidores de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína, el estudio reveló que hay una mayor disfuncionalidad familiar en los consumidores de pasta base de cocaína que los consumidores de clorhidrato de cocaína. Del total de la muestra, el 72.9% de las familias el riesgo de disfuncionalidad familiar era en los consumidores de pasta base de cocaína que los consumidores de clorhidrato de cocaína. El estudio se realizó en cuatro de los municipios con el nivel más alto de consumo de pasta base de cocaína (PBC) y el uso de clorhidrato de cocaína (CH) en la Región Metropolitana de Chile se seleccionaron población con el socioeconómico bajo: las comunas de Pedro Aguirre Cerda (106.459 habitantes), Hucheaba (46.581 habitantes), La Pintana (168.019 habitantes) y San Joaquín (72.589 habitantes) (CONACE 2000).

7.4 Tabaquismo salud mental en Chile

El hábito de fumar tabaco sigue siendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo, considerando por una parte el alto nivel de consumo y por otra, sus consecuencias médicas.

El tabaquismo y los trastornos mentales comunes (CMD), la ansiedad y la depresión, tienden a coexistir y son importantes problemas de salud pública para los países en todos los niveles de desarrollo. El estudio indico que hay una asociación entre el tabaquismo y trastornos mentales comunes después de haber ajustado por el alcohol, el consumo de drogas ilícitas y otros factores. El tabaquismo fue también fuertemente asociado con el consumo en gran medida y el uso ilícito de drogas, pero no hubo interacciones significativas (79). El tabaco es muy prevalente y se asocia con CMD y otras conductas adictivas en Chile.

8. República Dominicana

Un estudio que muestra la relación entre las tasas de consumo de sustancias psicoactivas de los jóvenes, hispanos (dominicanos residentes en EE. UU) y jóvenes de la República Dominicana encontró que hay un mayor tiempo de vida y consumo reciente de alcohol, la marihuana y la cocaína que los jóvenes en la República Dominicana (65). El estudio apoya otras comparaciones entre países donde se han encontrado tasas de consumo de sustancias para los jóvenes en América inferiores a las de los jóvenes en los Estados Unidos de América (80).

9. Ecuador

9.1 Tendencias del consumo en Ecuador

En el Ecuador se realizó un estudio con poblaciones de escolares entre las edades de 10 a 16 años, y de acuerdo con (81), el estudio tuvo como objetivo caracterizar las causas predominantes y los tipos de drogas consumidas entre los jóvenes entre 10 y 18 años de edad. La marihuana fue identificada como la droga más consumida, seguida por el alcohol y las drogas inhaladas. Exploración de las causas que hacen que estos jóvenes consumen drogas contribuye a la identificación de sus necesidades y la creación de espacios importantes para el cuidado de la salud, en particular la promoción de la salud.

10. El Salvador

Mediante esta revisión, los autores (82) exploraron las diferencias en el contexto social las ventas de crack, su uso y el riesgo de VIH en siete comunidades de bajos ingresos en San Salvador. El autoconsumo es mencionado como una alternativa que aprovechan las organizaciones para la venta y distribución de las drogas. (77) Menciona que hay tres patrones de consumo de drogas en las áreas estudiadas y que los factores estructurales influyen en estos patrones. Se incluyen la localización geográfica de las comunidades, la vigilancia la distribución de la droga, y la participación en pandillas en las ventas de drogas.

11. Honduras

El uso de las drogas entre estudiantes universitarios y de acuerdo con el estudio realizado por (83) en Honduras, se determinó que el 25% de los estudiantes

utilizaban en su mayoría drogas legales y recreativas, tales como el alcohol. El uso de los estimulantes que consumían con frecuencia fueron; cafeína, té, yerba mate, bebidas energéticas y el coque. Las drogas como marihuana, cocaína, valium y sedantes se utilizaban en menor proporción. Las razones para el consumo entre mujeres, fue para aliviar el cansancio y mejorar su rendimiento académico y varones fue divertirse y aliviar tensiones psicológicas. Se comparó la percepción que se tiene del consumo de los pares con el uso real de drogas, en una muestra de estudiantes universitarios de América Latina. Los estudiantes de nueve universidades en cinco países (Brasil, Chile, Colombia, Honduras y Perú) respondieron a un cuestionario que abordaba el uso de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína. El análisis se concentró en la comparación de la percepción y el consumo real de drogas. Los resultados en gran medida, aunque no completamente, confirmaron que los estudiantes sobreestiman el uso de drogas entre sus pares. Los resultados inesperados fueron los relacionados con el alcohol. Mientras que los estudiantes generalmente sobrestimaron el consumo de tabaco, marihuana y cocaína entre sus pares, los mismos estimaron con bastante precisión o subestimaron el uso de alcohol entre sus pares. Además de los resultados inesperados en relación al alcohol, este estudio muestra que la percepción del uso de drogas en América Latina se comporta de manera similar a otros lugares (84).

12. México

12.1 Consumo de heroína y mezclas de drogas en población mexicana

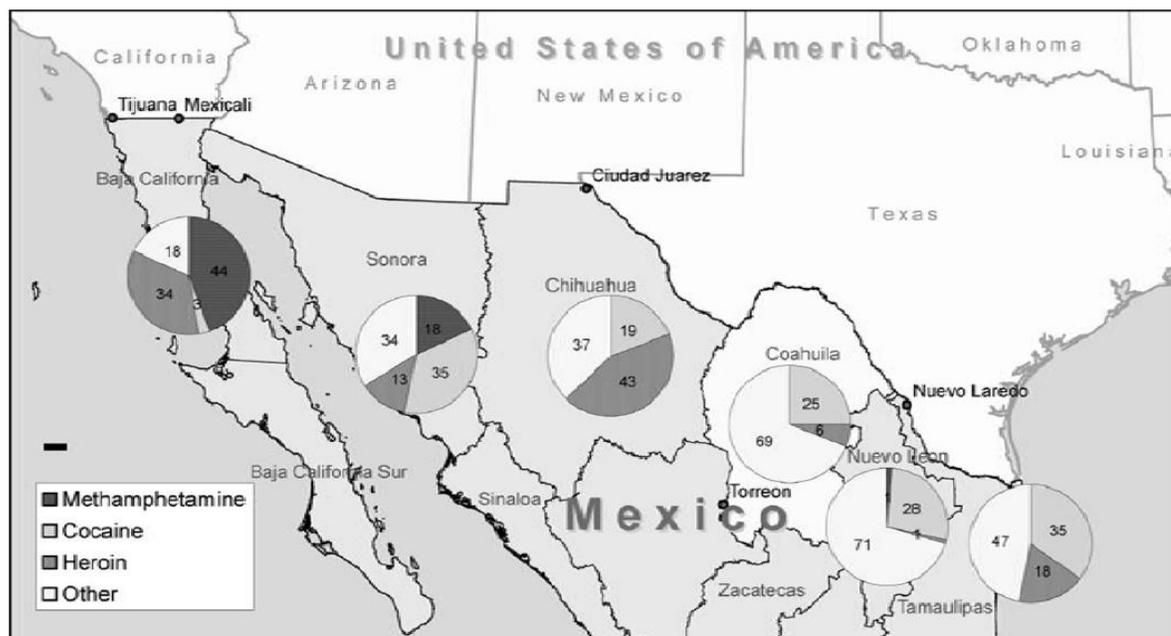
En una investigación se analizaron todas las muertes por sobredosis accidental de drogas en Nuevo México durante 1990-2005. Los resultados revelaron que la tasa de muerte por sobredosis accidental de drogas en Nuevo México aumentó de 5,6 por 100 000 en 1990 a 15,5 por 100 000 en 2005. Las muertes causadas por la heroína, los opiáceos de prescripción, cocaína y el alcohol / combinaciones de fármacos juntos osciló entre 89% a 98% del total. La heroína

causó la mayoría de las muertes durante 1990-2005, con un notable aumento número de muertes por sobredosis de opioides de prescripción durante 1998-2005 (58%). Durante 1990-2005, se incremento en 196% las muertes solo por el consumo de heroína y opioides de prescripción, también se incremento en un 148% las muertes por sobredosis por la combinación de heroína/alcohol y heroína/cocaína. Los hombres hispanos tuvieron la tasa más alta de muertes por sobredosis, seguida por los hombres blancos, mujeres blancas, las mujeres hispanas y los indios americanos. Las causas de muerte más comunes fue el consumo de heroína y la combinación de heroína y alcohol, y se presentaba mayor entre los hombres hispanos, heroína y alcohol entre los varones indios americanos y los opioides de prescripción solo entre los hombres blancos y todas las subpoblaciones de mujeres. El estudio indicaba que es necesario las intervenciones para prevenir la muerte por sobredosis de drogas debe ser objeto de acuerdo a los patrones de uso de los grupos de población en situación de riesgo. Un enfoque amplio que abarque tanto a los usuarios de drogas ilícitas y de la prescripción, y las personas que usan estos medicamentos al mismo tiempo, es necesaria para reducir la muerte por sobredosis (85).

12.2 Consumo de Metanfetamina y cocaína México

12.1.2 Tendencias del consumo de anfetaminas en mexico

Mapa N° 2 (*Fuente: (86)*)



Mapa de los ingresos en el tratamiento del abuso drogas de los estados mexicanos fronterizos con los Estados Unidos. Los gráficos circulares sobre cada uno de los seis estados mexicanos fronterizos con los Estados Unidos muestran el porcentaje de admisiones de tratamiento por abuso de drogas primaria utilizada. Los datos fueron compilados sobre la base de la mexicana La adicción de Vigilancia Epidemiológica del sistema o SISVEA (Maxwell et al., 2005). La categoría "Otros" incluye a la marihuana, los inhalantes, el alcohol, el tabaco, y una variedad de productos veterinarios.

En un estudio realizado por (87, 88) El análisis de las tendencias en el consumo de drogas observadas por el IRSD (The Information Reporting System on Drugs) durante el período 1986-2003 muestra lo siguiente: El consumo de marihuana y de los inhalables registraron el nivel más alto de todas las drogas hasta aproximadamente el segundo semestre de 1997. En los años subsecuentes se observa una tendencia a la baja en el consumo de estas sustancias, particularmente de los inhalables. La tendencia del uso de cocaína ha presentado cambios significativos. El incremento más importante en sus niveles de uso se observó entre los años de 1993 a 1997, y al final de este periodo el uso de esta droga fue documentado por 40 usuarios de cada 100. Para el siguiente año, esta proporción ascendió a 63 lo que significó nuevamente un aumento de más de 50%. Desde este año a la fecha la tendencia se encuentra alrededor de dicho nivel con un comportamiento estable. El consumo de alucinógenos ha mantenido bajos índices durante los quince años de evaluación del SRID. Aproximadamente

5 de cada 100 casos documenta semestralmente su uso. Los sedantes y tranquilizantes presentaron el incremento más significativo en el primer semestre de 1993, y se registró su uso en 28 de cada 100 casos.

En el año 2006 y de acuerdo con (86), donde relaciona que el consumo de la metanfetamina es ahora la principal razón para buscar tratamiento en drogas de abuso en ciudades mexicanas, principalmente en el noroeste de México. Aunque la cocaína y el uso de metanfetamina se han relacionado con el comercio sexual y los comportamientos de alto riesgo, como el disparo de asistencia de la galería y el sexo sin protección en otros lugares, comparativamente poco se sabe sobre los comportamientos de riesgo asociados con el uso de estas drogas en México, especialmente para las metanfetaminas. Kimberley reviso los aspectos históricos y las tendencias actuales de la producción, tráfico y consumo de cocaína y metanfetamina en México, haciendo especial hincapié en las ciudades fronterizas de Ciudad Juárez y Tijuana. Para el año 2008 siguiendo la misma línea de investigación y relacionando el consumo de metanfetaminas inyectadas en poblaciones mexicana, principalmente en el nordeste, Tijuana y Ciudad Juárez, (89), IDU (injecting drug users) en las dos ciudades consideradas, la metanfetamina es ampliamente utilizada en Tijuana y de poco uso en la Ciudad Juárez, mientras que si se usaba más frecuentemente la cocaína. En ambas ciudades, estimulantes como la (cocaína o metanfetamina) es de uso generalizado, con un 85% en trabajadoras sexuales en Tijuana y el 83%. En ciudad de Juárez se reporta el uso actual del uso un estimulante como la cocaína mezclada con heroína, (speedball) la cual ha aumentado su consumo y cada vez es más aceptado su consumo socialmente. La investigación de (86) ha indicado que el aumento en la disponibilidad de estas drogas es debido a su bajo costo, resultando en un aumento paralelo en el consumo local de drogas. De

acuerdo con la gráfica el abuso de metanfetamina es la razón principal para solicitar tratamiento médico en algunas ciudades y principalmente en el noroeste de México.

12.3 Edad de consumo en México

En un estudio descriptivo que trata sobre el uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores (n=39) La edad de inicio del consumo reportada por los pacientes fue a los 57.5 ± 13.4 años (rango 16-78 años) con un tiempo promedio de consumo de 675.2 ± 630.6 semanas (rango 8-2444 semanas) (90) . En un estudio sobre la prevalencia de los trastornos y factores relacionados con el consumo de drogas en México las tasas fueron mayores en los más jóvenes. Las personas de 60 a 65 años no reportan haber usado alguna de las sustancias en nuestro estudio en los últimos años. La edad media de inicio en el curso de la vida de la dependencia de las drogas es temprano, alrededor de los 17 años de edad. Para los consumidores de drogas la edad media de inicio del trastorno fue de 18 años. Para la mayoría el primer consumo y la dependencia se concentraron en la adolescencia media y más de veinte años, después de la edad de 30 años, los nuevos usuarios de drogas eran raros. En casi todos los casos se informó haber tenido inicio antes de la edad de 35 años. En México, la aparición de trastornos de drogas comienza alrededor de 17 años de edad, mientras que el abuso de alcohol o la dependencia y la adicción a la nicotina suelen comenzar alrededor de 25 años de edad. La gran mayoría de las personas que se vuelven dependientes de las drogas lo hacen durante o al final de la adolescencia o en los inicios de los 20 años. Sin embargo, hay otros períodos de mayor riesgo a lo largo de la vida, por ejemplo, entre 25 y 30 años de edad (Nota el estudio solo se hizo en poblaciones de 18-64 años) El inicio tardío de abuso o dependencia puede estar relacionado con el consumo ilícito de medicamentos recetados. Esto es sugerido por la Encuesta

Nacional de 2002 de Adicciones, el cual encontró que el 0,99% de esos 35 a 65 años de edad estaban abusando de tranquilizantes, frente al 0,66% de personas de 18 a 35 años de edad. (91)

12.4 Consumo por género en México

En un estudio sobre la prevalencia de los trastornos y factores relacionados con el consumo de drogas la población urbana adulta de México, el 10,4% de ellos (que representan 5,2 millones de personas en total) habían utilizan sustancias ilícitas en algún momento de su vida, con la tasa para los varones que es cerca de cinco veces la tasa para las mujeres. La prevalencia en los últimos 12 meses fue del 2,3% en general (3,5% para los varones y 1,2% para las mujeres) (91). un estudio sobre la prevalencia de los trastornos y factores relacionados con el consumo de drogas en México mostró que el diagnóstico de abuso de drogas o dependencia fue de 14,5 veces más frecuente en los varones que entre las mujeres y la probabilidad de consumo de drogas fue significativamente menor para las mujeres que para los hombres María Elena Medina-Mora (91).

12.5 Consumo por tipo de sustancia

En un estudio que trata sobre el uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores (n=39) donde 92.3% (n=36) de los pacientes fueron mujeres y 7.7% (n=3), hombres. En adultos mayores, el abuso y uso inapropiado de benzodiazepinas tiene un patrón de consumo cualitativa y cuantitativamente diferente que en los adultos jóvenes, ya que su consumo no va dirigido a experimentar emociones de euforia y generalmente no

las obtienen de manera ilegal. La indicación médica inicial para el uso de BDZ en el total de la muestra fue la presencia de ansiedad (n=23, 59.0%) e insomnio (n=16, 41.0%). (90)

Al momento del estudio las benzodiacepinas más utilizadas, el 56.4% (n=22) usaba clonazepam, seguidos por 25.6% (n=10) con lorazepam, 7.7% (n=3) con alprazolam y bromazepam, respectivamente, y un paciente con loflazepato de etilo (2.6%). La dosis promedio empleada fue de 14.4 ± 14.8 mg de diazepam (rango 1.5-80.0mg). A partir de la entrevista clínica, 69.2% (n=27) de los pacientes incluidos en el estudio presentaron dependencia a las benzodiacepinas. De éstos, 33.3% (n=13) presentaron una dependencia leve, 33.3% (n=13) una dependencia moderada y 2.6% (n=1) una dependencia grave, de la misma forma, 59.35% (n=16) de los pacientes dependientes reportaron tolerancia a las benzodiacepinas. Los pacientes con dependencia a las benzodiacepinas mostraron una mayor gravedad de los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad en contraste con los pacientes sin dependencia a las benzodiacepinas. Por otro lado, los pacientes con dependencia tuvieron un menor desempeño cognoscitivo y un menor funcionamiento psicosocial global. De acuerdo con la entrevista SCID-I, 92.6% (n=25) de los pacientes con dependencia a las benzodiacepinas reportaron haber tenido síntomas de abstinencia a ellas en contraste con 16.7% (n=2) de pacientes sin dependencia (90). En un estudio sobre la prevalencia de los trastornos y factores relacionados con el consumo de drogas en México encontró que para los hombres, la marihuana (14,4%) fue la sustancia de uso más frecuente en su vida, seguida por la cocaína (8,3%). La droga de elección para las mujeres era también la marihuana (2,0% consumo alguna vez en la vida), seguido muy de cerca por los tranquilizantes (1,8%). La tasa de consumo alguna vez en la vida de tranquilizantes entre las mujeres fue ligeramente superior que en los hombres (91).

12.6 Impactos en la salud, consumo de drogas México

Al evaluar los resultados de un estudio sobre los trastornos por consumo de drogas, los correlatos del consumo de drogas y la utilización de los servicios terapéuticos especializados por usuarios de drogas entre la población urbana de México de 18-65 años reveló que en general, 2,3% de la población declaró haber incurrido en el consumo ilícito de drogas en los últimos 12 meses, la marihuana y la cocaína fueron las sustancias más utilizadas. Los bajos niveles de escolaridad mostraron una asociación significativa con el consumo, el abuso y la dependencia. El uso de cualquier droga fue significativamente más común entre los que estaban en el grupo de edad más joven (18-29 años), en varones, o en habitantes de la región noroeste del país. En general, 1,4% tenían un historial de vida de abuso o dependencia de drogas, ello ocurrió con mucha más frecuencia en varones (2,9%) que en mujeres (0,2%). La prevalencia de 12 meses de abuso o dependencia de drogas fue del 0,4% en general (0,9% en varones y 0,0% para las mujeres) (92).

12.6.1 Comorbilidad

Existe una asociación significativa entre el nivel de dependencia al tabaco y la sintomatología depresiva en fumadores fuertes considerados aquellos que consumían más de 10 cigarrillos en el día. El estudio indicó que la asociación entre un mínimo de fumar y suave sintomatología depresiva en los fumadores pesados que en un total de 89 fumadores fuertes evaluados; el 74 de ellos (83%) padecían sintomatología depresiva mínima leve (93) .

12.6.1.1 Comorbilidad y consumo de alcohol en México

Se quiso observar la dependencia al alcohol y el uso de drogas ilícitas entre mexicanos y los estadounidenses mexicanos, se determinó que entre los bebedores, la comorbilidad fue significativamente más frecuente entre los mexicano-americanos que entre los mexicanos y se asocia positivamente con el nivel de aculturación entre los mexicano-americanos (94) . Aunque los datos pueden no ser generalizables, son importantes para una mejor comprensión de las influencias culturales en el desarrollo de condiciones comórbidas sustancia abuso entre los mexicanos que emigran a los Estados Unidos y sus necesidades de tratamiento de abuso de sustancias. Los mexicanos-americanos nacidos en los Estados Unidos tenían más probabilidades de ser comórbidos en estas condiciones, seguido por los mexicano-americanos nacidos en México y los mexicanos que aún viven en México. En estudios realizados en Puerto Rico donde (95) determinó que la prevalencia y los patrones de comorbilidad psiquiátrica son notablemente similares entre los consumidores de drogas de abuso de Puerto Rico, ya sea que vivan en San Juan o han emigrado a New Haven E.E.U.U, lo que demuestra la solidez de las diferencias en la ubicación geográfica

12.7 Escolaridad y Estado civil

Se determinó la prevalencia de los trastornos y factores relacionados con el consumo de drogas en México hubo una asociación de bajo nivel educativo (0-11 años de educación) con dependencia a cualquier droga (77). Los individuos al ser separados, viudos o divorciados aumentaron significativamente la posibilidad de consumo de drogas, en comparación a los que estaban casados o unión libre.

12.8 Vida social y núcleo familiar

Se analizó el uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores, determinando la prevalencia de los

trastornos y factores relacionados con el consumo de drogas en México se analizaron que las prevalencias más altas de abuso de drogas o dependencia, estas fueron en la región Noreste (2,2%), seguido de la Región Centro-Oeste (1,9%), Centro-este (1,6%). La población que vive en la región del Noroeste del país, donde la primer epidemia de drogas se ha visto en el país y donde por muchos años representa la tasa más alta de consumo que se haya registrado presenta una prevalencia de abuso o dependencia a las drogas del (1,4%) (%). La tasa más baja (0,3%) fue en los estados del Sureste. Los que viven en la región Noroeste del país se asocia con una mayor probabilidad de haber consumido sustancias en el último año. En contraste la probabilidad de abuso o dependencia en el último año es superior en la región Central-este seguido de la región Noreste y fue significativamente menor en la región Sureste (91).

13. Nicaragua

13.1 Tendencias del Consumo Nicaragua

13.1.1 Edad de consumo en estudio realizado a estudiantes de medicina

En cuanto al uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua (n=954) en consumo alcohol (66%) de los participantes, de 25 a 29 años el 57% de los 20 a 24 y el 43,5% de 15 a 19, en fumadores el 25,3% de los participantes, entre estos el 31% de los 25 a 29 años, el 27,9% de los 20 a 24 y el 19,8 de los 15 a

19. En consumo de algún tipo de medicamento el 48.7 de los participantes el 80% de los 20 a 24 años, el 54% de 15 a 19, y el 48% de 25 a 29. Consumo de cocaína el 2,6% del total de participantes, 3,4% de los 25 a 29 años, el 3% de los 20 a 24 y el 1,86 de los 15 a 19 años (96).

13.1.2 Consumo por género en estudio realizado con estudiantes de Medicina

Los autores del estudio, uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua (n=954), observaron que el consumo de alcohol el 61% de los hombres y el 49,3% de las mujeres. En fumadores el 64% de los hombres y el 20% de las mujeres. En consumo de algún medicamento el 63,8% de las mujeres y el 52,45 de los hombres. Consumo de cocaína el 9,85% entre los varones y 2,6% entre las mujeres (96)

Tipo de Sustancia En este estudio el uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua (n=954), la relación del uso de sustancias psicotrópicas, el 52,6% ha consumido alcohol, el 34,6 lo consume de forma habitual y el 34,6% inicio su consumo antes de entrar a la universidad; el 25,4% ha fumado, el 18,2 lo hace de forma habitual e iniciaron su consumo antes de entrar a la universidad un 18,2%; el 48,7% ha tomado algún tipo de medicamento, el 42,7% los consume de manera habitual y, el 42,7% inicio el consumo antes de entrar a la universidad; el 2,6% ha consumido cocaína, el 2,15 la consume de manera habitual e iniciaron su consumo antes de la universidad un 2,1%, el 0,8% ha consumido crack, y el 0,7% heroína (96).

9.1Sexo Los autores del estudio, uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León,

Nicaragua (n=954), observaron que el consumo de alcohol el 61% de los hombres y el 49,3% de las mujeres. En fumadores el 64% de los hombres y el 20% de las mujeres. En consumo de algún medicamento el 63,8% de las mujeres y el 52,45 de los hombres. Consumo de cocaína el 9,85% entre los varones y 2,6% entre las mujeres (96).

9.2 Tipo de Sustancia En este estudio, uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua (n=954), se muestra la relación del uso de sustancias psicotrópicas, el 52,6% ha consumido alcohol, el 34,6 lo consume de forma habitual y el 34,6% inicio su consumo antes de entrar a la universidad; el 25,4% ha fumado, el 18,2 lo hace de forma habitual e iniciaron su consumo antes de entrar a la universidad un 18,2%; el 48,7% ha tomado algún tipo de medicamento, el 42,7% los consume de manera habitual y, el 42,7% inicio el consumo antes de entrar a la universidad; el 2,6% ha consumido cocaína, el 2,15 la consume de manera habitual e iniciaron su consumo antes de la universidad un 2,1%, el 0,8% ha consumido crack, y el 0,7% heroína (96).

9.3 Vida social y núcleo familiar En uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua (n=954), el consumo de alcohol y tabaco es más frecuente en los niveles socioeconómicos altos, y se incrementa conforme mejora dicho nivel. El consumo de alcohol y tabaco es más frecuente entre los que cursan el cuarto año de la carrera y es más frecuente el consumo de alcohol entre los que profesan la religión católica y la de Testigos de Jehová. En relación al consumo y su relación con pareja, familiares y amigos resaltan los siguientes resultados: El 86,5 ha consumido café y sus familiares también consumen (93,3%), la cerveza ha sido consumida por 50,4% y señalan que 92,3% de

amigos la consumen; el ron ha sido consumido por 30,7% y el 92,8% de sus amigos lo consumen; la vodka es consumida por el 21, 3% y el 83,35% de sus amigos lo consumen, el vino es consumido por el 34,9% y lo consumen el 71,75% de familiares; los analgésicos son consumidos por el 44,3% y lo consumen el 83,4% de familiares; y, los cigarrillos son consumidos por el 19,2% y por el 66% de familiares(96) .

Vida social y núcleo familiar En uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua (n=954), el consumo de alcohol y tabaco es más frecuente en los niveles socioeconómicos altos, y se incrementa conforme mejora dicho nivel. El consumo de alcohol y tabaco es más frecuente entre los que cursan el cuarto año de la carrera y es más frecuente el consumo de alcohol entre los que profesan la religión católica y la de Testigos de Jehová. En relación al consumo y su relación con pareja, familiares y amigos resaltan los siguientes resultados: El 86,5 ha consumido café y sus familiares también consumen (93,3%), la cerveza ha sido consumida por 50,4% y señalan que 92,3% de amigos la consumen; el ron ha sido consumido por 30,7% y el 92,8% de sus amigos lo consumen; la vodka es consumida por el 21, 3% y el 83,35% de sus amigos lo consumen, el vino es consumido por el 34,9% y lo consumen el 71,75% de familiares; los analgésicos son consumidos por el 44,3% y lo consumen el 83,4% de familiares; y, los cigarrillos son consumidos por el 19,2% y por el 66% de familiares (96).

14. Perú

14.1 Consumo de drogas en estudiantes adolescentes en Perú.

El consumo de drogas es un problema de salud pública en todo el mundo y ha aumentado en los países en desarrollo. Las drogas ilegales como la marihuana y los inhalantes (terokal, el PVC, el benceno y / o acetona) se consumen cada vez a edades más tempranas. En el estudio(97)realizado por (4) encontró que la prevalencia de vida del consumo de drogas ilícitas entre

los estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana y Callao fue de 5,9% (marihuana) y el 4,8% (inhalantes). Uso de marihuana fue más frecuente en los hombres (7,6%) que en mujeres (2,71%), $p < 0.001$. La marihuana y los inhalantes se utilizan una frecuencia significativamente mayor ($p < 0,001$) en los que no viven con sus padres, había tenido dos o más fracaso escolar, que tiene problemas de conducta en la escuela y los 'novillos de juego' (absentismo).

14.2 Impactos en la salud sexual y el consumo de drogas de abuso en Perú.

En concreto, los estudios sobre la asociación entre las conductas sexuales y otros factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la transmisión del VIH / SIDA, en cuanto al consumo de drogas ilícitas y la asociación de las ITS. Reveló que entre los hombres, el uso de drogas ilícitas duplicó la probabilidad de relaciones sexuales con una pareja ocasional en el último año (conductas sexuales de alto riesgo) y se triplicó la probabilidad de ITS (98)

15. Venezuela

15.1 Venezuela y VIH consumo de drogas de abuso consecuencias en la salud

Alrededor de 3 millones de personas están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en las Américas, y cerca de 110.000 en Venezuela (99). El incremento en la frecuencia de subtipos no B en las Américas ha sido asociado a varios comportamientos de riesgo: el uso de drogas

endovenosa, el comercio sexual y movilizaciones sanitarias o militares. El mayor factor de riesgo sigue siendo los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, aunque el uso de drogas endovenosas y de jeringas compartidas ha jugado un papel significativo en la transmisión de la enfermedad en algunos países (ONUSIDA, 2007; Bastos et al., 2008 in: (99)

4. IMPACTOS EN LA SALUD POR CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN AMÉRICA LATINA

En la búsqueda en las bases de datos bibliográficas de Scielo, Isi Web of Knowledge, Scopus, Sciencedirect, Ebsco, Ovid y PubMed se encontraron 214 artículos de acuerdo a los criterios de búsqueda, términos MeSH en español, inglés y portugués [drug abuse, substance-related disorder, street drug, health effects, latin america, trends] de los cuales se hizo la lectura previamente de los resúmenes de los artículos, posteriormente selección de artículos por criterios de inclusión. Se organizaron los resultados de acuerdo al impacto generado en los diferentes sistemas funcionales del cuerpo humano dando como resultado:

4.1 Sistema cardiovascular

3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA) De acuerdo a la revisión de literatura por (61) los efectos simpaticomiméticos pueden causar arritmias, incluso en individuos sanos. Miocardiopatía, hipertensión, miocarditis viral y prolongación de la onda QT también se relaciona con toxicidad de la MDMA. Durante la fase aguda se puede producir sudoración, midriasis, alteraciones psicomotoras, Junto con los cambios cardiovasculares ya descritos. Todos estos efectos suceden por estimulación simpática por aumento en los niveles en sangre de la hormona

adrenocorticotropa con concentraciones plasmáticas elevadas de catecolaminas, que pueden causar hiperactividad noradrenérgica y explicar las complicaciones cardiovasculares. La muerte por sobredosis de MDMA se suele ser causada por arritmias o hipertensión, y se puede asociar con broncoespasmo agudo, reacciones alérgicas, hipertermia maligna, convulsiones, coagulación Intravascular diseminada y rabdomiólisis aguda, hepatotoxicidad e insuficiencia renal. El intervalo entre el consumo de drogas y la aparición de la muerte puede variar de 2 a 60 horas. Uno de los efectos más llamativos de la toxicidad aguda inducida por el uso de la MDMA es la inducción de la hipertermia o el síndrome de hipertermia, cuadro clínico que se caracteriza por presentar el usuario temperaturas en el cuerpo superiores a 43 ° C, que es una emergencia médica grave. El síndrome de hipertermia a menudo contribuye a la aparición de otros efectos graves sistémicos tales como rabdomiólisis, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia de múltiples órganos. En la mayoría de los casos, la hipertermia se asocia con el exceso de ejercicio y reposición insuficiente de líquidos. Además, los neurotransmisores 5-hidroxitriptamina y dopamina liberado por la MDMA están involucrados en el control central de la termorregulación, generación y mantenimiento del calor corporal. Ante el peligro de la hipertermia, muchos usuarios de la MDMA ingieren muchos líquidos para prevenir los efectos de la deshidratación. Sin embargo, la ingestión de grandes cantidades de líquidos asociados a niveles elevados de la hormona antidiurética (ADH), acción estimulada por la MDMA, contribuye a alteraciones electrolíticas conocidas como hiponatremia. Los pacientes con hiponatremia presentan confusión, convulsiones, delirio, que puede progresar rápidamente hasta el coma y la muerte. La MDMA también está relacionada con la aparición del síndrome de la serotonina, que se caracteriza por confusión, diaforesis, diarrea, y la inestabilidad cardiovascular con aumento del tono y la rigidez muscular, con temblores y

mioclonias. La contracción muscular excesiva puede llevar a la hipertermia, con una tasa de mortalidad 10% al 15%.

5.2 Problemas de salud asociados por el consumo de cocaína

Se indica de acuerdo con (61) que la exposición aguda de cocaína puede estar asociada a hipertermia, hipertensión, taquicardia, midriasis, estupor, depresión respiratoria y cardíaca y puede confundir la respuesta clásica al trauma y el shock hemorrágico. En los miocitos cardíacos, se disminuye la velocidad de despolarización, la amplitud y la velocidad de conducción del potencial de acción, causando arritmias cardíacas y muerte súbita. El consumo de cocaína lleva a una sensación de poder de forma incansable y, a dosis altas, produce agitación, insomnio, alucinaciones y convulsiones. El consumo crónico se asocia con el desarrollo de la psicosis y paranoia. Estudios recientes en los seres humanos no anestesiados, mostraron que el efecto hipertensivo inhalado de la cocaína es causada por un gran aumento del débito cardíaco coincidiendo con la vasoconstricción periférica y estimulación simpática cardíaca directa. Después de la administración aguda, un rápido aumento de la presión arterial se asocia con muerte súbita causada por una hemorragia subaracnoidea y ruptura del aneurisma aórtico. La taquicardia ventricular y fibrilación ventricular con muerte súbita también están bien documentadas. La etiología común es la isquemia secundaria a la sobrecarga cardíaca.

En el paciente con dolor torácico no traumático se debe pensar en la disección de rotura aórtica, disarritmias, miocarditis y miocardiopatía dilatada. La asociación de la cocaína, e infarto agudo de miocardio (IAM) e isquémica miocárdica fue notado por primera vez en 1982. El ECG de estos pacientes puede ser anormal incluso en isquemias definitivas (ausencia de IAM). Cuarenta y tres por ciento de consumidores de cocaína con dolor torácico o infarto agudo de miocardio sin cambios electrocardiográficos es criterio la terapia de reperfusión precoz. La

patogénesis de la isquemia incluye suministro de oxígeno del miocardio, la vasoconstricción de segmentos coronarios tanto normales como arteroscleróticas, siendo esta última, más pronunciado. (61) Como resultado, los consumidores de cocaína presentan mayor probabilidad de tener un infarto de miocardio coronario, la agregación plaquetaria y la formación de trombos. La letalidad de la cocaína se asocia con aumento de la captación máxima oxígeno con la vasoconstricción coronaria concomitante. La demanda de oxígeno del miocardio se incrementa conduciendo a isquemia o infarto.

La vasoconstricción de las arterias coronarias puede ser causada por la cocaína y sus metabolitos, lo que explica que la isquemia o el infarto puede ocurrir varias horas después de su uso. La asociación entre la cocaína y el tabaco pueden agravar los efectos de la cocaína sobre la oferta y la demanda miocárdica de oxígeno mediante el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial y disminuir el diámetro de arterias coronarias enfermas. Otra combinación que con frecuencia conduce a la muerte es una asociación entre el alcohol y la cocaína, que produce el metabolito cocaetileno, que también bloquea la recaptación de la dopamina en la hendidura sináptica potenciando los efectos sistémicos de la cocaína. El uso crónico de cocaína puede causar hipertrofia ventricular izquierda, disfunción sistólica, miocardiopatía dilatada y depresión miocárdica. Muchas disritmias y defectos de la conducción se relacionan con el uso de la cocaína, pero el potencial arritmogénico de las drogas no está bien definido. Ser un agente simpaticomimético, aumenta la irritabilidad y disminuye el umbral de fibrilación ventricular. La endocarditis bacteriana es otro riesgo asociado al consumo de drogas (acceso a contaminantes venosa, adulterantes, aumento de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial que lleva a la disfunción de la válvula y vascular que predisponen a la invasión bacteriana). Debido a la intensa

vasoconstricción que se asocia al consumo de drogas, los pacientes con trauma grave asociado a hipovolemia pueden tener la presión arterial media normal.

La disminución del recuento de plaquetas con el uso crónico de la cocaína está bien descrita. Teorías han tratado de explicar la trombocitopenia inducida por cocaína, los altos niveles de catecolaminas, como la noradrenalina, la vasoconstricción arterial directa; hace que los agonistas de los receptores alfa-adrenérgicos, se unan a los receptores plaquetarios, con ocupación de estos receptores e inducen la activación de las plaquetas, siendo que la combinación de vasoespasmo arterial y la activación plaquetaria, en teoría aumenta el riesgo de trombocitopenia en los consumidores de cocaína (61).

La cocaína también puede precipitar convulsiones, estas pueden ocurrir por hipertermia aguda secundaria a la actividad muscular e intensa vasoconstricción que impide la disipación de calor corporal. Estudios en animales han demostrado que la cocaína de manera dosis-dependiente, afecta el centro termorregulador en el hipotálamo, y puede causar cambios significativos en la temperatura corporal. El Accidente vascular encefálico (ACV) isquémico o hemorrágico puede ser secundaria a la isquemia por vasoespasmo, trombosis de la arteria cerebral y vasculitis, o por la ruptura de un aneurisma o malformaciones vasculares.

5.3 Cocaína efectos en la salud Brasil un reporte de caso

El consumo de cocaína se ha asociado con enfermedades cardiovasculares, entre ellos la isquemia e infarto de miocardio. Desde el primer informe de la asociación entre el uso de la cocaína, la isquemia del miocardio e infarto en 1982, los efectos cardiovasculares de la cocaína han sido extensamente estudiados con el fin de establecer su mecanismo fisiopatológico, los cambios estructurales, los métodos de diagnóstico, pronóstico y los efectos hemodinámicos. Este estudio informa de un caso de infarto de miocardio múltiples inducidas por el uso de la

cocaína con el estudio necrópico. La necropsia reveló agrandamiento del corazón tamaño, que muestra la dilatación de las cámaras con múltiples infartos de edad. A pesar de los ventrículos se más intensamente afectadas que las aurículas, se que todas las cámaras del corazón se dilata. Microscópicamente, los miocitos cardíacos, especialmente en el subendocardio cambios degenerativo Avanzada se caracteriza por la pérdida de miofibrillas, un efecto que da la apariencia de las celdas vacuolado.

5.4 Piel

5.4.1 Cocaína

La inhalación de cocaína por la nariz de forma crónica, por sus efectos vasoconstrictores resulta en necrosis y perforación del tabique nasal. La cocaína también se ha vinculado a los casos de porfiria aguda, verrugas intranasales, esclerodermia, púrpura de Henoch-Schöenlein y vasculitis Schurger Strauss. Es común encontrar excoriaciones generalizadas secundarias a ingreso de parásitos y sensación de hormigueo inducida por la cocaína. (101), describieron un cuadro de síndrome de Stevens-Johnson recurrente en aquellos consumidores que adquirieron la droga de un proveedor diferente al habitual, los autores consideran la posibilidad de que las lesiones cutáneas se han disparado por los adulterantes comúnmente incorporados a la cocaína. (101) El eritema multiforme ampolloso también ha sido reportados en los consumidores de cocaína que no tenía ningún otro factor que podría atribuirse como causa.

5.4.2 Crack

Fumadores de crack con frecuencia presentan lesiones puntiformes, hiperqueratósicas, ennegrecidas en las superficies de las palmas y ventral de los dedos, más evidente en la mano dominante (crack las manos). Estas lesiones se atribuyen a las quemaduras de la tubería utilizada que contiene la droga hecho que se repite, ya que la intoxicación cerebral hace que el usuario sea menos consciente del trauma térmico. Las altas temperaturas alcanzadas por vapores durante el consumo de crack también dar lugar a adelgazamiento de las cejas También se informa de la necrosis aguda segmentaria de la epidermis, asociado con livedo reticular y acrocianosis posiblemente provocada por vasoespasmo prolongado (101).

5.4.3 Heroína

Desde los años 80, hay una presentación en el mercado: la heroína marrón (*black tar heroin*), es una pasta de consistencia gomosa, de color marrón que debe ser diluida para su uso, producida principalmente en Irán y México. Esta se puede consumir a través de la inhalación de los vapores que se desprenden cuando se calienta sobre pedazos de papel aluminio o mezclada con tabaco de un cigarrillo convencional, sin embargo, estas dos vías de administración son ineficaces. La vía preferida es la inyección.

Una inusual epidemia de lesiones pigmentadas en la lengua, clínica e histológicamente compatible con eritema pigmentado fijo, fue descrito en Holanda a inicios de los años 80. Todos los pacientes involucrados tenían en común el hábito de fumar la heroína. (101)

5.5 Manifestaciones cutáneas por el uso inyectable de drogas ilícitas

Los sitios preferidos son las venas (cocaína y heroína) por producir efectos más rápidos e intensos. Los sitios preferidos son las venas de la fosa antecubital del brazo no dominante no solo para facilitar el acceso sino también por la posibilidad de que las marcas sean ocultadas por camisas de manga larga. Como las venas se hacen menos accesibles, por fenómenos escleróticos, los usuarios temerosos de los poderosos efectos obtenidos por vía intravenosa, se la inyectan en el tejido subcutáneo, lesión conocida como la piel estrellada, (skin popping), o en los músculos, músculo estrellado, (muscle popping). El uso inyectable de estas drogas resulta en la más drástica lesión cutánea, aguda o crónica. Algunas son causadas por las mismas drogas, pero la mayoría son provocados por adulterantes. Tanto la cocaína y la heroína son sustancias incompatibles con el uso de talco, quinina, almidón, azúcar, harina entre otros, en la inyección, fenómeno utilizado por los traficantes con el fin de aumentar las ganancias.

5.5 Manifestaciones agudas por el uso de drogas de abuso inyectables.

Las manifestaciones agudas más comunes son infecciones de piel y partes blandas, principales causa de hospitalización entre los usuarios de drogas inyectables. El mecanismo por el cual se establece las infecciones probablemente implica traumatismo de los tejidos por efecto de las drogas y sus adulterantes, isquemia tisular e inoculación de bacterias. (101), A medida que las inyecciones se repiten en el mismo sitio, la piel y los tejidos circundantes se vuelve más

susceptibles a los patógenos infecciosos por ejemplo el *S. aureus* o en combinación con las bacterias anaeróbicas, estos son en su mayoría de origen oral. El espectro de manifestaciones es amplio que van desde los abscesos superficiales sin importancia a los casos potencialmente mortales como la fascitis necrotizante, las celulitis extensas e incluso piomiositis, una infección poco frecuente y el absceso piógeno del músculo esquelético. Entre los factores de riesgo para la formación de abscesos de piel y tejidos blandos el mayor es el uso subcutáneo (skin popping), con la introducción de sustancias irritantes incluso bacterias, directamente a los tejidos, el uso por vía intravenosa conduce a otros riesgos sistémicos, impidiendo la concentración local de irritantes y microorganismos. Le sigue en orden de importancia, el uso de agujas poco higiénicas impregnadas con la mezcla de cocaína + La heroína (speedball). (101). La candidiasis sistémica es la infección micótica más común entre los consumidores de heroína y puede manifestarse como endocarditis, endoftalmitis, y osteítis. La foliculitis por *Candida*, prácticamente es exclusiva de este grupo de pacientes que es morfológicamente similar a la foliculitis bacteriana sin embargo; algunas características permiten su diferenciación: las lesiones son dolorosas, característica más llamativa, afectan principalmente el cuero cabelludo, barba, tronco y región púbica, los cultivos bacterianos son negativos, y las lesiones no responden a los antibióticos habituales. La foliculitis por *Candida* se interpreta como una lesión secundaria a la candidiasis sistémica, en la mayoría suelen ser transitoria. Se considera una probable forma de contaminación la presencia de levadura en la propia droga, en los que se utilizan el jugo de limón para diluir la heroína marrón o incluso la aguja ya que es habitual entre los adictos humedecerla con la saliva antes de aplicarlo.

El botulismo transcutáneo es una parálisis flácida descendente, potencialmente mortal, provocada por la neurotóxica producida por el *Clostridium botulinum* que crece en las lesiones. A partir de 1988 California ha experimentado un aumento espectacular en los casos de botulismo transcutáneo y la mayoría de forma

abrumadora en los consumidores de heroína marrón inyectable. Asimismo; más de la mitad de los casos de tétanos reportados en California entre 1988 y 2000 estaban relacionados con el consumo de drogas inyectable. Los opiáceos pueden producir degranulación de los mastocitos por mecanismos no inmunes, siendo esta la razón de la urticaria, queja común entre los consumidores de heroína.

Estudios realizados por (42), donde se evaluó la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) – y *Tripanosoma cruzi* con co-infección en un centro de salud de Buenos Aires (Argentina). Se observó; que la prevalencia global de co-infección fue del 4,2%, siendo más frecuente entre usuarios de drogas inyectables (UDI; 8,9% vs 2,6%, $p < 0,05$). La indicación de *T. cruzi* de prueba debe hacerse hincapié en los pacientes infectados por el VIH, especialmente en aquellos centros en los UDI son asistidos.

5.6 Manifestaciones crónicas por el Consumo de drogas de abuso inyectables.

Las cicatrices resultantes del hábito prolongado de la inyección subcutánea (Piel estrellada) son muy características: son pequeñas (0,5 a 3 cm de diámetro) redondos u ovalados, suelen ser múltiples, ligeramente atrófica e hiperpigmentadas algunas veces, en aspecto de sacabocado, dispuesto en la cara extensora de los antebrazos y dorso de las manos. Otros lugares para esta vía de administración son el abdomen y los muslos. El trauma prolongado y la repetida inyección en las venas lleva a producir cicatrices lineales, escleróticas a menudo hiperpigmentadas llamadas needle tracks (pistas de aguja) por que se asemejan a las vías del tren en su apariencia recta. La intensidad de las lesiones y la rapidez con la que se establece depende de lo que se inyectan, los

adulterantes y diluyentes presentes. La quinina, por ejemplo, es el contaminante con mayor potencialmente esclerosante. La necrosis de las extremidades es otra de las consecuencias del uso dramático de las drogas ilegales inyectables. Aunque puede ocurrir con cualquier droga, es más común en los consumidores de cocaína que emplean intencionalmente o no, la vía arterial. El vasoespasmo inducido por la cocaína, un agente vasoconstrictor potente, y los fenómenos oclusivos generados por la inyección de contaminantes que actúan como émbolos son de los principales factores involucrados en etiopatogenia. Los contaminantes, especialmente el talco, son capaces para inducir la formación de granulomas en los sitios de inyección o por vía venosa. (101)

En los pacientes que utilizan inyecciones de anfetaminas, el propio talco presente en las pastillas es el responsable del desarrollo de granulomas cutáneos.

5.6.1 Cannabis

Los consumidores de marihuana presentan un aumento del riesgo de envejecimiento prematuro de la piel, con palidez marcada y arrugas prominentes. (101), Los derivados del cannabis presente en los carcinógenos encontrado en el tabaco, serían capaces de actuar como un factor de riesgo para neoplasias malignas del pulmón, vías respiratorias superiores, colon y vejiga, entre otros. Clásicamente el éxtasis es hepatotóxico, las primeras manifestaciones de la piel que se describen son las dermatosis acneiformes en la cara, desprovistas de comedones abiertos o cerrados y de rápido inicio. Una posible explicación es la patogenia de las lesiones en la piel sería una perturbación del metabolismo de los esteroides sexuales, secundaria a la hepatotoxicidad de la droga, con los consiguientes estímulos de las glándulas sebáceas. Los poppers pueden actuar como factores desencadenantes de la dermatitis de la piel de contacto. Otros estudios han demostrado la capacidad de sensibilización inmediata (Urticaria de contacto) y tardía en estos compuestos. (101)

5.7 Problemas del consumo de drogas de abuso y prácticas sexuales

Un estudio desarrollado por las Secretarías de Salud y Educación del estado Minas Gerais, estado del sudeste de Brasil, con estudiantes agrupados en dos grupos uno de 10-14 años y otro de 15-19 años en las escuelas públicas mostró que aproximadamente dos tercios de los adolescentes (65% - 25% del sexo masculino y 75% siendo las mujeres) informó no haber tenido relaciones sexuales. De los que habían iniciado relaciones sexuales, la media de vida de individuos sexualmente activos fue de 2,74 años para los varones y 1,34 años para las niñas. Con respecto al uso del preservativo, las proporciones varían según la naturaleza de la asociación y el sexo. De los 1.307 adolescentes quien dijo que tuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales, el uso constante de condones fue reportado por el 63,7% de los hombres y 49,8% de las mujeres. Con pareja estable, 60,4% de los adolescentes varones y el 42,7% en las mujeres. (102) Al analizar el uso constante entre los que habían tenido relación sexual tanto para pareja estable como con parejas ocasionales, las proporciones observadas fueron 58,4% en los varones y 43,5% de las mujeres. Cuando se le preguntó sobre las razones que los llevó a tener la última relación sexual sin uso del condón, muchos rechazaron la respuesta. Sin embargo, tomando el número total de adolescentes que había iniciado la vida sexual el 24,5% dijeron que no usaron condones en la última relación sexual, ya que confiaban o no tenían pareja, el 20,6% por falta de información y / o acceso, el 16,7% informó no gastar o usar preservativos y 4.3% dijo que no usó porque sus amigos también no

utilizaban y / o debido a otras razones que la especificada. Con referencia a la última relación sexual, el 4,1% de los adolescentes reportaron haber tenido sexo, ya que estaban bajo el efecto de bebidas alcohólicas. Las niñas presenta menor proporción de uso constante del preservativo en las relaciones de parejas ocasionales que los varones (50% vs 63,7%, 181/362 y 490/769, respectivamente. El uso de drogas ilícitas parece modular el uso de preservativos entre los adolescentes que tienen relaciones sexuales ocasionales y estables. En el primer grupo de los que hicieron uso o han usado alguna sustancia ilegal el 55,7% reportó el uso de condones constantemente, mientras que para los que nunca habían usado drogas ilícitas, este porcentaje fue de 65,4%. Para el segundo grupo el uso constante se informó sólo el 42,7%, mientras que para los que nunca había utilizado dichas sustancias, el porcentaje de uso constante fue de 64.1%. El uso constante de condones fue menos frecuente entre los que habían usado o usan cigarrillos o el alcohol, la proporción de 60,7% , en comparación con una proporción de 71,1% en los que informó no consumo de alcohol y cigarrillos. Encontramos que los adolescentes hombres que nunca habían hecho uso de sustancias legales o ilegales se muestran como los que presentaron mayores proporciones del uso del preservativo 71,1%. (102) Otro factor que influyó a la coherencia del uso del condón en relaciones con una pareja estable fue la edad. Los adolescentes de 15-19 años parecen usar los condones de forma menos consciente que los de 10-14 años. Entre tanto que el 56,1% de los más jóvenes referían el uso del preservativo de forma más consciente, esta proporción es sólo 39,9% entre los mayores.

5.8 Complicaciones de salud en el sistema respiratorio

A diferencia del tabaco que el efecto fisiopatológico es bien conocido, en la literatura hay escasa información disponible sobre los efectos de otras drogas, incluyendo la relación entre el consumo de drogas inhaladas o fumadas y el enfisema buloso, aunque algunas investigaciones indican una relación causal,

con una distribución de bulas de gran tamaño principalmente en los lóbulos superiores. (103)

Se calcula que el enfisema buloso afecta aproximadamente del 2 al 4% de consumidores de drogas endovenosas. La explicación que algunos autores dan es la formación de granulomas de cuerpo extraño con el desarrollo posterior de fibrosis pulmonar y formación de microbulas que se unen para constituir una bula de tamaño mucho mayor. Otro hipótesis es la lesión del lecho capilar pulmonar por embolia o cuerpos extraños, émbolos sépticos, lo que lleva a la formación de cavidades de paredes delgadas, la persistencia de este fenómeno lleva que varias cavidades se fusionan y dan como resultado la bula. (103) Los cambios más conocidos en el consumidor de drogas en comparación con los pacientes que presentan enfisema buloso secundario a el consumo de tabaco, son generalmente: más jóvenes, tienen bulas de mayor dimensión prevalente en los lóbulos superiores, a diferencia de las bulas de diferentes tamaños distribuidas de forma difusa observada en fumadores. Por otra parte, el enfisema asociado el déficit de $\alpha 1$ antitripsina es tipo panlobulillar y de predominio de los lóbulos inferiores. Al igual que en grupos de pacientes toxicodependientes, se describe como el enfisema buloso en pacientes fumadores y consumidores de droga posiblemente crea las condiciones necesarias para el desarrollo de bulas más grandes, en particular en los lóbulos superiores.

5.8.1 Cocaína

Las complicaciones pulmonares secundarias al consumo de cocaína ocurren en el 25% de los usuarios que va desde las crisis de asma a la hemorragia pulmonar fatal. En las vías respiratorias comunes ocurre epistaxis, perforación del tabique

nasal, úlceras orofaríngeas por la vasoconstricción y necrosis isquémica. Como irritante directo a las vías respiratorias, la cocaína causa daños a nivel de las células epiteliales bronquiales, estimulando y exponiendo los receptores vagales, causando broncoespasmo severos y exacerbando el asma. (104) En los pulmones, la cocaína altera la función de los macrófagos alveolares y la producción de citoquinas, lo cual puede resultar en la inmunosupresión y complicaciones infecciosas.

La activación de las células polimorfonucleares, resulta de una súbita actividad inflamatoria. Inhalaciones sostenidas pueden causar neumotórax y neumomediastino y se asocia con disminución de la capacidad de difusión pulmonar, posiblemente debido a la vasoconstricción de los capilares pulmonares. El edema pulmonar no cardiogénico por toxicidad endotelial puede ocurrir, con aumento de la permeabilidad celular y aumento de la resistencia vascular causando insuficiencia ventricular izquierda aguda, resultando con edema pulmonar no cardiogénico. (104)

5.9 Complicaciones a nivel del Sistema Gastrointestinal y renal

5.9.1 Complicaciones por consumo de 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA)

La falla multiorgánica atribuida a la hiperpirexia, provocada por el consumo de MDMA ocasiona insuficiencia hepática y renal.

El análisis histológico del hígado por lo general se caracteriza por necrosis centrolobulillar y esteatosis microvascular. Los pacientes suelen presentar ictericia, dolor abdominal, elevación de las transaminasas plasmáticas,

hipoglicemia y aumento en el tiempo de protrombina. En los riñones, la hipertermia unida al exceso de ejercicio, aumento del tono y rigidez muscular y reposición insuficiente de líquidos conlleva a rhabdomiólisis con acumulación de proteínas en capilares glomerulares e intersticio renal, causando glomerulonefritis y necrosis tubular (105).

5.9.10 Complicaciones a nivel del Sistema Gastrointestinal y renal por consumo de Cocaína

Entre las complicaciones gastrointestinales esta la isquemia aguda secundaria a intensa vasoconstricción y la reducción del flujo sanguíneo arterial por estimulación de los receptores α -adrenérgicos que pueden resultar con úlcera duodenal y perforación, por lo general tres días después del consumo de cocaína. Las acciones anticolinérgicas de la cocaína produce hipomotilidad, disminución de tiempo de vaciado gástrico con aumento en la exposición al ácido gástrico, lo que contribuye a la formación de úlceras (104).

6. Consumo de drogas de abuso y daño en mucosa oral

6.1 Crack, (pasta base de cocaína)

América Latina concentra la totalidad de producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína del mundo, la reducción de la demanda en Norte América, ha hecho que el consumo local en países de América Latina aumente. Según los datos que proveen los centros de tratamiento, el alcohol y el tabaco, seguidos por la marihuana, son las drogas de inicio más frecuentes de los

pacientes atendidos en centros de tratamiento; pero las drogas ilícitas de mayor impacto en la salud son la cocaína, la pasta base y el crack. La pasta base de cocaína, llamado en algunos países crack, basuco, Paco etc. Se realizó un estudio en el Brasil, por (106) , donde el objetivo fue evaluar cuantitativamente micronúcleos (MN) en la mucosa de los usuarios de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en una población brasileña. De acuerdo con los resultados por (106), demostró; la formación de una mayor frecuencia de micronúcleos en las células MN y en el grupo CAPSad. Mediante este estudio se demuestra experimentalmente como la pasta base de cocaína, afecta el desarrollo la mucosa oral mediante la formación de micronúcleos. Otro estudio realizado por (107) evaluó el efecto de fumar Pasta base de cocaína (crack) en el área nuclear (NA), el área citoplasma (CA), y núcleo-citoplasma a relación de área (NA / CA) de células epiteliales escamosas oral. El estudio realizado por (107) reveló que la cocaína crack era capaz de inducir cambios significativos en las células del epitelio oral. Desde ilícito de drogas se utiliza normalmente en asociación con otros factores de riesgo para el cáncer oral (tabaco y alcohol), los consumidores de cocaína crack debe tener frecuentes exámenes orales de prevención.

7. Drogas de abuso y embarazo

7.1 Alcohol (Etanol)

Ya que el etanol atraviesa fácilmente la barrera placentaria y puede determinar los efectos teratógenicos para el feto. El síndrome de alcoholismo fetal es la consecuencia más grave para el feto del consumo de alcohol durante el embarazo y se caracteriza por retraso del crecimiento intrauterino, déficit mental, alteraciones musculoesqueléticas, genitourinarias y cardíacas. Alteraciones neurológicas determinado por el etanol incluye alteraciones en la mielinización e hipoplasia del nervio óptico al parecer puede estar mediado por GABA.(108) Para

la madre, la intoxicación alcohólica aguda provoca aumento de la acidez gástrica simultáneamente produce disminución de los reflejos protectores de las vías respiratorias. Esta asociación expone a la gestante a un alto riesgo de aspiración pulmonar del contenido gástrico, ya que el embarazo de por sí produce retraso en el vaciado gástrico. Cuando las madres interrumpen el consumo, las manifestaciones de la abstinencia del alcohol pueden aparecer de 6 a 48 horas a 10 días. Incluye básicamente síntomas exacerbados del sistema nervioso autónomo simpático, como taquicardia, hipertensión, arritmias, insuficiencia cardíaca, además de delirio, alucinaciones y temblores.

La presencia de trastornos psiquiátricos ha sido relacionado con una mayor incidencia de complicaciones obstétricas y contribuye a un mayor consumo de bebidas alcohólicas. Pinheiro et al. Estudiando gestantes usuarias del sistema único de salud (SUS) pacientes con sospecha de trastornos psiquiátricos presentan más problema emocionales que pacientes consideradas dependientes de alcohol, relacionando el estrés y la ansiedad con complicaciones obstétricas especialmente con aumento de la resistencia de la arteria uterina en los últimos trimestres del embarazo (108).

7.1.1 Cocaína

La prevalencia del uso de cocaína y de crack a aumentado dramáticamente los mismo que sus complicaciones: parto prematuro, desprendimiento prematuro la placenta (108).

Otros estudios que analizaron gestantes con consumo de cocaína, marihuana o la presencia de los dos, sugirieron una fuerte correlación entre consumo materno y bajo percentil de peso menor a 2.500 gramos, además se observó prematuridad en el grupo de casos positivos con una media de 36,92 semanas y mediana de 37

semanas (109) . La cocaína atraviesa fácilmente la barrera placentaria, al actuar directamente sobre la vascularización fetal causa vasoconstricción resultando en malformaciones urogenitales, del sistema cardiovascular y del sistema nervioso central. Por otra parte, como el flujo sanguíneo uterino no es auto-regulado, su reducción causa insuficiencia útero-placentaria, hipoxemia y acidosis fetal (108). En las mujeres embarazadas con pre eclampsia y eclampsia puede ser muy difícil diferenciar las convulsiones causadas por la cocaína ya que la combinación de hipertensión, proteinuria y convulsiones como resultado del consumo agudo de cocaína puede ser confundido con pre eclampsia, y estudios de laboratorio son necesarios para diferenciar los dos trastornos. (104) (108)

7.1.2 Pasta base de cocaína (Crack o basuco) y desarrollo embrionario

Realizando (110) uso de un bioensayo de embrión de ratón, examinaron las propiedades embriotóxicas de suero obtenido de ocho mujeres que habían ingerido pasta base de cocaína (PBC) durante un período de 1-3 años. Los resultados proporcionaron la primera evidencia experimental de compuestos embriotóxicos en el suero de las mujeres CBP fumadores de Pasta base de Cocaína. Este estudio pone de relieve el riesgo de reproducción de ingestión crónica de (CBP) Pasta base de Cocaína y demuestran la necesidad de realizar más estudios. Esto india de acuerdo con (110) que los daños en el ADN aumentan considerablemente y los efectos embriotóxicos, aumentan el riesgo de abortos de estas.

Problemas de salud asociados al consumo de basuco: Son diversos los problemas causados por el consumo de basuco estudios realizados demuestran, que el consumo de basuco produce alteraciones clínicas e histológicas en la encía, compatibles con absceso gingival, entre otras patologías (75).

Consumo gestacional de basuco: El consumo gestacional de basuco y un comportamiento neurológico especial por parte de los neonatos de madres consumidoras de pasta base (basuco). Estos hallazgos mostraron que los

neonatos sometidos al riesgo del consumo gestacional de basuco por parte de sus madres, presentaron alteraciones neurológicas y signos de supresión definidos que sugieren una acción directa del sicofármaco sobre el sistema nervioso central, la cual perdura varios días. Otro de los hallazgos fueron hipertonia y la hipotonia musculares, las demás alteraciones fueron significativamente más prolongadas en los hijos de madres consumidoras de basuco (111). Estudios realizados por (111) se encontró que los niños expuestos presentaban retardo generalizado del crecimiento, incluyendo el tamaño del cerebro, y un cuadro neurológico caracterizado por: llanto deprimido, irritabilidad, nauseas y disminución de los reflejos de succión, marcha automática, enderezamiento y del alpinista. Manotas y colaboradores menciona en estudio realizado que tanto el neonato como en su madre consumidora de basuco las concentraciones de plomo en la sangre son casi el doble de las de sus respectivos controles ($p < 0.05$); desconocemos.

7.1.2.5 Pulmones: Los fumadores de pasta de coca (basuco) producen una neumonía descamativa con lesiones con cambios intersticiales e inflamación bronquial leve. Sin embargo, los histiocitos en los espacios alveolares son mucho más numerosos y contienen más evidentes impurezas metálicas (112) .

7.1.3 Cannabis

Es probablemente la droga ilegal más utilizada durante el embarazo, con una incidencia de entre el 10% y 27%. El uso combinado la marihuana con otras drogas es común, lo que hace, a menudo difíciles de identificar los efectos directos la marihuana sobre el feto. Aparentemente disminuye la perfusión útero-placentaria y perjudica el crecimiento fetal. Además, algunos estudios han

demostrado que la utilización perinatal de la marihuana conduciría a retrasar la maduración del sistema nervioso fetal y un aumento de los niveles plasmáticos de norepinefrina en el nacimiento provoca alteraciones neurocomportamentales precoces. Sin embargo, a pesar del uso generalizado, la evidencia de efectos nocivos de la marihuana sobre el feto es pequeño. La inhalación aguda en la madre produce descarga simpática como taquicardia, congestión conjuntival y ansiedad, en cuanto a su uso crónico para la madre puede causar letargo, irritabilidad y alteraciones en el sistema respiratorio, como bronquitis crónica e infecciones repetición. De esa forma, la inhalación aguda puede potenciar la acción de los fármacos anestésicos en el sistema cardiovascular y la acción depresora sobre el sistema nervioso central (108).

7.1.4 Tabaco

Los productos derivados del tabaco, como el monóxido de carbono y la nicotina pasan fácilmente a través de la placenta. El monóxido de carbono tiene una alta afinidad por la hemoglobina fetal, impidiendo la fijación del oxígeno, favoreciendo así la hipoxemia fetal. La nicotina reduce la síntesis de prostaciclina, que causa vasoconstricción y aumento de la resistencia vascular. Además, la placenta de madres fumadoras tienen características sugestivas de hipoperfusión y en consecuencia, una mayor incidencia de retraso en el crecimiento intrauterino, desprendimiento placenta y ruptura prematura de membranas. Fumar en el postparto también es dañino para el bebé, ya que los productos del tabaco pasan a través de la leche materna, además de disminuir la producción de leche (fumador activo y pasivo). Sólo el 20% de las mujeres embarazadas fumadoras dejan de fumar (108).

7.2 Drogas de abuso e Interacciones con anestésicos

La respuesta de la succinilcolina prolongada en pacientes anestesiados se puede observar en pacientes consumidores crónicos de cocaína, con niveles bajos de pseudocolinesterasa. En la intoxicación aguda, la cocaína compete con el

metabolismo de la succinilcolina por pseudocolinesterasa, resultando en la disminución del metabolismo de ambos.

7.3 Sistema nervioso y salud mental

7.3.1 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA)

Entre las alteraciones agudas están los cambios neuropsiquiátricos que incluyen cambios en la percepción del tiempo y la percepción visual, con autoconfianza, empatía, disminución de la agresión, seguido por una mayor interacción social (105).

Hay aumento de la energía emocional y física característica atribuida de los psicoestimulantes. Los efectos a corto plazo son euforia, insomnio, fatiga, depresión y disminución de la ansiedad. Otros efectos sobre el sistema nervioso central incluyen cambios en la cognición, el comportamiento, psicosis extrañas y alucinaciones. Los cambios en la percepción y las alucinaciones se producen en casos de envenenamiento dosis más altas de 300 mg. Por otra parte, los usuarios de MDMA muestran un alto riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos, que están clasificados como agudos (que ocurren dentro de los primeros 24 horas después del consumo de drogas), subaguda (A menudo se observan 24 horas a 1 mes después la ingestión de MDMA) y crónica (que corresponde a meses). Las complicaciones agudas más frecuentes son el insomnio, flashbacks, trastorno de pánico y psicosis, las complicaciones subaguda incluyen la depresión, náuseas, irritabilidad y la ansiedad. Los trastornos de pánico, psicosis, depresión y alteraciones en la memoria constituyen las principales complicaciones crónicas (105).

Los efectos neurológicos del consumo a corto plazo de la MDMA también se ha descritos incluyen hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracraneal o infarto cerebral. Además de los cambios de comportamiento, otros efectos adversos se producen durante un período corto después de la ingestión de MDMA como la elevación de la presión arterial, arritmia, náuseas, sudoración, temblores, bruxismo, trismo, hiperreflexia, incontinencia, tensión muscular, sensación de frío y calor y nistagmos, dificultad de las tareas mentales y físicas (70%) disminución del apetito (65%) y el trismo (65%) constituyen los efectos adversos más frecuentes. Los efectos a largo plazo constantemente aparecen después de 7-9 semanas que incluyen la anemia aplásica y los cambios faciales que son secundarios a trismo y bruxismo (síndrome de la articulación temporomandibular, erosión dental y dolor miofascial) (105).

Los estudios en ratas han demostrado que el uso recreativo de MDMA promueve el rápido aumento de la concentración de 5-hidroxitriptamina (5-HT) mediada por mecanismos diferentes: la MDMA estimula la liberación e inhibe la recaptación de la 5-HT y bloquea la enzima monoamino oxidasa A (MAO A), responsable del metabolismo de la 5-HT. De hecho, la liberación de 5-HT inducida por MDMA in vivo es atenuada por los inhibidores de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina y la citalopram. El efecto inicial sobre la concentración de la MDMA extracelular 5-HT es reversible, volviendo a la normalidad 3-4 horas. El segundo efecto de la MDMA en el cerebro de la rata es disminuir el número de terminaciones nerviosas serotoninérgicas, principalmente en los núcleos de rafe. La MDMA también provoca una disminución en la actividad triptofanhidroxilasa (TPH), responsable de la síntesis de 5-HT. Los estudios in vitro demostraron que la acción de la MDMA sobre las neuronas dopaminérgicas es el bloqueo de la recaptación de la dopamina, mientras que los estudios in vivo no es muy claro lo que sugiere que la MDMA provoca la liberación de dopamina en la mayoría de las regiones cerebrales. In (105) Huether et al. Informaron que la MDMA estimula la liberación de dopamina en las sinapsis dopaminérgicas y que la activación de

los receptores 5-HT_{2A}, a través de liberación de 5-HT parece facilitar la liberación de dopamina inducida por las anfetaminas. Las complicaciones psiquiátricas agudas MDMA, incluyen ataques de pánico y cambios en la temperatura haciéndonos pensar que también puede estar implicado los mecanismos noradrenérgicos.

Otros estudio, en el cerebro de ratas ha demostrado que la MDMA estimula la liberación de acetilcolina en el núcleo estriado. Sin embargo, se informa que la activación directa de receptores H₁ podría explicar la liberación de acetilcolina inducida por MDMA. Probablemente el aspecto más importante de la utilización del éxtasis es el riesgo a largo plazo de los efectos neuropsiquiátricos irreversibles. MDMA es tóxica para las neuronas serotoninérgicas en diferentes especies animales, y el metabolito del MDMA más neurotóxico que MDMA. Pese a las pruebas de neurotoxicidad de MDMA.

Pese a las pruebas de neurotoxicidad de MDMA en especies animales, existen controversias en cuanto al daño cerebral humano causado por el consumo recreativo del éxtasis. De hecho, algunos autores presentan evidencia de que el éxtasis puede ser neurotóxico para humanos. Pese a las pruebas de neurotoxicidad observada en usuarios de MDMA, el mecanismo en cuestión no se ha explicado completamente. Hay pruebas que sugieren el papel del proceso de estrés oxidativo provocado por la MDMA aumentando la formación de radicales libres hidroxilo aumentando la peroxidación lipídica y disminuyendo la concentración de antioxidantes endógenos como la vitamina E y el ácido ascórbico. Otros estudios indican el papel de las especies de nitrógeno reactivo en la neurotoxicidad producida por análogos de anfetaminas. El óxido nítrico aparece como el mediador de la neurotoxicidad, implicado en la fisiopatología de la muerte neuronal. Algunos estudios también han demostrado que los

inhibidores de la sintasa de óxido nítrico promueven la protección contra la neurotoxicidad dopaminérgica y serotoninérgica inducida por MDMA en roedores. (105)

7.3.2 Marihuana

La relación causal entre el uso de la marihuana y las comorbilidades tales como ansiedad, depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia no está clara. Por lo que respecta a la esquizofrenia, se confirma que la intoxicación por marihuana desencadena síntomas psicóticos que promueve, exacerba los síntomas psicóticos existentes. Varios factores podrían explicar la asociación entre el consumo de cannabis y psicosis, pero no hay conclusiones definitivas sobre el tema, hay una tendencia a una explicación multifactorial (113). Los síntomas de estrés post-traumático están directamente vinculados a la memoria. Autores han informado que búsquedas promisorias del uso de derivados del cannabis en los animales, demuestra, por ejemplo, que los endocannabinoides, de las áreas cerebrales relacionadas con la memoria, juegan un papel importante en la extinción de los recuerdos adversos. Se abre la posibilidad de investigación sobre el consumo de cannabis o cualquiera de sus constituyentes en el tratamiento de los trastornos mentales. (113) En el mismo sentido, el capítulo "El cannabidiol - posibles aplicaciones terapéuticas en la psicopatología" del libro (113) se describen estudios en animales y humanos de los efectos ansiolíticos y antipsicóticos. En estudios de simulación, el cannabidiol ha demostrado ser tan eficaz como el diazepam. Estudio SPECT indican los efectos ansiolíticos de cannabidiol, destacando una mayor actividad en la circunvolución del hipocampo izquierdo y una disminución de la actividad en el complejo amígdala-hipocampo izquierda que se extiende hasta el hipotálamo, alteraciones también encontradas en otros trastornos de ansiedad. Algunas búsquedas han encontrado que el cannabis presenta propiedades orexigénico, antiemético y analgésico que podrían ser opciones de terapia en algunos casos (cáncer, SIDA) (113).

Un estudio sobre las alteraciones de la perfusión cerebral valorado mediante SPECT cerebral, en pacientes usuarios de drogas de abuso informa que detectó hipoperfusión simétrica y bilateral de la corteza órbito-frontal o fronto-basal y de los lóbulos temporales, sobre todo del Vº lóbulo temporal o del hipocampo, con el consumo de cannabinoides. Esto se explicaría por el hecho de que la mayoría de los pacientes evaluados eran poliadictos, es decir, se les detectó más de un metabolito activo en orina. Los cambios conductuales que estos pacientes describen, como agresividad, cambios de humor, modificaciones en las relaciones humanas, etc., tendrían su justificación en la alteración funcional de los lóbulos frontales, que son los que comandan el comportamiento, la conducta y la personalidad, y la afectación de la memoria reciente asociada al consumo crónico de cannabinoides (114).

7.4 Depresión y alcoholismo

Algunos autores (77) han considerado que la depresión es un síntoma causado por el alcoholismo sin embargo; se han visto casos de depresión que precede al consumo de alcohol y puede ser consecuencia de una personalidad distímica y / o acompañado de situaciones extremas de la vida tales como los problemas sociales, familiares o legales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), la depresión es caracterizado por un período continuo y prolongado de depresión, pérdida de interés y placer en casi todo. En esta situación son síntomas comunes la fatiga, irritabilidad, baja autoestima y baja confianza, puntos de vista sombrío y pesimista del futuro, ideas de culpa e

inutilidad con autolesiones y suicidio. Cuando la depresión es concomitante con el alcoholismo, resulta en un grave aumento del riesgo de suicidio (King et al., 1993). La depresión es una de las comorbilidades que acompañan con mayor frecuencia el diagnóstico de alcoholismo: 70% de los suicidios tienen depresión mayor y 15% de los hospitalizados por este trastorno han tenido intento suicida. Debido a la complejidad de la relación entre la depresión-alcoholismo, más a menudo no es posible identificar cuál de las entidades comenzaron primero. En la práctica clínica, es preferible tener en cuenta la coexistencia de los diagnósticos para establecer el tratamiento. La depresión es una frecuente comorbilidad entre alcohólicos y aumenta el riesgo de recaída y de suicidio en adolescente y adultos.(115)

7.4.1 Benzodiacepinas

En estudios realizados en un centro de salud de atención primaria en la zona suroriente de Santiago de Chile, 1081 pacientes adultos fueron atendidos en el Programa de Salud Mental por 6 meses. Arrojando los siguientes mostrando los; 10,3% de la población objeto, fueron diagnosticados como dependientes a las benzodiacepinas según los criterios del DSM-IV. La edad promedio fue de 60 años, con una proporción por sexos de 3,3 mujeres por 1 hombre. Un 66,6% de este grupo tenía al menos una patología mental asociada (20% trastorno del ánimo, 12,6% trastorno de ansiedad generalizada, 7% trastorno de pánico, 9% trastorno del sueño, 4,5% demencia, 16% trastorno mixto ansioso-depresivo y 11% trastorno de la personalidad) (116).

Un porcentaje mayoritario de los pacientes dependientes a BZD en la muestra estudiada inician el consumo por prescripción médica, lo que confiere la inadecuada indicación y/o deficiente control sobre dichos medicamentos con carácter iatrogénico. El bajísimo costo de la mayoría de las BZD en el comercio regular favorece la continuidad indefinida del consumo. Los trastornos que con mayor frecuencia se asociaron al fenómeno de dependencia a BZD en esta

muestra fueron de tipo depresivo, ansioso y los trastornos de personalidad. (116)

Existen razones para sospechar que el consumo crónico de altas dosis de estos fármacos (BZD) se asocia con un mayor riesgo de demencia en pacientes de la tercera edad, con las repercusiones obvias para la salud mental, la calidad de vida y el grado de independencia de este grupo etario y también es notorio el hecho de que en un tercio de los pacientes no se identificó ningún otro trastorno mental que justifique el uso prolongado de psicofármacos (116).

8. Complicaciones en la salud por consumo de Tinner

El abuso de tinner resulta en muerte neuronal difusa y la desmielinización observada en autopsias. La imagen de Resonancia Magnética (RM) revela lesiones de la sustancia blanca, atrofia y dilatación de los ventrículos y de los surcos e hipointensidades talámicas. Estas anomalías pueden resultar en el retraso de varias respuestas neurofisiológicas tales como potenciales evocados visuales, potenciales evocados auditivos. La desorganización reportada por la injuria subcortical inducida por el consumo de tinner y redes tálamo-corticales. La asimetría POF sugiere que uno de los hemisferios cerebrales está dañado antes que el otro (117).

9. Consumo de drogas de abuso y salud sexual

En estudios realizados a través de una encuesta nacional basada en la población con un muestreo complejo, realizado durante el año 2005, en Brasil () se

determino que el alcohol fue la sustancia más utilizada, con los informes de uso regular en la vida de 18% de los entrevistados. El uso de drogas ilegales fue mencionado por el 9% de los entrevistados, en especial la marihuana y la cocaína inhalada. El uso inyectado drogas no era frecuente. Hubo una disminución en el consumo de cocaína inhalada y un aumento en el consumo de marihuana en los últimos 12 meses, comparados con los resultados de una encuesta similar realizada en 1998. De acuerdo con conclusiones: El uso regular e irregular de alcohol es frecuente en la población urbana brasileña, mientras que el consumo de drogas es poco común. En la última década, se produjo una disminución del consumo de cocaína. Una historia de abuso sexual es fundamental para su posterior uso del alcohol y las drogas. Realmente este estudio no esta de acuerdo con las prevalencias de uso de drogas en Brasil, o realmente fue un estudio (118), Otro estudio realizado por ((119)) se analizó la relación entre los patrones de utilización de condones y otros métodos anticonceptivos y el consumo de alcohol y drogas. Se utilizó estudio exploratorio realizado en los datos de una muestra probabilística de 5.040 entrevistados de entre 16 a 65 años que viven en las grandes regiones urbanas del Brasil durante el año 2005. Los resultados arrojados fue los adultos jóvenes y de mediana edad de ambos sexos y hombres jóvenes en relaciones estables, el uso del condón fue menos frecuente entre las personas que declararon haber usado sustancias psicoactivas (alcohol y / o drogas ilegales). El posible efecto modulador de sustancias psicoactivas en las prácticas de anticonceptivos entre las mujeres maduras parece ser más sencillo (118).

9.1 Impacto de las drogas de abuso y HIV

A finales de 2007, aproximadamente 3 millones de personas vivían con la infección por VIH en el continente americano. En su última actualización epidemiológica (2007), Programa Conjunto de las Naciones Unidas Programa sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud, (OMS) estima que en el América Latina y el Caribe (ALC), la proporción de la infección

por grupo de riesgo eran los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el 26%, **los usuarios de drogas inyectables (UDI), el 19%**; los clientes de sexo los trabajadores, el 13%, las profesionales del sexo (prostitutas), el 4%, y otros grupos no bien especificada, el 38% (120, 121). Aunque en la cuenca del Caribe la proporción de hombres y mujeres entre las personas con VIH infección es cercano a 1, en la mayoría de los países de ALC, los hombres están sobrerrepresentados entre las las personas que viven con el VIH debido al predominio de los HSH y las altas tasas de varones entre. Usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, para un gran número de personas (38%), la causa de la infección es desconocida. La mayoría de los países de América Latina entran en la categoría de epidemia concentrada, donde el tamaño de los grupos de riesgo de la población, el nivel de prevalencia del VIH, y su iteración con la población en general son los principales factores que determinan la propagación de la infección por HIV (122) .

10. Consumo de drogas de abuso y enfermedades de transmisión sexual en América Latina

Este artículo describe las tendencias en la prevalencia y la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la contribución del consumo de drogas, comercio sexual, comportamiento sexual y la migración a las crecientes tasas de VIH y enfermedades de transmisión sexual en México. La respuesta de los sectores gubernamentales y no gubernamentales en la prevención y control del VIH y enfermedades de transmisión sexual, incluida la aplicación de las clínicas móviles, distribución de preservativos, programas de educación sanitaria y la sensibilización y el diagnóstico del VIH y tratamiento antirretroviral, se discuten. Lecciones para otros países también se discuten (123).

10.1 Turismo sexual y drogas

En América Latina y el Caribe hay un alto incremento de consumo de drogas de abuso, en sitios turísticos en Perú, específicamente en Cuzco existen redes sexuales en los destinos turísticos populares es un problema mundial. En el Perú, los locales sexual interactuar con grupos viajeros puente de alto riesgo, la población en general, y los viajeros. (124) Determinó mediante el estudio que alcohol (69%) y drogas (36,8%) eran de uso general antes de la actividad sexual. Setenta y ocho por ciento dio positivo por el VHS tipo 2, el 25% de *C trachomatis*, y 1.1% para *T. pallidum*. Conclusiones. El grupo central de jóvenes peruanos que informe sobre demostrado un comportamiento sexual de alto riesgo y una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual y un alto consumo de drogas de abuso (124).

11. Consumo de drogas de abuso y salud mental en América Latina

11.1 Drogas de abuso y suicidio en Brasil

En un estudio transversal se evaluó la prevalencia de la planificación de suicidio y factores asociados en una muestra representativa de 12 - a los estudiantes de 18 años en Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Dos cuestionarios auto-administrados fueron utilizados para recoger datos: un cuestionario estandarizado por la OMS sobre el uso de alcohol y drogas, violencia, sentimientos de soledad y tristeza, las relaciones familiares, la planificación de suicidio, comportamiento en la escuela, y las relaciones con los amigos, y Cuestionario forma del cuerpo. La prevalencia de la planificación de suicidio se encontró que El consumo de drogas por los amigos y tener un pequeño número de amigos cercanos aumento de las tasas de suicidio de planificación en un 90% y 66%, respectivamente (59) .

11.2 Consumo de drogas de abuso y salud mental en México

Mediante estudios realizados se estimó la frecuencia y el curso de uso de sustancias trastornos en los pacientes latinos con esquizofrenia y determinar los factores de riesgo asociados con trastornos por consumo de drogas de abuso en población del Suroeste de Estados Unidos, México y América Central (Costa Rica y Guatemala). Los sujetos se evaluaron mediante entrevistas estructuradas y un proceso de consenso mejor estimación. De 518 pacientes con esquizofrenia, 121 (23,4%) presentaban trastornos por consumo de sustancias. La Comorbilidad trastornos por consumo de sustancias ilícitas fueron asociadas con el sexo, la residencia en los Estados Unidos Estados, la inmigración de mexicanos a Estados Unidos, la historia de síndrome depresivo o episodio, y estar desempleado. El trastorno por consumo de sustancias más frecuente fue el abuso de alcohol / dependencia, seguido por el abuso de la marihuana y la dependencia y abuso de solventes y la dependencia (125).

En estudio realizados en ciudad de Pachuca, la capital de Hidalgo, ubicado a 100 km de la Ciudad de México dio como resultados, la relación entre el consumo de alcohol, la depresión y la violencia, lo que refuerza la necesidad de prevenir el abuso de alcohol, principalmente entre los jóvenes (126).

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La ONUDD estima que la prevalencia del consumo de cocaína en todo el mundo en el 2008 presenta una disminución. Este cambio se debe a la disminución en el número de consumidores de cocaína en América del Norte por la presión que ejerce la política antidroga. Lo anterior ha hecho una tendencia al aumento para

América Latina, América Central y el Caribe en el consumo de cocaína, en gran parte al aumento de las incautaciones (2007-2008).

Grandes incautaciones fueron hechas en Venezuela y en Ecuador, Bolivia, Brasil, Perú, Chile y en Argentina. Los aumentos en el consumo de cocaína en los últimos años fueron reportados por la República Bolivariana de Venezuela, Ecuador, Brasil, Argentina y Uruguay, así como los países de Centroamérica (Guatemala y Honduras) y el Caribe (Jamaica y Haití). La mayor prevalencia de consumo de cocaína en América del Sur para el 2010 se informó en Argentina (2,7%), seguida por Chile (2,4%) y Uruguay 1,4%). Brasil y Argentina constituyen los mayores mercados de cocaína en América del Sur en términos absolutos (más de 900.000 y 600.000 usuarios, respectivamente. Según una encuesta escolar llevada a cabo por UNODC y CICAD en los países de América del Sur, la mayor prevalencia anual de consumo de cocaína entre los estudiantes fue en Chile, seguido por Uruguay y Argentina. El abuso de pasta base o base de cocaína es también frecuente en América del Sur

En busca de nuevos mercados, los traficantes desde 2003-2004, han iniciado operaciones de fabricación de MDMA encontradas más cerca de los mercados de consumo en América del Norte, Asia Sur-Oriental y Oceanía, con indicios de que la fabricación se está expandiendo hacia nuevas regiones como América Latina (fabricación ilícita reportada en Argentina, Belice, Brasil, Guatemala, México y Surinam). Observado un crecimiento en el consumo de sustancias tipo anfetamínico, para toda América Latina. En el informe de la ONUDD del 2008 revela una nueva tendencia, aunque la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo a nivel mundial, las sustancias tipo anfetamínico está como la segunda droga más consumida, seguida por la cocaína y los opiáceos.

Lo descrito anteriormente refuerza el sostenido crecimiento de estas sustancias con el informe del 2010 que detalla que el cultivo de la coca ha ido disminuyendo en el 2009 y la producción mundial de cocaína se ha reducido de un 18 a un 12%

en el período comprendido entre 2007 y 2009. En Suramérica Brasil y Surinam son los países con una mayor prevalencia por consumo de Sustancias Tipo Anfetamínico, seguida por Argentina y Venezuela, Paraguay, Guyana, Colombia y Bolivia pero; Argentina y Colombia son los países donde hay una mayor prevalencia por consumo de éxtasis.

Ya en el 2010 en el informe mundial de drogas muestra que la oferta mundial de las drogas como los opiáceos y la cocaína están en disminución cada día más. La disminución global de cultivo del opio ha sido la causa principal y se prevé que en los últimos años, la producción de opio disminuirá abruptamente en 2010. Teniendo en cuenta que los mayores cultivos de opio en el mundo se encuentran en Asia, (73) destaca que en EE.UU, históricamente proveído por Asia, ha cambiado de tendencia ya que los mercados mejicanos y colombianos ha tomado cada día más fuerza, en una mayor calidad y menor precio.

En América del Sur, el informe Mundial del año 2009 para América del Sur reporta que la mayor prevalencia de consumo de opioides está en Brasil y Chile y bajas prevalencias en el consumo en Ecuador y en el Estado Plurinacional de Bolivia. En su mayor parte son usuarios de opiodes sintéticos (analgésicos), solo una pequeña parte usa heroína. Los datos indican una tendencia de estabilidad en el uso de opiodes en las Américas, pero aún con tendencias de crecimiento en México, Venezuela y Argentina.

Hay un aumento en la percepción sobre el consumo de cannabis por casi todos los expertos nacionales en América del Sur, aunque la prevalencia anual del consumo de cannabis sigue siendo considerablemente más baja que en América del Norte, la prevalencia máxima de consumo de cannabis se encuentra en Argentina, seguida por Chile y Uruguay. Sin embargo, en comparación con la

población en general, la mayor prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de secundaria fue reportada para Chile, Uruguay y Colombia.

Al hablar de policonsumo en Suramérica, la marihuana es la droga ilegal más consumida, la que presenta mayor porcentaje de monoconsumo como así también la de mayor presencia en las combinaciones posibles. Estudio en jóvenes escolarizados describe que en Argentina, Chile y Uruguay presentan los porcentajes más altos de monoconsumo de marihuana y en contraposición las más bajas de monoconsumo de solventes / inhalables. Por otro lado Bolivia, Ecuador y Perú presentan altos porcentajes de monoconsumo de solventes e inhalables (fenómeno también observado en universitarios) comparados con los otros tres países y también más altos porcentajes de monoconsumo de cocaína. En Colombia, cuarto país participante de dicho estudio, solo un 3% de los estudiantes universitarios presentaron un uso exclusivo de inhalables.

De acuerdo con el informe de la OEA y ONU según el estudio regional, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes de secundaria de los nueve países (Colombia, Uruguay, Ecuador, Bolivia, Perú, Paraguay, Chile, Brasil y Argentina) la mayor tasa de consumo se registra en Colombia (51%, seguido de Uruguay, con 50%), y Bolivia es el país donde menos toman. Argentina está en el medio, con una prevalencia general del 42%, y del 21,8% en escolares de 14 años o menos. Colombia y Brasil son los países donde el uso de alcohol es más precoz. En cuanto al uso del tabaco es Chile la que reporta una mayor tendencia. En benzodíacepinas (diazepam y alprazolam) su mayor consumo está en Paraguay, Bolivia y Colombia siendo menor en Ecuador, Perú y Uruguay.

El fenómeno de las migraciones, tiene un efecto en las tendencias y patrones de consumo en países donde hay una alta tasa de migración. Por ejemplo en el estudio de (127) los autores demuestran que las personas que habían consumido cocaína en el lugar de destino, durante el proceso de migración, el consumo fue significativamente mayor y que el ritmo disminuía cuando retornaban. Esto es

reafirmado por un estudio brasilero sobre la vulnerabilidad al VIH: el turismo, el consumo de alcohol y otras drogas que comenta que el aumento del consumo de estas sustancias está asociado con el fenómeno del "comportamiento de inversión" es decir; en un mismo tiempo, consumir la misma cantidad de drogas que consumiría en una semana en su ciudad y tener relaciones sexuales con una pareja ocasional sin utilizar condón, esto ha llevado a que los turistas estén más expuestos a la sobredosis y enfermedades de transmisión sexual.

Entre las drogas más utilizadas por los turistas es el alcohol, marihuana, cocaína y drogas sintéticas (LSD y éxtasis). Además del aumento de drogas inyectables. En Brasil llama la atención la dificultad para lidiar con el consumo de alcohol y drogas en los grupos de turistas por que no existen normas para considerar los paseos y el consumo de drogas una práctica ilegal.

Un estudio comparativo realizado en República Dominicana entre la juventud dominicana residente en Estados Unidos y la domiciliaria en su país, reveló que la prevalencia de vida y reciente de alcohol, marihuana y cocaína, es mayor en los residentes en EE.UU. Por otro lado en México al observar la dependencia de alcohol y las consecuencias del consumo de alcohol con el uso de drogas ilícitas entre mexicanos y los mexicanos-estadounidenses, se determinó que entre los bebedores, la comorbilidad fue significativamente más frecuente entre los mexicano-americanos. Esto nos permite afirmar que el impacto de la inmigración y la aculturación influye de manera notable sobre las tendencias de consumo de sustancias psicoactivas.

La edad de inicio de drogas legales (alcohol y tabaco) en Brasil, Colombia, Ecuador está comprendida entre los 11 a 19 años declinando a partir de los 35

años. El género más afectado es el hombre aunque la mujer ha aumentado su consumo haciendo de esta diferencia poco significativa. La cantidad y la frecuencia de consumo es mayor en el sexo masculino. La edad de inicio de drogas ilegales en Brasil fue de $14,6 \pm 2,9$ años para el cannabis, $15,5 \pm 4,6$ años para los inhalantes, y $18,8 \pm 5,3$ años para la cocaína. En encuestas realizadas en México precisa que después de la edad de 30 años, los nuevos usuarios de drogas ilegales son raros. El abuso o dependencia puede estar relacionado con el consumo ilícito de medicamentos recetados, de esos 35 a 65 años de edad estaban abusando de tranquilizantes.

Se observó que los consumidores de drogas ilícitas presentaban una edad de inicio al consumo significativamente menor tanto para tabaco como para el alcohol en comparación con los no consumidores de drogas ilegales. Además presentaron una mayor frecuencia de consumo de alcohol y tabaco.

En cuanto al perfil de drogas legales en los países analizados por artículos en las bases de datos, concuerda con los estudios dirigidos por la ONUDD que la mayor prevalencia anual es de alcohol seguido por el de tabaco y que aquellos que presentaban expectativas positivas en correlación al alcohol muestran mayor tendencia al abuso. En el grupo de drogas ilícitas, se observó que el 100% de los escolares que consume drogas ilegales consume además tabaco o alcohol en comparación con el grupo de escolares que no consumen drogas ilegales. Estas drogas suelen obtenerse y utilizarse con mayor facilidad, su duración es larga ya que causa daños físicos y psicológicos de una manera muy lenta. Es común encontrar adictos que lo utilizan por 20-30 años.

La marihuana, el crack y la cocaína siguen siendo las drogas de consumo más frecuentes en Brasil. Por otra parte, la cocaína y el crack son las drogas ilegales con una mayor dificultad en su obtención y consumo por lo tanto; es menos probable que se encuentre a alguien que los consume por un largo período de

tiempo. Normalmente los que abusan de estas sustancias presentan comorbilidades graves o mueren debido a la utilización excesiva. La mediana del tiempo desde el último uso es de 3 días para el cannabis, cocaína 4 días y 30 días para los inhalantes, esto se correlaciona con la prevalencia de dependencia en estudios brasileros, mayor para el cannabis luego; para la cocaína y después los inhalantes.

La duración media del consumo de drogas se de 11 años para los dependientes de cannabis, 8 años para la cocaína, y 7 años para los inhalantes. Entre Los individuos con dependencia de drogas, el 31% eran adictos a una sola sustancia, el 49% a 2 sustancias y el 20% eran dependientes de cannabis, cocaína e inhalantes. En Colombia el consumo de drogas ilegales es: marihuana seguida de cocaína, inhalantes y basuco. En Argentina la mayor sustancia consumida en escolares es la marihuana, seguida de cocaína, luego mezcla de cocaína más marihuana y después opiáceos. En Ecuador la marihuana fue identificada como la droga más consumida seguida por el alcohol y las drogas inhaladas. En Perú es preocupante el aumento de inhalantes (terokal, el PVC, el benceno y / o acetona) por debajo de la marihuana. Comparando los informes de la ONUDD con los artículos indexados a bases de datos estos últimos presentan limitantes como tamaño de la muestra, población seleccionada y muestra no representativa, además el fenómeno de las drogas es algo muy dinámico cualidad destacada por los informes de la ONU que anual evalúa la tendencia con muestras poblacionales más representativas

La droga de mayor consumo compulsivo crónico es el basuco (Todos los días y abandono de actividades diarias por consumir) explorado por Colombia y Chile y además evidenció que en estos grupos en su mayoría son poliadictos.

Se evidenció que el consumo tiene sus períodos en el día, una búsqueda brasilera revela que el tabaco, la marihuana, cocaína y alucinógenos presentan un mayor consumo para el período por la noche. El consumo de disolventes mostró invertir la prevalencia, con un consumo más alto en el día. Por otra parte, en la noche, la marihuana se ha convertido en el mayor consumo de drogas ilícitas.

Al mirar las transiciones en el consumo de drogas en Colombia (al pasar de una sustancia a otra y de una forma de administración a otra) las 10 principales transiciones involucran sólo cuatro sustancias: marihuana, cocaína, inhalantes y tranquilizantes y son más comunes entre los menores de 23 años. Las mezclas, los cambios de fondo y cambios en la vía administración se asocian siempre con la búsqueda de efectos más poderosos.

Un estudio entre países (Brasil, Chile, Colombia, Honduras y Perú) en universitarios de 9 instituciones resalta la percepción del consumo de drogas en América Latina y su comportamiento similar en otros lugares detallando que los estudiantes generalmente sobrestimaron el consumo de tabaco, marihuana y cocaína entre sus pares y estimaron con bastante precisión o subestimaron el uso de alcohol entre sus pares, ejemplo de esto es la opinión de muchos jóvenes colombianos sobre la marihuana comentando que es inofensiva o sea beneficiosa ya que puede curar el cáncer causado por el fumar tabaco y sobre la heroína es considerarla la droga más peligrosa debido a sus efectos negativos sin embargo; hay un uso creciente de esta sustancia en la ciudad de Medellín, como vía de administración principal la intranasal y la parenteral.

Estudios realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes de Colombia demuestra el incremento del consumo de derivados de la coca (basuco y cocaína) y un preocupante incremento en el consumo de heroína en siete regiones colombianas, entre las cuales se encuentra Medellín, Bogotá, Cali, Cúcuta, Pasto, Neiva y Armenia.

En cuanto a las comorbilidades estudios muestran que hay una alta probabilidad de consumo entre aquellos pacientes que sufren trastornos mentales y esto a su vez está asociado a intento de suicidio al menos una vez en su vida y la prevalencia más alta son los que sufren depresión. Cabe señalar que el trastorno mental en sí mismo es un factor de riesgo de suicidio y cuando hay comorbilidad con dependencia de sustancias químicas, el riesgo es mayor. La sustancias psicoactivas exagera o predispone a las personas a cualquier otro tipo de trastorno mental, especialmente los relacionados con el humor y el afecto lo anteriormente es ratificado en cuanto a que (53) evidenció que personas dependientes de drogas ilegales estaban más deprimidos, según los criterios del DSM-IV en comparación de aquellos que no consumían y otras investigaciones reflejaron que la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol durante los últimos 30 días se asoció con los sentimientos de tristeza, soledad, insomnio y la ideación suicida.

Existe una asociación significativa de fumadores con trastornos de ansiedad. Por lo tanto, las clases de trastornos de ansiedad también deben ser el centro de la atención de estos pacientes. Se sugiere un fuerte vínculo entre fumar y trastornos de abuso y / o dependencia del alcohol y la prevalencia de alcoholismo en los fumadores es de aproximadamente de 10 a 14 veces mayor en comparación con los no fumadores.

En cuanto a las alteraciones en el comportamiento en farmacodependientes un estudio colombiano destaco que gran parte de los polifarmacodependiente, se presentan deterioro cognitivo comprometiendo más la alteración espacial y temporal. También se evidenció alteraciones en el lenguaje y en la motricidad (bradiquinesia). En cuanto al nivel de maduración en niños se evidenció que el 100 % de los niños evaluados reflejan en la prueba manifestaciones que

corresponden a niños de una edad menor que la real, comparado con la población. El consumidor polifármacodependiente, se tiene 1.3 veces más probabilidad de presentar alteraciones en la función mnésica, que aquel que no presenta este tipo de patrón de consumo demostrando que los policonsumidores presenta una mayor tendencia de desarrollar trastornos neuroconductuales que los no policonsumidores.

Otros estudios señalan la relación entre Crack y enfermedades de transmisión sexual informándose la incidencia de gonorrea, sífilis, Condiloma acuminado y otras enfermedades de transmisión sexual, como la ladilla, Phthirus pubis, y la hepatitis.

El ser una persona soltera es más propensa al abuso de sustancias psicoactivas que una casada o que viva en pareja sin embargo; lo contrario también se da, las personas que han vivido con parejas adictas informo que la separación fue directamente por la adicción a las drogas. Vivir con un adicto no es tarea fácil ya que son muy frecuentes las peleas en la familia como consecuencia, el divorcio, ya que el usuario de drogas piensa en la mayoría de las veces egoístamente bajo la influencia de la droga y el pensamiento sólo se centra en el consumo de la sustancia a la que depende, valorado por investigaciones hechas en Brasil, Colombia y México.

En escolares se observó una mayor prevalencia de consumo de drogas legales en los que no viven con sus padres que en aquellos que viven con ambos padres o sólo con su mamá y haber participado en peleas en el último año y/o haberlo hecho en el último mes. En cuanto al grado de escolaridad dos estudios colombianos y uno mexicano informan que la mayoría de consumidores de sustancias psicoactivas presentan baja escolaridad, sin terminar los estudios de secundaria o los universitarios, con mayor riesgo de abuso o dependencia.

Hay una asociación entre consumo de drogas y antecedentes de consumo familiar con mayor implicación del padre además de los amigos. Vivir solo o con

otros familiares, contar con buenos ingresos económicos, no tener una religión o ir escasamente a la iglesia, presentan una importante asociación con drogodependencia y se halló una relación entre las experiencias negativas vividas en la infancia con consumo de sustancias psicoactivas como por ejemplo: abuso físico, historia de madres maltratadas o separación de los padres. Con el abuso de sustancias psicoactivas, a menudo abandonan la escuela, el trabajo, generalmente responden a problemas legales o están involucrados en accidentes de tráfico, actos violentos y suicidio. Lo anterior está soportado en varios estudios brasileros, colombianos que comenta que el "No trabajar o estudiar" y el "Desempleado" presenta una probabilidad cinco veces mayor de dependencia de drogas ilícitas y viceversa es decir; la mayoría pierde su empleo al menos una vez debido al abuso de sustancias psicoactivas.

Un análisis colombiano detectó que la causa más frecuente por la cual se mantuvieron en el consumo fue por "gusto", seguido por "querer olvidar los problemas". La forma de conseguir el dinero para la obtención de sustancias psicoactivas fue: el hurto, vender cosas propias ó de la casa, seguidas por vender consumo, prostitución, dinero de su trabajo y dinero de las onces. El sitio donde más consumían era el monte, seguido por consumo en el medio escolar y consumo en la calle esto se relaciona con que un alto porcentaje vivió en la calle.

Hay varios estudios en estudiantes de medicina que revelan que el rango de edad de inicio de consumo que va desde los 13 a 18 años para el consumo de drogas legales e ilegales de 16 a 18 años de edad, con una edad de mayor experimentación va desde 16 a 18 años o mayores de 18 años, esto explicado según los autores, por la inserción a la vida académica de este individuo que a menudo vive en las ciudades, donde obtuvo una mayor libertad al estar lejos de

sus padres o simplemente por responsabilidad que surja a causa de la vida académica al que pueden dar más autonomía.

En cuanto al tipo de sustancia legal utilizada sigue el mismo patrón poblacional con mayor consumo el alcohol seguido del tabaco, entre las ilegales en Brasil está la marihuana seguida de inhalantes, anfetaminas, cocaína y los hipnóticos-alucinógenos. En Chile las más consumidas son: marihuana seguida de cocaína, benzodiazepinas, antidepresivos y anfetaminas y el grupo de los antidepresivos el consumo es mayor en las mujeres. En Honduras los estimulantes son los de mayor consumo como cafeína, té, yerba mate, bebidas energéticas y el coque. En Nicaragua los medicamentos y la cocaína. Llama la atención la tendencia al uso habitual de medicamentos entre los estudiantes.

La prevalencia anual es mayor para el alcohol, tabaco y marihuana en orden descendente respectivamente. En cuanto a la prevalencia en un mes se puede observar el consumo de alcohol, anfetaminas, ansiolíticos y tabaco. Las bebidas preferidas por los estudiantes brasileños fueron: cerveza y vodka.

Los bares, discotecas y clubes nocturnos son los sitios preferidos y en una gran mayoría se produce en presencia de los amigos. Se pudo observar que el consumo de alcohol difiere un poco en relación al sexo de los estudiantes, que es mayor en el hombre en comparación a la mujer no obstante; el consumo en las mujeres ha aumentado. En cuanto al consumo de tabaco, cannabis sativa y solventes, los hombres tienen las tasas significativamente más altas en comparación con las mujeres, sin embargo, sobre el uso de tranquilizantes, los barbitúricos y los alucinógenos, la prevalencia es mayor entre las mujeres y está descrito que los estudiantes y profesionales de la salud tienen altos índices de automedicación, tanto para fines médicos como recreacionales.

Está descrito que el estrés, el nivel socioeconómico alto, (se incrementa conforme mejora dicho nivel), el fácil acceso a medicamentos de uso habitual se correlaciona positivamente con el consumo de sustancias relacionado con los

últimos años de la carrera que son académicamente muy exigentes, factores que creemos importantes para explicar el fenómeno (Brasil y Nicaragua). Se informó además el haber dejado actividades que realizan como: conferencias, ensayos, trabajos académicos, pasantías y tiempo de estudio provocando la no finalización de los estudios, desempleo, conductas sexuales de riesgo, conducta antisocial, auto provocación de lesiones, intento de suicidio. El consumo de alcohol los llevo a situaciones de riesgo como conducir ebrios o estar involucrados en accidentes o peleas después del consumo.

Eso es motivo de alarma considerando que los estudiantes de medicina están en formación para ser modelo y promotor de hábitos saludables en sus pacientes.

Entre las nuevas drogas de consumo en Brasil está la bencidamina fármaco antiinflamatorio no esteroideo que a altas dosis lleva a la aparición de efectos anticolinérgicos, como delirios y alucinaciones donde se ha promovido su consumo no terapéutico además, los resultados evidencian que este medicamento es una droga legal y fácil de obtener en farmacias, lo que posiblemente facilita su consumo inadecuado. Por otra parte, el precio es relativamente menor en comparación con las drogas ilícitas. En un estudio de casos se evidenció el uso cada vez mayor y recreativo de la planta *Salvia divinorum* Epling y *Játiva* (SDI) o (María Pastora) y *salvinorina A* (SA), su principio activo. Posee potentes efectos alucinógenos que estimuló estudios que identificaron por primera vez el agonista opioide kappa altamente selectivo no nitrogenado *salvinorina A*. Esta sustancia parece ser "por excelencia alucinógeno" y producir efectos psicotrópicos por la estimulación de los receptores opioides kappa.

En un revisión de literatura colombiana desarrollado por Calabrese comenta que hay una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en anesthesiólogos en comparación con otros especialistas con un perfil a saber: menores de 35 años, la gran mayoría son los residentes, siendo más frecuente en los varones de raza blanca, droga adictiva mayor utilizada son los opiáceos, del 35-50% está relacionado con el consumo de varias drogas y tenían algún familiar con historia de drogadicción asociado a el intenso estilo de vida laboral, con inadecuados calendarios laborales, fatiga y privación del sueño y la peculiaridad de tener disponibilidad, fácil acceso y falta de control de la droga a elección en su trabajo diario. La literatura también resalta la importancia de la combinación de abuso de alcohol o drogas y el riesgo de suicidio haciéndose mayor y las altas tasas de divorcios en comparación de aquellos que no consumían.

Un estudio mexicano realizado en comunidades geriátricas en su mayoría compuestas por mujeres describe que la edad de inicio de consumo de los pacientes fue a los 57.5 ± 13.4 años, la dependencia se encontró en la mayoría de las mujeres y el medicamento implicado son las benzodiazepinas, inicialmente recetado por médicos para los trastornos de ansiedad y el insomnio, por lo tanto no se obtienen de manera ilegal y su consumo no se relaciona con experimentar emociones como en la población juvenil. Los más utilizados son: clonazepam, seguidos por lorazepam, alprazolam y bromazepam. Los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas mostraron una mayor gravedad de los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad.

Por otro lado, los pacientes con dependencia tuvieron un menor desempeño cognoscitivo, un menor funcionamiento psicosocial global y presentan conductas de búsqueda o abandono de actividades cotidianas.

En México se evaluó las regiones más implicadas en el fenómeno de la droga realizado por la Encuesta Nacional de Comorbilidad Mexicana 2001-2002 muestra

que las prevalencias más altas de abuso de drogas o dependencia, fueron en la región Noreste (2,2%), seguido de la Región Centro-Oeste (1,9%), Centro-este (1,6%), Noroeste (1,4%). La tasa más baja (0,3%) fue en los estados del Sureste. La probabilidad de abuso o dependencia en el último año es superior en la región Central-este seguido de la región Noreste y fue significativamente menor en la región Sureste pero; un estudio más reciente (2008) describe el crecimiento de los estimulantes en México con un mayor aumento en el noroeste (Tijuana, Ciudad de Juárez) con mayor representación metanfetaminas en Tijuana y cocaína en Ciudad de Juárez. La explicación a lo anterior es un aumento en la disponibilidad de estas drogas a causa de su bajo costo.

Situación preocupante en San José del Rio Preto a nivel de las escuelas secundarias públicas en Brasil porque aunque las tasas de drogas legales están dentro de la media nacional se observa un aumento del consumo de marihuana, cocaína, inhalantes y alucinógenos. Sin embargo, Ribeirão Preto y Pelotas le siguen en consumo.

Los datos sugieren que en los países más avanzados en Suramérica es donde el crecimiento del consumo de drogas se ha intensificado. La edad de consumo de drogas legales está alrededor de los 11 años e ilegales alrededor de los 13 años, en cuanto al género el consumo en la mujer se agudizó y la tendencia es hacia el consumo de drogas sintéticas (estimulantes tipo anfetamínico). Llama la atención el número creciente de estudiantes de medicina de diferentes estudios de distintos países consumidores/dependientes y aumento en la prevalencia de VIH y de ITS que se creían casi extintas.

Los resultados indican que existe la necesidad de reformular políticas sociales en torno a la prevención que ayuden a disminuir los costos económicos de cada país generado por la atención en salud de estos pacientes.

6. CONSIDERACIONES FINALES

Los datos sugieren que en los países más avanzados en Suramérica es donde el crecimiento del consumo de drogas se ha intensificado. La edad de consumo de drogas legales está alrededor de los 11 años e ilegales alrededor de los 13 años, en cuanto al género el consumo en la mujer se agudizó y la tendencia está dirigida a el consumo de drogas sintéticas (estimulantes tipo anfetamínico) estrechamente relacionado con el aumento en la prevalencia de VIH y de ITS que se creían casi extintas, sin considerar el efecto que causa a nivel multiorgánico y de trastornos mentales.

Llama la atención el número creciente de estudiantes de medicina de diferentes estudios de distintos países consumidores/dependientes y en el gremio de especialidades en medicina son los anesthesiólogos los de mayor incidencia. El fenómeno de las drogas no solo afecta la población adolescente sino a los adultos mayores con abuso de sustancias de prescripción médica.

Se encontró en el período analizado (2006-2010), sólo 5 estudios experimentales en cocaína y pasta base de coca, es importante considerar la necesidad de realizar más estudios de este tipo, incluyendo otro tipo de sustancias.

Los resultados indican que existe la necesidad de reformular políticas sociales en torno a la prevención que ayuden a disminuir los costos económicos de cada país, generado por la atención en salud de las complicaciones por el consumo de drogas y las consecuencias de la disfunción familiar. Además hacer entender

que una población consumidora aumenta el presupuesto para abordar los problemas en cuanto a violencia así como la pérdida de productividad causada por las defunciones, las discapacidades y el abandono del trabajo.

GLOSARIO

Adicción Es el deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias), y su vida está dominada en torno al consumo, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Alcohol (etanol) Bebidas alcohólicas que se consumen en todo el mundo con propósitos recreativos y religiosos. Se producen mediante la fermentación o destilación de productos agrícolas. Se absorbe por la vía oral, dérmica, intravenosa y mucosas.

Alucinógeno Sustancia química que produce alteración de la consciencia en la percepción del individuo que puede ser visuales, auditivas, táctiles. Ejemplo: (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la fenciclidina (PCP) entre otras.

Los alucinógenos tienen efectos adversos frecuentes que comprenden:

1. Mal viaje;
2. Trastorno de la percepción por alucinógenos o escenas retrospectivas (“**flashbacks**”);
3. Trastorno delirante, que se produce normalmente después de un mal viaje; las alteraciones de la percepción remiten, pero la persona está convencida que las distorsiones que experimenta se corresponden con la realidad; el estado delirante puede durar sólo uno o dos días o bien persistir más tiempo.
4. Trastorno afectivo o del estado de ánimo, formado por ansiedad, depresión o manía, que aparecen poco después del consumo del alucinógeno y que duran más de 24 horas; generalmente, la persona siente que nunca va a recuperar la normalidad y expresa su preocupación por los daños cerebrales resultantes del consumo de la droga. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Anfetaminas Amina sintética simpaticomimética, derivado químico de la efedrina con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina. Los estimulantes tipo anfetamínicos (ETA) se refiere a la familia farmacológica representada por moléculas que en su estructura química están compuestas por análogos o derivados de la molécula de anfetamina, con efectos clínicos similares y grado de actividad farmacológica similar. Incluidos en el grupo están: el metilfenidato (Ritalin), dexmetilfenidato, la fenmetrazina y la anfepranoma (dietilpropión) (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004) (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Cannabis Término empleado para referirse a las diferentes formas de preparación de la planta de cannabis (*Cannabis sativa*): marihuana, hachís. Los cannabinoides corresponden al grupo de sustancias que se extraen de la planta de la marihuana. Contiene al menos 60 cannabinoides los cuales tienen diversa actividad biológica y analgésica. Su principal componente activo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) responsable del efecto psicoactivo y adictivo. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Cocaína, crack Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. Es un poderoso estimulante del sistema nervioso que se puede esnifar, inyectarse intravenosamente e ingerirse por vía oral.

El “crack” o “rock” es el alcaloide de la cocaína (base libre), su obtención se hace a partir de la sal de cocaína con agua, bicarbonato o amoníaco; obteniendo una

pasta grasosa y amarillenta, separada del agua blanquecina. Se aparta y al enfriarse se solidifica en forma de rocas. La otra técnica requiere de solventes orgánicos (éter, hexano) procedimiento peligroso por ser una mezcla inflamable y explosiva. Es de color beige. El nombre de “crack” deriva del sonido que hace el compuesto al calentarse a través de un cigarrillo o una pipa de agua. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994) (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Comorbilidad, Diagnóstico dual coexistencia de uno más trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas en la misma persona. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Dependencia Estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. En el caso de sustancias psicoactivas es el consumo repetido de una o varias sustancias, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua con el objetivo de encontrarse bien o para no sentirse mal o para evitar el dolor. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

En el DSM-IV, dependencia la define como un patrón de adaptación biológico, cognitivo y comportamental al uso de sustancias que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994).

Hay siete criterios de dependencia de sustancias y una persona que cumpla al menos tres de ellos puede diagnosticarse como dependiente ver tabla 1 (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Drogadicción La drogadicción es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a

pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que le rodean. (El abuso de drogas y la drogadicción, National Institute on Drug abuse, NIDA, 2008)

Drogas de diseño Sustancia química nueva, sintética, que estructural y farmacológicamente presentan similitudes a algunas sustancias controladas, cuyas características son: 1. Fabricadas en laboratorios clandestinos, 'diseñadas' según la demanda del consumidor para simular los efectos de drogas ilegales. 2. Estructura química innovadora, no incluida en los convenios internacionales de fiscalización con el fin de evadir acciones judiciales. (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004) (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSM-IV

De conformidad con el DSM-IV, la dependencia de una sustancia es un patrón de adaptación al uso de la sustancia, lo que produce perturbación o limitaciones clínicas significativas, manifestadas por tres (o más) de los siguientes criterios, que ocurran en cualquier momento durante un mismo periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes indicadores:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente mayores de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado,
 - (b) un efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
2. Abstinencia, que se manifiesta por cualquiera de los siguientes:
 - (a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - (b) se toma la misma sustancia (u otra similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades o durante periodos más prolongados de lo que se deseaba.
4. Existe un deseo persistente o la imposibilidad de reducir o controlar el uso de la sustancia.

5. Se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o manejar grandes distancias), en usar la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro) o en recuperarse de sus efectos.
6. Se reducen o se dejan de realizar actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por el uso de la sustancia.
7. Se continúa el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, muy probablemente causado o exacerbado por la sustancia (seguir usando cocaína pese a que se padece la depresión inducida por ésta, o se sigue bebiendo aunque se sabe que se agravó una úlcera por el consumo de alcohol).

Fuente: Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos, 1994.

Tabla 1, Tomado de Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias psicoactivas, OMS, 2004

Disolventes volátiles Sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente. Las sustancias volátiles que se inhalan para obtener efectos psicoactivos (también llamadas inhalantes) son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (como pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Hachís Término originario de la Cuenca del Mediterráneo Oriental que actualmente se le llama a la resina del cannabis que es un concentrado aceitoso o sólido que se obtiene por extracción de los ápices florales de la planta. Esta se fuma. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Heroína Derivado semi-sintético de la morfina conocida por su nombre químico como 3,6-diacetilmorfina. (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Hipnótico Sustancia química depresora del sistema nervioso central inductora del sueño, ansiolítica. Algunos hipnóticos tienen ciertas propiedades amnésicas, relajantes y anticonvulsivantes (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994) (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Marihuana Término de origen mexicano. En un principio para designar el tabaco barato que en algunas ocasiones contenía cannabis. Actualmente representa a las flores secas, hojas subyacentes y los tallos de ejemplares hembra de la planta de cannabis. Esta se fuma (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Narcótico Sustancia química que induce estupor, coma e inhibe las señales al dolor (analgesia). Entre el grupo de fármacos están los opioides y otros con propiedades anestésicas como el cloroformo, ciclo-propano, el éter. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Nicotina Alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y relajantes. Sus efectos observables sobre el comportamiento son: cambios en el estado de ánimo, reducción del estrés y mejoras en el rendimiento. Los efectos conductuales asociados con la nicotina, producidos al fumar, incluyen estimulación, mayor atención y concentración, aumento de la memoria, reducción de la ansiedad y supresión del apetito. (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Opiáceos Grupo de sustancias alcaloides derivados de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia y, en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria. (Morfina, Codeína, Papaverina, Noscapina) (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Opio (del griego *opos*, jugo) resina que se obtiene de los frutos de la amapola o adormidera (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Opioide Conjunto de sustancias que incluye, a los opiáceos, sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994) (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Opioide endógeno Son neuropéptido cerebrales naturales; compuestos por las encefalinas, dinorfinas y las endorfinas. Ambos pueden interaccionar con los lugares de unión de los opiáceos (receptores) y regular así la percepción del dolor; además, parece que las endorfinas modulan el estado de ánimo y las respuestas a los estímulos estresantes. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994) (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Policonsumo Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Síndrome de abstinencia Conjunto de signos y síntomas físicos y psicológicos desagradables cuando se reduce o interrumpe el consumo de la sustancia. Impulso irresistible por consumir la sustancia (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

Sustancias controladas Sustancias psicoactivas y sus precursores cuya distribución está prohibida por la ley o bien restringida a usos médicos y farmacéuticos. Este control varía en cada país. El término se utiliza a menudo para referirse a las sustancias psicoactivas y sus precursores, mencionados en los convenios internacionales sobre drogas (Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, modificado por el Protocolo de 1972; Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas; Convenio de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas). A escala nacional (como la ley estadounidense de 1970 sobre sustancias controladas) e internacional. (Glosario de términos de alcohol y drogas, OMS, 1994)

Tolerancia Cuando se necesitan mayores cantidades de la sustancia para producir el mismo efecto, o lo que es lo mismo, que la misma cantidad produce cada vez menos efectos (Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas, OMS, 2004)

BIBLIOGRAFÍA

1. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. 2006.
2. Antoine LB. Substance Abuse: A Global View. 2002.
3. OPS. Informe Panamericano de la Salud. OPS, 2009.
4. ONU. Movilizaciones de Alianzas Mundial. ONU, 2004.
5. amfAR The Foundation of AIDS Research. 2006 [cited 2010 April 12 of 2010].
6. Hall GaHAP. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America. 2006.
7. ACNUR. Colombia: Respuesta gubernamental al problema de desplazamiento interno criticada al agudizarse el conflicto. 2006 [cited 2011 mayo 16 de 2011]; Available from: www.acnur.org .
8. Baeza Correa J. Drogas en América Latina: Estado del Arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. UCSH, editor. París, Francia: Federación de Universidades Católicas; 2008. 220 p.

9. Salazar T. Aproximación histórica sobre el consumo de drogas en Venezuela. DIKAIOSYNE: Revista de filosofía práctica. 2006(16):26. Epub 25.04.2006.
10. PEREZ GOMEZ A. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: HISTORIA DEL CONSUMO EN COLOMBIA. Primera edición ed. Bogotá: TERCER MUNDO; UNIVERSIDAD DE LOS ANDES 1988. 275 p.
11. C.A U. Coca: La Hoja Sagrada de Hombres los Kogi. Texto y Contexto. 1986(9). Epub Septiembre - Diciembre.
12. Gómez AP. Cocaína: surgimiento y evolución de un mito: Catálogo Científico; 1987.
13. Aguilar Ros A. Manual de drogodependencias para enfermería. , , España: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
14. González Menéndez R. Significación médico social y ético-humanística de las drogas. Revista Cubana de Salud Pública. 2007; 33:0-.
15. CEPAL. El diagnostico del problema de las drogas en Améria Latina. 2000.
16. NIDA. Informe NIDA. 2008; Available from: www.drugfreeworld.org/es.
17. Benowitz N. Medical Complications of Drug Abuse. Drug Abuse Handbook: CRC Press; 2007.

-
18. Abuse NIoD. Abuso de Inhalantes. 2011 [cited 2011 Abril del 2011]; Available from: <http://www.nida.nih.gov/researchreports/inhalantes/inhalantes.html>.
19. Mabit J. De Los Usos y Abusos de Sustancias Psicotrópicas y Los Estados modificados de Conciencia. 2008 [cited 2010 abril 12 de 2011]; Available from: <http://www.mercurialis.com/EMC/Jaques%20Mabit%20-%20Usos%20y%20Abusos%20de%20Sustancias%20Psicotropicas%201.htm>.
20. Fabregas JM, Gonzalez D, Fondevila S, Cutchet M, Fernandez X, Barbosa PCR, et al. Assessment of addiction severity among ritual users of ayahuasca. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;111(3):257-61.
21. McKenna DJ. Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: Rationale and regulatory challenges. *Pharmacology and Therapeutics*. 2004;102(2):111-29.
22. Cakic V, Potkonyak J, Marshall A. Dimethyltryptamine (DMT): Subjective effects and patterns of use among Australian recreational users. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;111(1-2):30-7.
23. Pires APS, Oliveira CDR, Yonamine M. Ayahuasca: A review of pharmacological and toxicological aspects. *Revista de Ciencias Farmaceuticas Basica e Aplicada*. 2010;31(1):15-30.
24. Oliveira CDR, Moreira CQ, De Sa LRM, Spinosa HDS, Yonamine M. Maternal and developmental toxicity of ayahuasca in wistar rats. *Birth Defects*

Research Part B - Developmental and Reproductive Toxicology. 2010;89(3):207-12.

25. Hrdina V, Merka V, Patocka J. Ayahuasca: Exotic psychoactive drug or the medicament of the future? *Psychiatrie*. 2010;14(2):80-4.

26. Periago M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5).

27. Kohn R LI, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5). Epub 240.

28. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlman DC. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21(1):20-7.

29. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Castro IRRd, et al. Prevalence of risk health behavior among adolescents: results from the 2009 National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE). (Pesquisa Nacional de Saude do Escolar (PeNSE).) [Portuguese]. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2010;15(supl. 2):3009-19. Prevalencia de fatores de risco e protecao de doencas cronicas nao transmissiveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saude do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009.

-
30. da Costa Vargens OM, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, da Gloria Miotto Wright M. USO DE DROGAS ILÍCITAS E PERSPECTIVAS CRÍTICAS DE FAMILIARES E PESSOAS PRÓXIMAS, NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, ZONA NORTE, BRASIL. (Portuguese). USE OF ILLICIT DRUGS AND CRITICAL PERSPECTIVES OF DRUG USERS' RELATIVES AND ACQUAINTANCES IN NORTHERN RIO DE JANEIRO (CITY), BRAZIL (English). 2009;17:776-82.
31. Hacker MA, Malta M, Enriquez M, Bastos FI. Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: Epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2005;18(4-5):303-13.
32. Rodriguez CM, Marques LF, Touzé G. HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS*. 2002;16(SUPPL. 3).
33. Aguilar-Gaxiola S, Medina-Mora ME, Magana CG, Vega WA, Alejo-Garcia C, Quintanar TR, et al. Illicit drug use research in Latin America: Epidemiology, service use, and HIV. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 84:S85-S93.
34. Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco Ad, Zuim GC, et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saude Publica*. 2008;42(5):830-7.
35. UNODC. *Tendencias Mundiales drogas Ilicitas*. Oficina de Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, 2003.

36. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. 2010.
37. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. 2008. p. 310.
38. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. 2009.
39. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. 2010.
40. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. 2007.
41. Pérez y Farías JM, Durán C, Lucio Gómez-Maqueo E. MMPI-A temporal stability study through a test-retest design in a Mexican student sample. *Salud Mental*. 2003;26(2):59-66.
42. UNODC. Informe Mundial sobre Drogas. 2009.
43. UNODC-CICAD. Informe subregional sobre uso de Drogas en población escolarizada. NACIONES UNIDAS, 2009/2010.
44. UNODC-CICAD. Regionales sobre la Problemática de Drogas en Jóvenes. NACIONES UNIDAS, 2009/2010.
45. Peruga A, Rincón A, Selin H. Use of addictives substances in the Americas. *Adicciones*. 2002;14(2):227-38.

-
46. Peruga ARAS, H. Consumo De Sustancias Adictivas En Las Américas Peruga. Organización Panamericana de la Salud; 2002 [cited 2010 7 abril de 2010].
47. Pawlowicz MP, Singh DSZ, Rossi D, Touze G, Wolman G, Bolyard M, et al. Drug use and peer norms among youth in a high-risk drug use neighbourhood in Buenos Aires. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2010; 17(5):544-59.
48. ONUDC. Informe Mundial Sobre las Drogas. In: ONUDC, editor. 2008. p. 310.
49. Quiroga PN, Yohena I, Contartese CM, González H, López CM. Perfil de consumo de cocaína, cannabis y opiáceos en el laboratorio toxicológico CENATOXA. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*. 2008; 42:549-55.
50. Dolcini G, Ambrosioni J, Andreani G, Pando MA, Martinez Peralta L, Benetucci J. Prevalence of human immunodeficiency virus (HIV)-*Trypanosoma cruzi* co-infection and injectable-drugs abuse in a Buenos Aires health center. *Revista Argentina de Microbiología*. 2008; 40(3):164-6. Prevalencia de la coinfección virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)-*Trypanosoma cruzi* e impacto del abuso de drogas inyectables en un centro de salud de la ciudad de Buenos Aires.
51. Sena CAd, Colares V. Health risk behavior among young offenders. *Cadernos de Saude Pública*. 2008; 24(10):2314-22. Comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes em conflito com a lei.

52. Silva LHPd, Borba LdO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MdF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. Escola Anna Nery. 2010; 14:585-90.
53. Silva EdF, Pavani RAB, Moraes MSd, Chiaravalloti Neto F. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22:1151-8.
54. Ferigolo M, Stein AT, Fuchs FD, Barros HMT. Influence of depression and early adverse experiences on illicit drug dependence: a case-control study. Influência de depressão e experiências adversas na dependência de drogas ilícitas: um estudo de caso-controle. 2009;31(2):106-13.
55. Rodríguez J, Fernández AM, Hernández E, Valdés M, Villalón M, Ramírez S, et al. Estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de Enseñanza Básica, a través de la metodología de pares. Revista médica de Chile. 2009;137:774-84.
56. Peuker AC, Rosemberg R, Cunha SMd, Araújo LB. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. Paidéia (Ribeirão Preto). 2010;20:165-73.
57. Barros MBdA, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HBd. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Revista de Saúde Pública. 2007; 41:502-9.

-
58. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura Ld, Crespo C, Malta DC. Smoking exposure among school children in Brazil. (Pesquisa Nacional de Saude do Escolar (PeNSE).) [Portuguese]. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2010;15(supl. 2):3027-34. Exposicao ao tabagismo entre escolares no Brasil.
59. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRGdC. Suicide planning among teenage students: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saude Publica*. 2009;25(1):142-50. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalencia e fatores associados.
60. Rabelo JF, Faria ST, Bernardy CCF, Oliveira MLFd. Illegal drugs: records from a drug abuse rehabilitation center in Maringa-PR, 2004-2005. *Arquivos de Ciencias da Saude da UNIPAR*. 2007;11(2):77-81. Drogas ilicitas: registros de um centro de informacao e assistencia toxicologica do municipio de Maringa, PR, 2004-2005.
61. Mota DM, Costa AAd, Teixeira CdS, Bastos AA, Dias MF. Use abusive of benzydamine in Brazil: an overview in pharmacovigilance. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2010; 15(3):717-24. Uso abusivo de benzidamina no Brasil: uma abordagem em farmacovigilancia.
62. Carvalho HBd, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*. 2009; 64:857-66.
63. Schneider DR. The horizon of rationality about drug dependency in health services: implications to the treatments. *Ciencia & Saude Coletiva*.

2010;15(3):687-98. Horizonte de racionalidade acerca da dependencia de drogas nos servicos de saude: implicacoes para o tratamento.

64. Pereira DS, Souza RSd, Buaiz V, Siqueira MMd. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008; 57:188-95.

65. Tockus D, Gonçalves PS. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008;57:184-7.

66. Santos AdO, Paiva V. Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41:80-6.

67. Cote-Menéndez M, Leal-Rojas EC, Prieto-Suárez E, Vargas Rojas DP. Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en fármaco-dependientes en rehabilitación en comunidades terapéuticas (FECCOT): Bogotá Cundinamarca 2006-2007. Estudio descriptivo.

Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. 2008; 56:338-52.

68. Calabrese G. Implicaciones laborales en el anestesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2005; 33:187-94.

-
69. Villalobos-Galvis FH. Situation affecting the suicidal behavior in college and university students in San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*. 2009; 32(2):165-71.
70. Campo-Arias A, Ceballos GA, Herazo E. Cigarette-smoking amongst students in a Colombian city: gender-associated factors. *Revista de Salud Publica*. 2009; 11(4):601-12. Consumo de cigarrillo en estudiantes de una ciudad de Colombia: factores asociados por género.
71. Gomez AP. Transitions in drug abuse in Colombia. *Adicciones*. 2009; 21(1):81-8.
72. Castano Perez GA, Calderon Vallejoii GA. Heroin consumption in Colombia-associated practice and incidence in the public health care. *Revista Cubana de Salud Publica*. 2010; 36(4):unpaginated. Consumo de heroína en Colombia, practicas relacionadas e incidencia en la salud pública.
73. Silva JB. Demographic Characteristics and Consumption in patients Addicted to Heroin or Coca Derivates. *Investigación Andina*. 2010; 12(21):11.
74. Ciccarone D. Heroin in brown, black and white: structural factors and medical consequences in the U.S heroin market. (Special issue: Risk environments and drug harms). *International Journal of Drug Policy*. 2009; 20(3):277-82.
75. Dávila L, Solórzano E, Premoli de Percoco G, Quiñones B, Petrosino P. El consumo de basuco* como agente causal de alteraciones en la encía. *Revista Cubana de Estomatología*. 2001; 38:137-44.

76. Ross T. Using and dealing on Calle 19: a high risk street community in central Bogotá. *International Journal of Drug Policy*. 2002; 13(1):45-56.
77. Romero MI, Santander J, Hitschfeld MJ, Labbe M, Zamora V. Illicit and psychotropic drug use among medical students at the Pontificia Universidad Catolica de Chile. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137(4):459-65. Consumo de sustancias ilicitas y psicotropicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Catolica de Chile.
78. Hidalgo Carmona CG, Santis Barros R, Rodriguez Tobar J, Canobra VH, Montequin EA. Family functioning of out-of-treatment cocaine base paste and cocaine hydrochloride users. *Addictive Behaviors*. 2008;33(7):866-79.
79. Araya R, Gaete J, Rojas G, Fritsch R, Lewis G. Smoking and common mental disorders: a population-based survey in Santiago, Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42(11):874-80.
80. Torres LR, Pena JB, Westhoff WW, Zayas LH. Across-national comparison of adolescent alcohol and drug use behaviors: U. S. Hispanics and youth in the Dominican Republic. *Journal of Drug Issues*. 2008; 38(1):149-70.
81. Riofrio Guillen R, Nascimento LC. Drug consumption in young people in Guayaquil city, Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(Especial):598-605. Consumo de drogas en los jovenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

-
82. Springer A, Kelder S, Orpinas P, Baumler E. A cross-national comparison of youth risk behaviors in Latino secondary school students living in El Salvador and the USA. *Ethnicity and Health*. 2007;12(1):69-88.
83. Buchanan JC, Pillon SC. Drug consumption by medical students in Tegucigalpa, Honduras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16(Especial):595-600.
84. Bustamante IV, Carvalho AMP, de Oliveira EB, de OJ, Figueroa SDS, Vásquez EMM, et al. University Students' Perceived Norms of Peers and Drug Use: a Multicentric Study in Five Latin American Countries. 2009;17(Journal Article):838-43.
85. Shah NG, Lathrop SL, Reichard RR, Landen MG. Unintentional drug overdose death trends in New Mexico, USA, 1990-2005: combinations of heroin, cocaine, prescription opioids and alcohol. *Addiction*. 2008; 103(1):126-36.
86. Brouwer KC, Case P, Ramos R, Magis-Rodriguez C, Bucardo J, Patterson TL, et al. Trends in production, trafficking, and consumption of methamphetamine and cocaine in Mexico. *Substance Use & Misuse*. 2006; 41(5):707-27.
87. Jorge Galván Reyes AOC, Alejandra Soriano Rodríguez, Leticia Casanova Rodas. Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1986-2003). *Sistema de reporte de información sobre drogas*. 2005; 28(3):51-8.
88. Jorge Galván Reyes AOC, Alejandra Soriano Rodríguez, Leticia Casanova Rodas. Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1986-2003). *Sistema de reporte de información sobre drogas*. *Salud Mental*. 2005; 28(3):8.

89. Patricia C, Ramos R, Brouwer KC, Firestone-Cruz M, Pollini RA, Strathdee SA, et al. At the Borders, on the Edge: Use of Injected Methamphetamine in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2008;10(1):23-33.
90. Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud mental*. 2009;32:405-11.
91. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J, et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2006; 19:265-76.
92. Medina Mora ME. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? 2006(Journal Article).
93. Moreno Coutiño A, Medina-Mora Icaza ME. Tabaquismo y depresión. *Salud mental*. 2008; 31:409-15.
94. Cherpitel CJ, Robertson M, Ye Y, Borges G, Bautista CF, Lown A, et al. Comorbidity for alcohol use disorders and drug use in Mexican-Origin groups: Comparison of data from national alcohol surveys in the U.S. and Mexico. *Substance Use & Misuse*. 2007; 42(11):1685-703.
95. Conway KP, Swendsen JD, Dierker L, Canino G, Merikangas KR. Psychiatric comorbidity and acculturation stress among Puerto Rican substance

- abusers. (Understanding the social epidemiology of drug abuse and HIV/AIDS.). American Journal of Preventive Medicine. 2007; 32(6(Supplement 1)):S219-S25.
96. Castro N, Cortés P, Vasters GP, da Costa JML. Uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua. (Spanish). Drug use among students of the Faculty of Medical Sciences of the National Autonomous University of Nicaragua, Leon, Nicaragua (English). 2010;18:606-12.
97. Gutierrez C, Contreras H, Trujillo D, Haro E, Ramos-Castillo J. Illegal drugs in Lima and Callao high schools: family factors associated with the consumption. Anales de la Facultad de Medicina. 2009; 70(4):247-54. Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo.
98. Galvez-Buccollini JA, DeLea S, Herrera PM, Gilman RH, Paz-Soldan V. Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. BMC Public Health. 2009; 9(23) :(19 January 2009).
99. Rangel HR, Garzaro D, Pujol FH. Genetic diversity of human immunodeficiency virus in the Americas, with emphasis on the Venezuelan epidemics. Interciencia. 2009; 34(3):163-9.
100. Pott Junior H, Ferreira MCF. Cocaine-induced myocardial infarction. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. 2009;45(5):385-8. Infarto do miocardio induzido por cocaína.

101. Gontijo B, Bittencourt, Flávia Vasques and Lourenço, Livia Flávia Sebe. Manifestações cutâneas decorrentes do uso de drogas ilícitas. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2006;81(4):11.
102. Neilane Bertoni, Francisco I. Bastos, Maeve Brito de Mello, Maria Yolanda Makuch, Maria Helena de Sousa, Maria José Osis, et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. Cadernos Saúde Pública. 2009;25(6):11.
103. Sandra Figueiredo GF, António Morais,. Enfisema bolhoso associado a consumo de drogas. Revista Portuguesa de Pneumologia. 2009;16(1):5.
104. Luft AaM, Florentino Fernandes. Anestesia no paciente usuário de cocaína. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2007;57(3):8.
105. Caroline Addison Carvalho Xavier PLDL, Marta Maria de França Fonteles, Silvânia Maria Mendes de Vasconcelos, Glauce Socorro de Barros Viana, Francisca Cléa Florenço de Sousa. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. Revista de Psiquiatria Clínica. 2008;35(3):8.
106. Lima CF, Oliveira LU, Cabral LAG, Brandao AAH, Salgado MA, Almeida JD. Cytogenetic damage of oral mucosa by consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2010;39(6):441-6.

-
107. Lima CF, Oliveira LU, Cabral LAG, Brandão AAH, Salgado M, Almeida JD. Cytogenetic damage of oral mucosa by consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs. *J Oral Pathol Med*. 2010.
108. Eduardo Tsuyoshi Yamaguchi MMSCC, Marcelo Luis Abramides Torres, Arthur Guerra de Andrad, Yamaguchi, E.T. et al. Drogas de abuso e gravidez. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008; 35(supl.1):3.
109. Suárez Andrés PA, González Inés, Odierna Edgar, Gait Nilda, Llebeilli Ruth et al. Investigación de cocaína y marihuana en meconio de neonatos atendidos en un hospital público: Primera experiencia realizada en la ciudad Córdoba, Argentina. *Acta Toxicológica de Argentina*. 2009; 17(2):7.
110. Del Valle LJ, Pella R, Mercedes A, Velásquez LA, Orihuela PA. Embryotoxicity of serum from women smoking cocaine base paste (CBP). *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. 2008; 139(1):28-31.
111. Cabarcas RJM, R. JEC, Gómez LE. Comportamiento neurológico del recién nacido de madre consumidora de basuco durante su gestación 1997.
112. Moreno CA, Bejarano PA. The lung pathology of cocaine paste (Basuco) smoking in Bogota, Colombia. *LABORATORY INVESTIGATION*. 2006;86::313A-A.
113. Cruz MS, Vargens R, Infurna T, Garcez RES, Mathias ACR. Cannabis e saúde mental: uma revisão sobre a droga de abuso e o medicamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009; 58:69-70.

114. Rodríguez Raimondo E, Rodríguez Maisano E, Díaz H, Letcher J, Haurigot Posse L, Yermak Morales V, et al. Estudio sobre las alteraciones de la perfusión cerebral valorado mediante SPECT cerebral, en pacientes usuarios de drogas de abuso. *Revista argentina de radiología*. 2010; 74:141-6.
115. King ALS, Nardi AE, Cruz MS. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006; 55:70-3.
116. Olivera V M. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2009; 47:132-7.
117. Poblano A, Flores B, Arteaga C, Flores T, Elías Y, Pineda G. Thinner abuse alters peak of frequency of EEG spectra analyses. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2006;64:937-40.
118. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005. (Comportamento sexual e percepções sobre HIV/Aids no Brasil, 1998 e 2005.) [Portuguese]. *Revista de Saude Publica*. 2008;42(Suplemento 1):109-17. Consumo de alcohol e drogas: principais achados de pesquisa de ambito nacional, Brasil 2005.
119. Barata RdCB, Latorre MdRDO, Aquino EM, Bastos FI. Sexual behavior and perceptions on HIV/AIDS in Brazil, 1998 and 2005. (Comportamento sexual e percepções sobre HIV/Aids no Brasil, 1998 e 2005.) [Portuguese]. *Revista de*

Saude Publica. 2008;42(Suplemento 1):1-137. Comportamento sexual e percepcoes sobre HIV/Aids no Brasil, 1998 e 2005.

120. ONU. AIDS epidemic update 2010. 2010; Available from: data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1796_outlook_en.pdf.

121. ONU. AIDS epidemic update 2007. 2007; Available from: data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1796_outlook_en.pdf.

122. Garcia-Calleja JM, Del Rio C, Souteyrand Y. HIV infection in the Americas: Improving strategic information to improve response. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009; 51(SUPPL. 1).

123. Strathdee SA, Magis-Rodriguez C. Mexico's evolving HIV epidemic. *JAMA, Journal of the American Medical Association*. 2008;300(5):571-3.

124. Cabada MM, Echevarria JI, Seas C, Gotuzzo E. High prevalence of sexually transmitted infections among young Peruvians who have sexual intercourse with foreign travelers in Cuzco. *Journal of Travel Medicine*. 2009; 16(5):299-303.

125. Jiménez-Castro L, Hare E, Medina R, Raventos H, Nicolini H, Mendoza R, et al. Substance use disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American Ancestry. *Schizophrenia Research*. 2010;120(1-3):87-94.

126. Rey GN, García FJ, Icaza MEM-M, Sainz MT. Alcohol and Drug Consumption, Depressive Features, and Family Violence as Associated with

Complaints to the Prosecutor's Office in Central Mexico. Substance Use & Misuse. 2007;42(10):1485-504.

127. Sánchez-Huesca R, Arellanez-Hernandez JL, Pérez-Islas V, Rodriguez-Kuri SE. Study on the relation between drug abuse and migration to the North Border of Mexico and the United States. Salud Mental. 2006; 29(1):35-43.