

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CONSUMIDORA DE COCAÍNA, CANNABIS Y OPIOIDES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ EN LA POBLACIÓN ENTRE 15-45 AÑOS DE EDAD EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2020-2021

Dahiana Hermida, Catalina Gutierrez

Resumen

Objetivo: Los resultados de la presente investigación tienen como finalidad caracterizar la población consumidora de sustancias psicoactivas con screening toxicológico positivo para cocaína, cannabis y opioides entre 15-45 años de edad que consultan al Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo de 2020-2021, en vista de que el uso de sustancias psicoactivas representa un problema de salud pública con repercusiones sociales, clínicas, políticas y económicas, es de vital importancia conocer de este tema a través de un conocimiento científico de calidad.

En aras de aportar a la región y en especial al servicio de toxicología del HUEM, se realizó este trabajo de investigación para brindar datos locales acerca de la caracterización sociodemográfica, diagnóstica y terapéutica que pueden contribuir a determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y compararla con artículos nacionales e internacionales.

Conclusiones: Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteración en las funciones que regulan el pensamiento, emociones y el comportamiento. Su consumo se asocia fuertemente a factores sociodemográficos como son el sexo, donde se evidencia que los hombres tienden a ser mayormente consumidores de sustancias psicoactivas que las mujeres.

Palabras clave: Sustancias psicoactivas, factores sociodemográficos, consumo, salud pública, pacientes, Erasmo Meoz, periodo 2020-2021

Resume:

Objective: The results of the present investigation are intended to characterize the consumer population of psychoactive substances with positive toxicological screening for cocaine, cannabis and opioids between 15-45 years of age who consult the Erasmo Meoz University Hospital during the period 2020-2021, in view Since the use of psychoactive substances represents a public health problem with social, clinical, political and economic repercussions, it is of vital importance to know about this subject through quality scientific knowledge.

In order to contribute to the region and especially to the HUEM toxicology service, this research work was carried out to provide local data about the sociodemographic, diagnostic and therapeutic characterization that can help determine the prevalence of psychoactive substance use and compare it. with national and international articles.

Conclusions: Psychoactive substances are various natural or synthetic compounds that act on the nervous system generating alterations in the functions that regulate thought, emotions and behavior. Its use is strongly associated with sociodemographic factors such as gender, where it is evident that men tend to be more consumers of psychoactive substances than women.

Keywords: Psychoactive substances, sociodemographic factors, consumption, public health, patients, Erasmo Meoz, period 2020-2021

CAPITULO I. EL PROBLEMA

Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteración en las funciones que regulan el pensamiento, emociones y el comportamiento. Existen regulaciones para el control y fiscalización del uso de estas sustancias, ya sea para uso recreativo, farmacológico como los analgésicos opiáceos o de un uso general [1].

Hay un grupo cuyo uso es considerado ilícito y sólo autorizado con fines médicos o de investigación como el caso de la cocaína y sus derivados. La organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta a nivel mundial, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en su vida [2], el consumo de drogas aumentó mucho más rápidamente entre los países en desarrollo durante el período 2000-2018 que en los países en vía de desarrollo. Las personas adolescentes y adultas jóvenes representan la mayor parte de quienes consumen drogas, mientras que las y los jóvenes son también los más vulnerables a los efectos de las drogas porque son quienes más consumen y sus cerebros están todavía en desarrollo. [3]

En Colombia en el 2019 un 10.3% de la población colombiana declaró haber usado alguna sustancia ilícita al menos una vez en la vida con diferencias significativas entre hombres (14,5%) y mujeres (6.3%), se evidenció que el grupo etario correspondiente a 18-24 años eran los mayores consumidores seguido por las personas entre 25-34 años de edad, el consumo aumenta en función del estrato socioeconómico y de diversas variables sociodemográficas de la población. [2]

Desde la antigüedad el uso de sustancias psicoactivas siempre implica un grado de riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre distintos órganos y sistemas, las cuales pueden darse en el corto plazo, como en el caso de la intoxicación, la cual incrementa el riesgo de lesiones por accidentes o agresión, así como conductas sexuales en condiciones inseguras. el uso repetido y prolongado con el tiempo de estas sustancias, favorece el desarrollo de trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de las consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal. [4]

El cannabis fue la sustancia más utilizada en todo el mundo durante el 2018, con un estimado de 192 millones de personas consumidoras. Los opioides, sin embargo, siguen siendo las drogas más perjudiciales, ya que, durante la última década, el total de muertes relacionadas con su consumo aumentó un 71%, con un incremento del 92% entre las mujeres, en comparación con el 63% entre los hombres. [4]

Debido a la importancia y el impacto que genera el consumo de sustancias psicoactivas y las catastróficas consecuencias anteriormente explicadas correlacionadas con algunos factores sociodemográficos es caracterizar la población consumidora de sustancias psicoactivas que ingresaron al HUEM entre el 2020- 2021 y analizar los factores sociodemográficos que inciden en el consumo.

1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de la población consumidora de cocaína, cannabis y opioides en el Hospital Universitario Erasmo Meoz en la población entre 15-45 años de edad en el periodo comprendido entre 2020-2021?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la población consumidora de sustancias psicoactivas con screening toxicológico positivo para cocaína, cannabis y opioides entre 15-45 años de edad que ingresaron al HUEM entre el 2020- 2021 y analizar los factores sociodemográficos que inciden en el consumo.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar las características de un paciente con consumo de sustancias psicoactivas pacientes atendidos en el HUEM periodo entre 2020-2021
- Determinar los factores sociodemográficos que pueden incidir en el consumo de sustancias psicoactivas pacientes atendidos en el HUEM periodo entre 2020-2021
- Discriminar qué tipo de sustancia psicoactivas del screening toxicológico consumen más los pacientes atendidos en el HUEM periodo entre 2020-2021
- Caracterizar el manejo interdisciplinario que se le dio a la población consumidora de sustancias

psicoactivas que ingresaron al HUEM entre el 2020-20221

- Conocer la mortalidad de la población consumidora de SPA de pacientes atendidos en el HUEM entre el 2020-20221

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los resultados de la presente investigación tienen como finalidad caracterizar la población consumidora de sustancias psicoactivas con screening toxicológico positivo para cocaína, cannabis y opioides entre 15-45 años de edad que consultan al Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el periodo de 2020-2021, en vista de que el uso de sustancias psicoactivas representa un problema de salud pública con repercusiones sociales, clínicas, políticas y económicas, es de vital importancia conocer de este tema a través de un conocimiento científico de calidad.

En aras de aportar a la región y en especial al servicio de toxicología del HUEM, se realizó este trabajo de investigación para brindar datos locales acerca de la caracterización sociodemográfica, diagnóstica y terapéutica que pueden contribuir a determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y compararla con artículos nacionales e internacionales.

Por tanto, es necesario que el conocimiento científico acerca de este campo se amplíe con la finalidad de unificar la información para destacar aquella que este más actualizada, y así permita determinar cuáles factores se ven principalmente involucrados en una persona con screening toxicológico positivo para sustancias psicoactivas logrando un manejo integral en dichos pacientes y que a su vez abra mayores campos de investigación.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1 ANTECEDENTES

Los artículos revisados sirven como referencia para nuestro estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa de corte transversal retrospectivo sobre las características y los factores sociodemográficos del consumo de cocaína, cannabis y opioides en el Hospital Universitario Erasmo Meoz en la población entre 15-45 años de edad en el periodo comprendido entre 2020-2021, con el fin de poder realizar una comparativa de lo encontrado a nivel local con los resultados de otros estudios a nivel nacional, latinoamericano e internacional.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 GENERALIDADES DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sustancia Psicoactiva o droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Además, las sustancias psicoactivas, tienen la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de la persona que las consume. Cuando una persona lee las palabras escritas llegan al cerebro a través de los ojos y se convierten en información visual fijando el significado y el recuerdo, dentro de las neuronas la información adopta la forma de una señal eléctrica que cruzando el pequeño espacio llamado sinapsis que separa una neurona de otra adopta la forma de una señal química la cual será transportada por neurotransmisores. [5][6]

El proceso de entrada y salida de los neurotransmisores en la sinapsis se conoce como neurotransmisión y es una característica fundamental de la respuesta del cerebro a las experiencias y al entorno. La función de la neurotransmisión es transportar una señal desde una neurona emisora hasta una neurona receptora a través de un espacio abierto conocido como sinapsis o espacio sináptico. La neurona emisora fabrica moléculas neurotransmisoras y las almacena en paquetes llamados vesículas. Cuando la neurona recibe suficiente estimulación, genera una señal eléctrica y hace que algunas vesículas migren hacia la membrana de la neurona se fusionen con ella, se abran y liberen su contenido en la sinapsis donde finalmente serán captadas por receptores en la superficie de la neurona receptora. El neurotransmisor puede ser un estimulador el cual elevará el nivel de la actividad eléctrica de la neurona receptora o un inhibidor el cual disminuirá la actividad eléctrica y la posterior liberación de un neurotransmisor. [6][7]

Una vez que un neurotransmisor ha interactuado con su receptor en la neurona receptora concluye la comunicación entre una neurona y otra. Las moléculas neurotransmisoras se desprenden de los receptores cuando se libere la sinapsis encontrando 3 destinos ya sea unirse a otro receptor, encontrarse con una enzima la cual las desintegrara o entrar de nuevo a la neurona emisora por medio de un transportador atravesando la membrana para estar de nuevo disponible y ser liberadas en un futuro. [6]

Lo que una persona experimenta cuando utiliza una droga refleja los roles funcionales del neurotransmisor o neurotransmisores específicos

que altera. Cada neurona puede producir uno o más neurotransmisores: dopamina, glutamato, serotonina, acetilcolina y otros, estos se van a asociar a efectos particulares dependiendo de su distribución en las diversas áreas funcionales del cerebro. [6]

Algunas drogas afectan principalmente un neurotransmisor o una clase de neurotransmisores por ejemplo los opioides producen efectos similares a las sensaciones producidas por la endorfina y encefalina. Esto incluye el aumento en la analgesia, la disminución en el estado de alerta y la reducción de la frecuencia respiratoria. Mientras que la cocaína se une a estructuras que regula la dopamina, lo cual causa aumento de la actividad de este neurotransmisor y produce euforia, a su vez produce cambios en los sistemas de la norepinefrina y el glutamato que causan efectos estimulantes. [6]

Dado que un neurotransmisor puede estimular o inhibir neuronas que producen neurotransmisores diferentes, si una droga altera un neurotransmisor, puede tener impactos secundarios en otros. De hecho, un efecto clave que de la mayoría de las drogas que causan dependencia y adicción tienen en común es el aumento drástico de las señales de dopamina en una zona del cerebro llamado núcleo accumbens, lo que causa euforia y el deseo de repetir la experiencia. [6]

Por todo lo anterior y la gran adicción y dependencia que estas sustancias generan el uso indebido de ellas es uno de los problemas más graves en la actual sociedad puesto que se asocia a daños en la salud del consumidor, aumento en la demanda de servicios, altos índices de incapacidad social y laboral, fenómenos delictivos, propagación de epidemias como la de VIH y hepatitis B y a la degradación de estructuras sociales fundamentales.

2.2.2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2021) se estimó que alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según su último informe. También se pudo ver que en los últimos 24 años la potencia del cannabis se ha multiplicado por cuatro en algunas partes del mundo y el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo esta droga como perjudicial ha disminuido hasta un 40%. [8]

Respecto al aumento del consumo de drogas entre 2010 y 2019 el número de personas que utilizan estas sustancias aumentó un 22%, debido en parte al crecimiento de la población mundial. Basándose únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un aumento del 11% en el número de personas que consumen drogas en todo el mundo para 2030, y un marcado aumento del 40% en África, debido al rápido crecimiento de su población joven. Según las últimas estimaciones mundiales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el último año, mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de personas que consumen drogas, padecen trastornos por consumo. En todo el mundo, se calcula que más de 11 millones de personas se inyectan drogas, la mitad de las cuales padecen hepatitis C. [8][9]

En cuanto a la prevalencia de consecuencias que genera cada una de ellas, aunque depende de su disponibilidad, cosecha y la región de la que se hable, los opiáceos siguen representando la mayor carga de enfermedad atribuida al consumo de drogas. Los dos farmacéuticos más utilizados para tratar a las personas con trastornos por consumo de opiáceos, la metadona y la buprenorfina, son cada vez más accesibles desde hace dos décadas. La cantidad disponible para uso médico se ha multiplicado por seis desde 1999, pasando de 557 millones de dosis diarias a 3.317 millones en 2019, lo que indica que el tratamiento farmacológico basado en la ciencia está más disponible ahora que en el pasado. [8]

En Colombia el consumo de drogas ilícitas se ha incrementado, no solo porque más personas las consumen, sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. Se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en el país. Esta misma tendencia se confirma en los estudios realizados en otras poblaciones. [10]

El consumo de drogas se presenta más ampliamente en hombres que en mujeres. De cada cinco personas que consumen, una es mujer y cuatro son hombres. El grupo de edad de mayor consumo es de 18 a 24 años, seguido del grupo de 12 a 17 años. Aunque las diferencias entre estratos socioeconómicos no son tan amplias para la generalidad de las sustancias, se encuentran mayores tasas de abuso y dependencia en los estratos bajos, mayor proporción de consumidores de cocaína y éxtasis en los estratos altos. [10]

En relación con el lugar de residencia se dedujo que en departamentos más urbanizados hay mayor consumo de sustancias. Por ejemplo, en Cundinamarca se encontraron prevalencias de consumo de 4,24% de marihuana y 1,31% de cocaína, en comparación con el departamento del Chocó donde se presentaron cifras de prevalencia de 1,12% de tabaquismo, 35,04% de alcohol, 0,95% de marihuana y 0,56% de cocaína. [10] [11]

En cuanto a la pandemia en relación el consumo de drogas esta ha desencadenado la innovación y la adaptación de los servicios de prevención y tratamiento de la drogadicción a través de modelos más flexibles de prestación de servicios. Muchos países han introducido o ampliado los servicios de telemedicina debido a la pandemia, lo que para los consumidores de drogas significa que el personal sanitario puede ahora ofrecer asesoramiento o evaluaciones iniciales por teléfono y utilizar sistemas electrónicos para prescribir sustancias controladas.

Aunque todavía no se conoce del todo el impacto del COVID-19 en los desafíos de la droga, el análisis sugiere que la pandemia ha traído consigo un aumento de las dificultades económicas que probablemente haga más atractivo el cultivo de drogas ilícitas para las frágiles comunidades rurales. El impacto social de la pandemia que ha provocado un aumento de la desigualdad, la pobreza y las condiciones de salud mental, especialmente entre las poblaciones ya vulnerables, son factores que podrían empujar a más personas al consumo de drogas. [10]

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992). Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento. [12]

2.2.3.1 EDAD

Existen numerosos estudios que constatan el efecto positivo de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de drogas. En la mayoría de los estudios, el comienzo en la

utilización de las drogas suele situarse entre los 13 y los 15 años. Existe un considerable aumento del consumo en este periodo, pudiendo ser ésta una etapa vulnerable para la iniciación. Los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen en la adolescencia y la forma personal en que cada sujeto asimile dichos cambios determinará el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía, actuando, así como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo al sujeto alejado de esta conducta) [12]

2.2.3.2 SEXO

En cuanto al sexo la literatura ha mostrado de forma recurrente que los hombres han mantenido consumos superiores a las mujeres en todo el elenco de sustancias disponibles, legales e ilegales (Friedman y Barnsfield, 1995; García del Castillo, Lloret y Espada, 2004). Sin embargo, en los últimos años se ha venido observando, en la mayoría de las investigaciones, una tendencia hacia la homogeneización de los patrones de consumo entre ambos sexos, tendencia que también se observa en otros países europeos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2007). [12]

2.2.3.3 CREENCIAS Y VALORES

En numerosas investigaciones, elementos como las actitudes, las creencias y los valores, se han mostrado como predictores fiables de la conducta de consumo (Villa Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006). En este sentido, lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo. Algunas actitudes, creencias y valores que actúan como factores de protección, son la religiosidad, el grado de satisfacción personal respecto a la vida y las actitudes positivas hacia la salud, entre otras (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994). [12]

2.2.3.4 HABILIDADES SOCIALES

Algunas investigaciones han relacionado el déficit de habilidades sociales con el consumo de alcohol (Gaffney et al., 1998), sobre todo, en sus componentes de conducta antisocial y falta de asertividad. Otras, encuentran relaciones entre

los déficits en habilidades sociales y el consumo de tabaco, explicando que, esta carencia de habilidades podría ser causante de estrés y por tanto la utilización de sustancias podría servir para eliminar los sentimientos de ansiedad y/o hacer frente a estas situaciones sociales. [12]

2.2.3.5 AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Son dos conceptos que están íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él; el segundo hace referencia a la valoración que damos a esta imagen de nosotros mismos. Las investigaciones muestran que los jóvenes con baja autoestima son más vulnerables a la presión de los pares para realizar comportamientos de riesgo (Crockett y Petersen, 1993). [12]

2.2.3.6 AUTOCONTROL

El autocontrol es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos. Está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que «una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan» (Vallés, 1996).

López-Torrecillas et al. (2003) han mostrado que el autocontrol se relaciona con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas, por lo que se deduce que si un sujeto presenta una puntuación baja en autocontrol la probabilidad de consumo de drogas aumenta. [12]

2.2.3.7 ACCESIBILIDAD

La disponibilidad de las mismas para los potenciales sujetos consumidores es un factor que correlaciona claramente con el

consumo. Al respecto, se ha demostrado que la percepción de fácil accesibilidad a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo (Álvarez et al., 2005) y que cuanto más alta es la permisividad al consumo, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Luengo et al., 1999) [12]

2.2.3.8 PERSONALIDAD ANTISOCIAL Y PROBLEMAS DE CONDUCTA

Para algunos autores, el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece a leyes similares (Botvin y Botvin, 1992). Estudios recientes con adolescentes españoles han encontrado que una mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad es un potente predictor del consumo de drogas, al igual que tener relaciones con amigos conflictivos y mostrar conductas violentas. [12]

2.2.3.9 TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

La frustración es un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, que surge cuando nos enfrentamos a un impedimento o bloqueo. A lo largo del proceso de desarrollo de la personalidad, las personas aprenden a postergar la gratificación de sus necesidades, de tal forma que son capaces de asumir una cierta dosis de frustración. Algunas personas, incapaces de tolerar la frustración, requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, de forma que las drogas pueden parecerles inicialmente un medio rápido para lograr el placer inmediato, más difícil de conseguir por otros medios [12]

2.2.3.10 APROBACION SOCIAL

Algunas personas tienen mayor necesidad de obtener la aprobación de los demás, lo cual les puede llevar a una situación de extrema dependencia respecto al grupo ya que, para lograrla, ajustarán su conducta a las exigencias de los demás sin tener en cuenta si se trata de un comportamiento adecuado o los costes personales que ello pueda suponer (Turbi et al., 2005). En este sentido, la escasa resistencia a la incitación grupal está relacionada con una actitud predisponerte al consumo de sustancias (Villa Moral et al., 2006) [12]

2.2.3.11 ESTRUCTURA FAMILIAR

Algunos estudios han señalado que tanto la ausencia de uno de los padres del seno familiar

como el hecho de que uno de los padres vuelvan a casarse podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir el consumo futuro por parte de los hijos (Muñoz-Rivas y Graña, 2001). En cuanto al número de hermanos, las investigaciones muestran que no afecta a la protección, siendo más importante la calidad atencional de la educación, que la cantidad de ésta, para conseguir una buena formación-protección (Martínez-González et al., 2003) [12]

2.2.3.12 ESTRATO SOCIOECONOMICO

Algunas investigaciones indican que hay alguna relación entre el estatus socioeconómico y el consumo de sustancias, en el sentido de que el mayor consumo de alcohol y marihuana se asocia al mayor nivel de estudios de los padres y probable mayor nivel socioeconómico, en muestras españolas (Recio et al., 1992). Sin embargo, en el lado contrario también se encuentran relaciones, de manera que, aquellos hijos con padres en paro o con trabajos eventuales presentan un mayor consumo de drogas (Ruiz et al., 1994). Esto probablemente refleja el hecho de que, por una parte, una mayor disponibilidad de dinero facilita la accesibilidad a las sustancias y, por otra, que, a mayores problemas económicos, afectivos y de otro tipo, se incrementa el consumo como una vía de salir o escapar de los mismos. [12]

2.2.3.13 CRIANZA

Las pautas de crianza influyen en el consumo de drogas a largo plazo. Según Moncada (1997), los déficits o los excesos de disciplina, la excesiva implicación de uno de los padres acompañada del desentendimiento o permisividad del otro, son factores asociados al uso indebido de drogas. Aparecen como características comunes en los padres de adolescentes que abusan de las drogas la baja comunicación familiar, la inconsistencia en las normas, los límites poco claros y las expectativas poco realistas sobre sus hijos. También las bajas expectativas académicas de los padres hacia sus hijos predicen el inicio en el consumo. Por otro lado, la supervisión parental, el fomento del autocontrol y la toma de decisiones por parte de los hijos son factores de protección. [12]

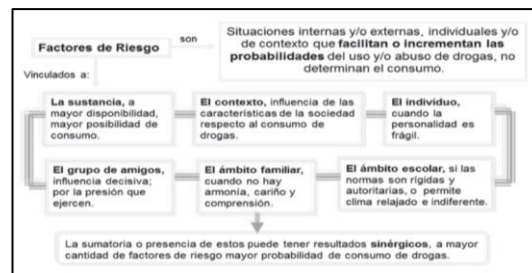


Imagen 1. Factores de riesgo asociado al consumo de sustancias. Tomada de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>

2.2.4 MANIFESTACIONES DEL CONSUMO CRONICO DE DROGAS

Cuando una persona está en la fase inicial de la experimentación con las drogas, la neurotransmisión se normaliza a medida que desaparece la intoxicación y la droga abandona el cerebro. Sin embargo, con el tiempo, el consumo continuo de drogas produce cambios en la estructura y la función neuronal que causan anomalías de larga duración o permanentes en la neurotransmisión. Estas alteraciones son la causa básica de la tolerancia a las drogas (se necesitan dosis más altas de la droga para producir el mismo efecto), la abstinencia, la adicción y otras consecuencias persistentes. [9] [13]

Algunos cambios de más larga duración comienzan como ajustes para compensar los aumentos en la intensidad de las señales de los neurotransmisores inducidos por las drogas. Por ejemplo, el cerebro responde a las repetidas oleadas masivas de dopamina inducidas por las drogas en parte reduciendo su complemento de receptores de dopamina. Esto alivia la sobreestimulación del sistema de la dopamina causada por las drogas, pero también contribuye a las características de la dependencia de las drogas (p. ej., susceptibilidad a la abstinencia) y de la drogadicción (p. ej., afectación de la capacidad para responder a las fluctuaciones normales de la dopamina producidas por satisfacciones naturales). De manera parecida, la metadona y algunos otros opioides inducen a las neuronas a retraer una parte de sus receptores opioides, haciéndolos inaccesibles para la estimulación adicional. La retracción es de corta duración, y al concluir los receptores vuelven a la superficie de la neurona, restaurando la receptividad normal a la estimulación subsecuente. Esta dinámica de reducir y luego restaurar la disponibilidad del receptor puede impedir el desarrollo de la tolerancia a estas drogas. (La morfina, por el contrario, no hace que los receptores se retraigan, y la sobreestimulación resultante de los opioides desencadena ajustes intracelulares que

parecen promover la tolerancia a los opioides.) [9][13]

En ocasiones, los mecanismos relacionados con las drogas que producen cambios acumulativos en la neurotransmisión son de naturaleza epigenética. Aunque una droga no puede cambiar los genes de una persona, sí puede estimular algunos genes para que aumenten o disminuyan su producción de proteínas, lo que puede generar cambios en la función neuronal o incluso causar la reestructuración física de las neuronas. [9]

El consumo crónico de estas sustancias puede generar cambios físicos y mentales llegando a un síndrome de abstinencia el cual se caracteriza por síntomas que pueden comenzar entre 4 y 12 horas después de reducir el consumo y durar varios días después. Dentro de este síndrome el paciente puede presentar náuseas, vómitos, dolor abdominal, sudoración, temblores y ansiedad. En casos poco comunes pueden presentarse síntomas graves de abstinencia llamados delirium tremens haciendo que el consumidor pueda experimentar audiciones o visiones de cosas que no están ahí es decir tener alucinaciones, confusión, irritabilidad, temblores intensos y convulsiones. [9]

2.2.5 DIAGNOSTICO

Se pueden analizar muestras de orina, sangre, aliento, saliva, sudor o cabello. El análisis de orina es el más utilizado debido a que no es invasivo, rápido, y capaz de detectar muchas drogas. Puede detectar drogas consumidas durante los últimos 4 días, algunas veces más, dependiendo de la droga. Los análisis de sangre no se suelen hacer porque se trata de una prueba invasiva y sólo puede detectar la presencia de drogas hasta pocas horas después de su consumo. El análisis del cabello no está disponible con tanta facilidad, pero permite detectar ciertas drogas, si estas fueron consumidas a lo largo de los 100 días previos. [14]

Las pruebas para la detección de drogas no son siempre precisas. Los análisis de orina, que son las pruebas que se utilizan con más frecuencia, dan resultados incompletos e incluso, a veces, incorrectos. A veces, las pruebas no detectan un fármaco que está tomando realmente la persona (un resultado falso negativo). Esto puede suceder si la prueba no está diseñada para detectar una droga en particular o tiene una sensibilidad limitada para dicha droga; si la orina está muy diluida, de modo que la cantidad de droga en la orina sea menor que la prueba puede detectar; o si la persona agrega una sustancia a la orina para alterar la muestra o presenta una muestra correspondiente a otra persona. Por otro lado, las

pruebas dan a veces resultados positivos cuando la persona no está consumiendo drogas (resultado falso positivo). Por ejemplo, las semillas de amapola pueden producir resultados falsos positivos para los opiáceos (la heroína es un derivado de las plantas de amapola). [14]

2.2.6 TRATAMIENTO

Más allá de las disquisiciones políticas y ético-morales asociadas al consumo de sustancias, llega un momento en que el daño a la salud de las personas requiere que los sistemas sanitarios apoyen terapéuticamente a las personas y poblaciones, para las cuales el consumo se transforma en un problema relevante de salud. En su informe anual de 2012, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) ha estimado que entre 3,4% y 6,6% de la población adulta mundial consumen drogas denominadas ilícitas, de los cuales 12% pueden ser calificados como consumidores problemáticos, estimándose además que una de cada 100 muertes en adultos es atribuible al consumo de estas drogas. [16]

Desde hace ya más de una década, se realizan esfuerzos para mejorar el impacto del conocimiento producido por la ciencia en las prácticas de atención de problemas de salud relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias. El objetivo principal para el tratamiento por uso de sustancias es lograr y mantener la abstinencia del uso de sustancias. La capacidad limitada de las intervenciones para alcanzar este objetivo y la naturaleza frecuentemente autolimitada del consumo de sustancias sugieren que la reducción del daño (es decir, la reducción del consumo y las consecuencias adversas) puede ser un resultado aceptable del tratamiento. Además del uso de sustancias, los problemas asociados deben ser objeto de tratamiento. Los problemas pueden involucrar comportamientos individuales, funcionamiento familiar, relaciones interpersonales y con compañeros, y funcionamiento académico o vocacional. [15][16]

La población con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que experimentan o corren un riesgo significativo de experimentar abstinencia al suspender el uso deben someterse a una abstinencia supervisada médicamente. La abstinencia supervisada médicamente generalmente usa agonistas u otros medicamentos que brindan alivio sintomático.

2.2.6.1 MARIHUANA

Las personas con abstinencia leve de cannabis a menudo se autotratán con ejercicio físico, meditación u oración, técnicas de relajación, preparaciones a base de hierbas, analgésicos de venta libre, sedantes, hipnóticos y consumo de alcohol

Los pacientes con abstinencia de moderada a grave tienen una mayor probabilidad de recaída debido a los efectos negativos sobre el sueño o el funcionamiento diario. Estos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento farmacológico de la abstinencia y la terapia cognitivo conductual. Hay varias opciones de medicamentos disponibles. El dronabinol (delta-9-tetrahidrocannabinol [THC] sintético), los nabiximols (una proporción 1:1 de THC:cannabidiol [CBD] derivada de plantas) y la gabapentina han demostrado eficacia para reducir la abstinencia del cannabis. [16]

No hay ensayos clínicos directos que comparen la eficacia de los tratamientos con medicamentos o con otros tratamientos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC). Ningún medicamento está aprobado para el tratamiento de la abstinencia de cannabis por ninguna autoridad reguladora nacional, incluida la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA). Por lo tanto, las opciones de tratamiento pueden basarse razonablemente en la disponibilidad del tratamiento y la preferencia del paciente. [15]

Pacientes con trastorno del sueño importante

En pacientes con trastornos del sueño importantes que afectan el funcionamiento diario se sugiere un tratamiento inicial con zolpidem, un agonista del ácido gamma aminobutírico (GABA)-A no benzodiazepínico. En estos casos, la alteración del sueño puede provocar ansiedad e irritabilidad graves que perjudican las relaciones personales y pueden incitar a la persona a reanudar el consumo de cannabis como forma de automedicación. Zolpidem mejoró la mayoría de las medidas de alteración del sueño en dos ensayos clínicos aleatorios, los sujetos que recibieron zolpidem mostraron una mejor calidad y duración del sueño en comparación con el placebo.

El nitrazepam, una benzodiazepina, es una alternativa razonable; su uso está respaldado por datos limitados, sin embargo, tiene una mayor responsabilidad por abuso, otros tratamientos también son razonables para estos pacientes, incluido el dronabinol para pacientes que también tienen otros síntomas graves de abstinencia, así como la gabapentina y la TCC.

Otros síntomas de abstinencia

Pacientes con síntomas de abstinencia de cannabis de moderados a graves (p. ej., irritabilidad, inquietud, ira o depresión) que afectan el funcionamiento diario se sugiere un tratamiento farmacológico con THC. El THC, un agonista parcial del receptor CB1 que se encuentra en la planta de cannabis, activa los receptores CB1, mejorando así su estado hipoactivo resultante de la regulación a la baja durante la exposición crónica al cannabis (THC). El uso de THC para reducir los síntomas de abstinencia del cannabis es análogo al uso de metadona o buprenorfina, agonistas de los receptores opiáceos, en el tratamiento de la abstinencia de opiáceos. [16]

Se han probado dos tipos de THC en el tratamiento de la abstinencia de cannabis, dronabinol y nabiximols, aunque no ha habido ensayos directos que comparen el dronabinol y los nabiximols, se ha descubierto que reducen los síntomas de abstinencia en cantidades similares. Una desventaja del uso de estos medicamentos es que los pacientes que toman dronabinol y nabiximols darán positivo en las pruebas de detección de cannabinoides. Una desventaja del uso de estos medicamentos es que los pacientes que toman dronabinol y nabiximols probablemente darán positivo en las pruebas de detección de cannabinoides. El síndrome de abstinencia de cannabis generalmente se resuelve dentro de las tres semanas en los ensayos con medicamentos. [16]

2.2.6.2 OPIÁCEOS

La dependencia a opiáceos es un síndrome crónico con recaídas durante las últimas tres décadas, con la llegada de suministros dramáticamente incrementados de heroína ilegal (diamorfina) distribuidos y vendidos por todos el mundo, se ha producido un aumento concomitante de la prevalencia de dicha condición. El fracaso de las sanciones criminales, la desintoxicación y la psicoterapia en el manejo de este problema creciente llevó a la aceptación de programas de sustitución de opiáceos con supervisión médica. Aunque se han usado varios opiáceos con este objetivo (p.ej, opio, heroína y morfina), recientemente el régimen más ampliamente aceptado es la terapia de mantenimiento con metadona, suministrada vía oral. [15]

La metadona es un agonista sintético de los receptores opiáceos que en los humanos produce unos efectos similares a los observados con morfina. Difiere de la morfina en que tiene un

elevado nivel de biodisponibilidad cuando se ingiere oralmente (entre 80 y 90% versus a 40%), una vez absorbida se liga extensamente a las proteínas sanguíneas, tras la administración repetida se almacena en una reserva biológica de tejido corporal y tras alcanzar un estado estable (normalmente después de 4 - 6 días) tiene una larga vida media de eliminación (entre 24 y 36 horas).

Este perfil convierte a la metadona en una droga de mantenimiento ideal para el manejo de la dependencia de opiáceos. La ruta de administración oral evita el riesgo asociado a las inyecciones, su larga vida media permite una única administración diaria y su acumulación en tejido corporal significa que tras administraciones repetidas se consiguen concentraciones plasmáticas estabilizadas. Además, la metadona no tiene efectos adversos graves a largo plazo asociados con la administración y cuando se administra oralmente durante la terapia de mantenimiento, no produce los marcados efectos ‘narcóticos’ observados en opiáceos de acción corta como la heroína [15]

El objetivo inicial al iniciar una terapia de mantenimiento con metadona es aliviar, o prevenir, los síntomas de abstinencia y alcanzar de una manera segura una dosis de mantenimiento adecuada lo antes posible. La dosis inicial de metadona oral debería estar entre los 20 y los 40 mg. La dosis real administrada debería basarse en una evaluación de la cantidad, frecuencia y ruta de administración de heroína, que el paciente ha estado consumiendo. Para los pacientes que actualmente tienen dependencia física a los opiáceos, se debería escoger una dosis entre 30 y 40 mg. Para los pacientes con antecedentes de dependencia pero que recientemente no han consumido opiáceos, 20 mg deberían ser suficientes. En los pacientes en que se sospecha una dependencia física severa, puede administrarse una dosis adicional de 10 - 20 mg, si los signos de abstinencia persisten 4 - 6 horas después de la administración. [15]

2.2.6.3 COCAÍNA

EL consumo de cocaína y otros trastornos por consumo de estimulantes son problemas importantes de salud pública. En los Estados Unidos, por ejemplo, hay 1,5 millones de consumidores habituales de cocaína. Los usuarios de tienen tasas significativamente elevadas de morbilidad médica y utilización de los recursos de atención médica. [17]

Ningún medicamento ha demostrado en ensayos aleatorizados que sea consistentemente eficaz para los trastornos por consumo de estimulantes.

Solo las intervenciones psicosociales han demostrado eficacia para reducir el consumo de estimulantes, pero estos tratamientos por sí solos son insuficientes para muchos pacientes, lo que impulsó la investigación sobre la neurobiología del trastorno por consumo de estimulantes y los ensayos de varios medicamentos potenciadores.

Agonistas de la dopamina: de forma análoga al uso de la metadona en el tratamiento del trastorno por consumo de opioides, se han probado agonistas de la dopamina, anfetamina de acción prolongada y metanfetamina en pacientes con trastorno por consumo de estimulantes. Las drogas se unen al mismo receptor que la cocaína, pero son menos abusables que la cocaína debido a su absorción relativamente más lenta y su acción de mayor duración [17]

Modafinilo: el modafinilo, un estimulante suave que se usa para tratar la narcolepsia y el trastorno del sueño por turnos de trabajo, mostró una promesa inicial para la dependencia de la cocaína según el DSM-IV que no se confirmó en ensayos más amplios. Modafinil ha sido probado por su capacidad para aumentar la abstinencia en pacientes dependientes de la cocaína y para reducir los síntomas de abstinencia de la cocaína. Se ha demostrado que aumenta la neurotransmisión dopaminérgica al bloquear el transportador de dopamina, también mejora la neurotransmisión de glutamato y puede ser eficaz para el trastorno por uso de cocaína al mejorar el agotamiento del glutamato observado en los consumidores crónicos. [17]

Disulfiram: es un medicamento con cierta evidencia de eficacia en el trastorno por consumo de alcohol, se ha mostrado prometedor para el trastorno por consumo de cocaína. Afecta el consumo al disminuir las propiedades de refuerzo de la cocaína o al hacer que su sea aversivo. Bloquea la degradación de la cocaína por las esterasas plasmáticas y bloquea la conversión de dopamina en norepinefrina por la enzima dopamina beta-hidroxilasa. [17]

Medicamentos GABAérgicos: la vigabatrina y el topiramato son medicamentos GABAérgicos que se han probado en el trastorno por consumo de cocaína; los ensayos clínicos han encontrado resultados mixtos sobre la eficacia del topiramato en la prevención de recaídas, mientras que el ensayo más grande y riguroso de vigabatrina fue negativo.

Los ensayos preclínicos de medicamentos que fomentan la neurotransmisión GABAérgica han sugerido que estos compuestos reducen la respuesta de la dopamina tanto a la administración de cocaína como a los

recordatorios condicionados del consumo previo de cocaína. Los medicamentos GABAérgicos podrían potencialmente prevenir la recaída al bloquear la euforia inducida por la cocaína o al reducir el ansia causada por la exposición a recordatorios condicionados del consumo previo de cocaína. [17]

Antidepresivos: se ha demostrado que el bupropión, un inhibidor de la recaptación de dopamina y norepinefrina, es eficaz en el tratamiento de la depresión mayor y la dependencia de la nicotina. Se ha propuesto aliviar los síntomas de abstinencia de estimulantes al facilitar la neurotransmisión de dopamina. Sin embargo, en un ensayo clínico de 12 semanas que incluyó a 149 pacientes con dependencia simultánea de cocaína y opioides que recibieron mantenimiento con metadona, no se encontró que el bupropión fuera eficaz en comparación con el placebo para la dependencia de la cocaína [17]

Terapia cognitiva conductual (TCC)

la TCC se basa principalmente en la teoría del aprendizaje social. De acuerdo con esta perspectiva teórica, el uso problemático de sustancias se considera en gran medida un comportamiento aprendido. Es probable que las personas se involucren en el uso problemático de sustancias, incluidas las recaídas, cuando se encuentran en situaciones de alto riesgo. [18]

Cuando se encuentra una situación de alto riesgo y aumenta el estrés o estimula el ansia, la probabilidad de que ocurra el consumo de alcohol o drogas está determinada por una combinación de motivación, atribuciones y otras cogniciones, autoeficacia y capacidad de afrontamiento. Es más probable que las personas beban o usen drogas si su motivación para cambiar el comportamiento o la autoeficacia para montar un comportamiento de afrontamiento es baja, o si sus habilidades de afrontamiento para esa situación son deficientes. Las cogniciones y atribuciones sesgadas que afectan el juicio y socavan los esfuerzos de afrontamiento también pueden contribuir a un mayor riesgo de uso de sustancias o recaídas. [18]

Los metaanálisis generalmente han concluido que la TCC produce pequeños efectos positivos en los resultados del consumo de sustancias en comparación con otras intervenciones. Una revisión meta analítica de 2009 de 53 ensayos de TCC para trastornos por consumo de alcohol o drogas ilícitas (de 1980 a 2006) con una variedad de condiciones de comparación encontró un pequeño efecto positivo general. Los resultados del consumo de sustancias variaron ampliamente entre los ensayos. Como estimación del tamaño

del efecto observado, promediado en todos los ensayos, el 58 % de los pacientes que recibieron TCC tuvieron mejores resultados en el uso de sustancias en comparación con los pacientes que recibieron una intervención o un control alternativos. [18]

Los análisis de moderadores encontraron que los efectos positivos de la TCC fueron mayores en los estudios de tratamiento para los trastornos por consumo de cannabis, en comparación con los de los trastornos por consumo de alcohol, estimulantes, opiáceos o poli drogas. [18]

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se clasifica como un estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa de corte transversal con un sentido retrospectivo porque su objetivo principal es caracterizar la población consumidora de sustancias psicoactivas con screening toxicológico positivo para cocaína, cannabis y opioides entre 15-45 años de edad que ingresaron al HUEM entre el 2020- 2021. Además, caracterizar sociodemográficamente e identificar factores de riesgo de dicha población, siendo la población definida y en un punto específico de tiempo y no involucrando seguimiento ya que se analizó en el presente con datos del pasado.

3.2 POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio fueron los pacientes entre 15-45 años que consultaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz en la ciudad de Cúcuta en un periodo de tiempo de 2 años comprendido entre en 1 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2021 y en quienes solicitaron screening toxicológico y salió positivo para cannabis, cocaína u opiáceos, teniendo en cuenta los datos proporcionados por la base de datos del Hospital Universitario Erasmo Meoz

3.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mayores de 15 años y menores de 45 años quienes consultaron al HUEM en el periodo entre 2020 a 2021 por diferentes etiologías y en quienes solicitaron un screening toxicológico.
- Pacientes a los cuales les salió screening toxicológico positivo para cannabis, cocaína u opiáceos.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con screening toxicológico positivo para cocaína, cannabis u opiáceos menores de 15 años y mayores de 45 años atendidos en el HUEM entre 2020 a 2021.
- Pacientes entre 15 y 45 años con screening toxicológico positivo para cocaína, cannabis u opiáceos que no cuentan con identificación.
- Pacientes entre 15 y 45 años con screening toxicológico negativo en el periodo entre 2020 a 2021.

3.4 DETERMINACION DEL TAMAÑO Y COMPOSICION DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra, el tipo de muestreo que se empleo fue una muestra no probabilística, por conveniencia de 160 pacientes.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.5.1. MÉTODO

Para la selección de la muestra se acudió a la base de datos del Hospital Universitario Erasmo Meoz por un tiempo de 1 mes, en donde se revisaron de manera individualizada las historias clínicas y se realizó la tabulación en el instrumento de recolección.

3.5.2. INSTRUMENTO Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado fue realizado por los investigadores con base a las variables estudiadas.

Las variables se dividieron en: Sociodemográficas (edad, sexo, y ocupación), y cualitativas al distribuir por las especialidades que fueron atendidas (toxicología, psicología, trabajo social), tipo de diagnóstico de ingreso y si tenían o no algún trastorno mental asociado. Mediante este instrumento se permitió recolectar la información necesaria para cumplir los objetivos

3.5.3. TECNICA DE ANALISIS DE DATOS

Como paquete estadístico se utilizó Microsoft Office Excel. Mediante la herramienta de tabla dinámica se agruparon las variables estudiadas de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se utilizó estadística descriptiva, cuya tarea es describir datos, valores y puntuaciones obtenidas en cada variable según la frecuencia.

Para su análisis, se realizaron tablas y graficas; se aplicaron medidas de tendencia central, promedio, frecuencias, porcentajes.

3.5 MARCO LEGAL

- Ley 30 de 1986
- Resolución 1075 de 1992
- Decreto 1108 de 1994
- Resolución 1016 de 1996
- Resolución 2358 de 1998
- Plan Nacional de Lucha contra las drogas, Colombia 1998-2002
- Resolución 412 de 2000
- Resolución 196 de 2002
- Política Nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas 2006
- Ley 1566 de 2012

CAPITULO IV: PROPUESTA

4.1. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES					
	12	1	2	3	4	5
Planteamiento del problema y revisión de la literatura	X					
Realización de los objetivos del proyecto	X					
Construcción de los antecedentes nacionales e internacionales	X					
Elaboración del marco conceptual	X					
Construcción de estructura del proyecto y diseño metodológico		X	X			
Recolección de datos					X	
Análisis de datos (tabulación) y construcción de resultados					X	
Construcción del documento final						X
Elaboración del artículo						X
Sustentación del proyecto de investigación						X

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

- **Planteamiento del problema y revisión de la literatura.** Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, SpringerLink, UpToDate, Elsevier, Medline, Cochrane, Scielo y Redalyc, entre otras; utilizando los términos sustancias psicoactivas, cocaína, marihuana, cannabis u opiáceos.
- **Realización de los objetivos del proyecto.**
- **Construcción de los antecedentes nacionales e internacionales y**

elaboración del marco conceptual. En base a lo encontrado en la revisión de la literatura se extrajo la información.

- **Construcción de estructura del proyecto y diseño metodológico.** En base a los objetivos de la investigación se realizó la estructura metodológica del proyecto con la finalidad de cumplirlos a cabalidad.
- **VARIABLES.** En base a los objetivos de la investigación se utilizó: sociodemográficas (edad, sexo, y ocupación).
- **Recolección de datos.**
- **Análisis de datos (tabulación)**
- **Resultados.**
- **Análisis y discusión.**
- **Construcción del documento final.**
- **Elaboración del artículo**
- **Sustentación del artículo**

CAPITULO V. RESULTADOS

Se revisaron 3000 historias clínicas, de los cuales 160 cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron ningún criterio de exclusión. La mayoría de screening toxicológico positivo se diagnosticaron en el año 2021 (65%). Predominaron los hombres con 77 casos (76.8%). La edad de los pacientes oscilo entre los 15- 45 años de edad, se realizó una distribución por grupos etarios donde se encontró que el grupo más frecuente al cual se le detectaba alguna de las sustancias estudiadas en el screening toxicológico fue el de 20 a 24 años de edad con un total de 44 casos (27.5%), el siguiente grupo fue el de 30 a 35 años con un total de 34 casos positivos (21.2%), posteriormente se encontró el grupo de 25 a 29 años de edad con un total de 32 casos (20%), seguido por el grupo de 15 a 19 años de edad con 26 casos (16.2%) y por último el grupo de mayores o iguales a 36 años de edad con un total de 24 casos (15%); hubo una media de edad de 32 años y una desviación estándar de 7.04. Respecto a la nacionalidad de los pacientes fue colombiana en 111 casos (69.3%) y venezolana en 49 casos (30.6%).

En cuanto a la ocupación que desempeñaban los pacientes con screening toxicológico positivo para cannabis, cocaína y opioides la mayoría fue

oficios varios en 27 casos reportados (16.8%) , considerándose oficios varios como aquellos en los cuales no cuentan con un título profesional y solo tienen título de bachiller, seguidos por habitantes de calle en un total de 21 casos (13.1%), desempleados en 18 casos reportados (11.2%), estudiantes en 8 casos (5%) al igual que privados de la libertad y solo 2 casos para profesionales (1.1%) definiéndose como aquellos los cuales contaban con un título técnico o universitario. Cabe destacar que dentro de la revisión se encontró 76 casos (47.5%) positivos en los cuales no había información de la ocupación.

Al analizar cuál fue la sustancia que mayormente consumían los pacientes que tenían un cribado toxicológico positivo se logró encontrar que el cannabis era la que mayormente se detectaba en la muestra con 112 casos (70%), seguido de la cocaína con 101 casos (63.1%) y finalmente los opioides con un total de 24 casos reportados (15%). También era de suma importancia estimar cuantas sustancias consumían los pacientes que cumplían los criterios de inclusión de esta investigación al momento del cribado encontrando que 91 (56.8%) de ellos consumían 1 sola sustancia psicoactiva seguidos de 62 (38.7%) pacientes los cuales consumían 2 sustancias psicoactivas y solo 7 (4.3%) pacientes consumían las 3 sustancias estudiadas.

Hablando de la tasa de mortalidad estima en dicha población se calculó que fue 12.5%, de estos pacientes estudiados se encontró 9 (5.6%) casos positivos los cuales consumían alguna de la sustancia psicoactiva estudiada eran mujeres en situación de gravidez y en 123 (76.8%) casos no aplicaba puesto que eran hombres. Era vital investigar sobre el diagnóstico de ingreso para determinar porque se solicitaba en estos pacientes el cribado toxicológico y a qué situación se podría asociar, reuniendo en grupos los cuales fueron trauma con la mayoría de casos positivos encontrándose 67 (41.8%) casos con este diagnóstico de ingreso, seguido por 43 casos positivo (26.8%) para otro tipo de diagnóstico no común ya fuera dolor abdominal, mioclonía, disfunción de colostomía, gastroenteritis, dolor precordial; intoxicación como diagnóstico de ingreso en 28 casos reportados (17.5%), trabajo de parto en 11 casos (6.8%) al igual que autolesión.

En el caso de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas hemos encontrado que en varios estudios nacionales e internacionales sugieren un manejo interdisciplinario por parte de las especialidades de toxicología, psicología y trabajo social debido a los factores de riesgo que contribuyen a que una persona sea más propensa a consumir alguna droga, por lo cual fue un pilar que decidimos investigar en este estudio encontrando que 117 (73.1%) pacientes con

screening toxicológico positivo para una de las 3 sustancias estudiadas fueron valorados por la especialidad de toxicología, 77 (48.1%) pacientes fueron valorados por trabajo social y solo 55 (34.3%) pacientes fueron valorados por psicología; de estos últimos se investigó cuales habían sido diagnosticados o traían un diagnóstico de algún trastorno mental o emocional considerándose un factor de riesgo para el consumo de dichas sustancias encontrando 42 (26.2%) casos positivos con depresión, trastorno de ansiedad etc. Adjuntamos los resultados estadísticos en forma de tablas y gráficos.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA		
Tabla 1. Distribución del Sexo del Paciente.		
Sexo	Pacientes	Porcentaje (%)
Masculino	123	76.8
Femenino	37	23.1
	160	100

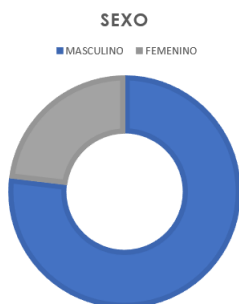


Gráfico 1: Distribución porcentual del género del paciente

La proporción de pacientes masculinos, 76.8%, sobrepasa con creces a la correspondiente proporción femenina con apenas 23.1 %. Los hombres tienen una probabilidad del 53% más que las mujeres de ser consumidores de sustancias psicoactivas.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA		
Tabla 2. Distribución por Grupos Etarios.		
Edad (años)	Pacientes	%
15 a 19	26	16.2
20 a 24	44	27.5
25 a 29	32	20
30 a 35	34	21.2
Mayores de 36	24	15
Total	160	100

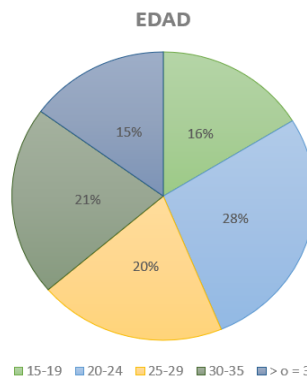


Gráfico 2. Distribución por grupos etarios

Se construyen cinco grupos de edades o grupos etarios basados en su dispersión e indicados en la tabla 2. Se observa que los grupos que representan a los grupos etarios con mayor frecuencia son los comprendidos entre 20 a 24 años, con un porcentaje de 27.5 %.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA		
Tabla 3. Distribución de la Nacionalidad del Paciente		
Nacionalidad	Pacientes	%
Colombiana	111	69.3
Venezolana	49	30.6
	160	100



Gráfico 3. Distribución porcentual de la nacionalidad del paciente

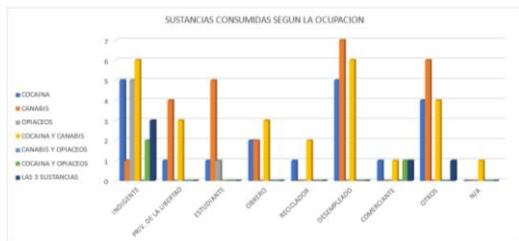
Es evidente que los ciudadanos de nacionalidad colombiana representan el mayor número de pacientes que fueron diagnosticados con screening toxicológico positivo para cannabis, cocaína u opiáceos, con un contundente 69.3% contra 30.6% de pacientes venezolanos.

Tabla 4. Ocupación de pacientes atendidos en el HUEM en el periodo comprendido entre el 2020-2021 con perfil toxicológico positivo		
OCUPACIÓN	#	%
Habitante de calle	21	13.1
Privado de la libertad	8	11.2
Desempleado	18	11.2
Estudiante	8	5
Profesional	27	17
Oficios varios	2	1.1
Oficios varios	2	16.8
Sin datos	76	47.5
TOTAL	160	100



Gráfico 4. Distribución porcentual de la ocupación del paciente

Se logro determinar que la mayoría de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas son aquellos que trabajan en oficios varios como zapateros, mensajeros, albañiles que solamente cuentan con el título bachiller. También se pudo evidenciar que la población estudiada que contaba con título universitario o técnico tenía menor incidencia a consumir sustancias psicoactivas.



Gráfica 5. Distribución de tipo de sustancias psicoactivas consumidas según la ocupación

Se determina que el mayor consumo de cannabis se presenta en personas sin empleo. En cuanto a los habitantes de calle se logró evidenciar que consumen cocaína y opiáceos en mayor frecuencia que el cannabis y aquellos pacientes cuya ocupación se clasifico entre oficios varios se identificó que se asocian más al consumo de cocaína y cannabis.

Tabla 5. Tipo de sustancia psicoactiva consumida en los pacientes con screening toxicológico positivo en el HUEM entre 2020-2021

Tipo de sustancia	#	%
Cocaína	101	63,1
Cannabis	112	70
Opioides	24	15
TOTAL		100



Gráfica 6. Distribución porcentual de tipo de sustancia psicoactiva consumida

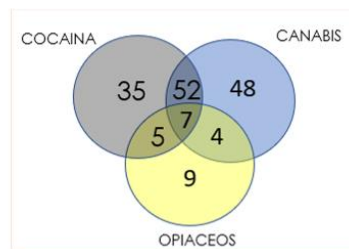
Se pudo evidenciar que la sustancia que más se detectó en los pacientes con cribado toxicológico positivo en el HUEM durante 2020 a 2021 fuera el cannabis con un 70% seguido por la cocaína con un 63.1% y en menor consumo los opioides con un 15%.

Tabla 6. Numero de sustancias psicoactivas consumidas por la muestra

Número de sustancia psicoactivas	#	%
Una sustancia psicoactiva	91	56,8
Dos sustancias psicoactivas	62	38,7
Tres sustancias psicoactivas	7	4,3
TOTAL		100



Gráfica 7. Distribución según número de sustancias psicoactivas consumidas por la muestra



Gráfica 8. Asociación entre el número y tipo de sustancias psicoactiva consumida

Tabla 7. Número y tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes con cribado toxicológico positivo

SUSTANCIA	N PACIENTES
Cocaína y cannabis	52
Cannabis y opiáceos	4
Cocaína y opiáceos	5
Las 3 sustancias	7
TOTAL	160

Se logró evidenciar que la mayoría de pacientes de la muestra es decir un 56.8% consumen solamente una sustancia psicoactiva seguidos por el 38.7% que consumen dos sustancias psicoactivas, en cuanto al tipo de alucinógeno dentro de los pacientes que consumen 2 tipos de sustancias psicoactivas la combinación más común de estas es la cocaína y el cannabis. Solo el 4.3% de la muestra consume los 3 tipos de drogas estudiadas.



Gráfica 9. Distribución porcentual del diagnóstico de ingreso de los pacientes con screening toxicológico positivo

Es importante asociar el diagnóstico de ingreso de un paciente para evidenciar por qué solicitaron un screening toxicológico evidenciándose por obvias razones que los pacientes que llegaban con trauma al hospital Erasmo Meoz en el periodo descrito (41.8%) eran a los que más se les solicitaba screening toxicológico puesto que el consumo de sustancias psicoactivas se asocia a accidentes de tránsito, politraumatismos debido al estado de consciencia del paciente, evidenciando también que una menor cantidad de pacientes ingresan

por intoxicación con las sustancias psicoactivas mencionadas y que un porcentaje del 6.8% de pacientes que consumen sustancias psicoactivas llegan por autolesión considerándose un factor de riesgo que pone en peligro la vida del paciente.

Tabla 9. Pacientes embarazadas con screening toxicológico positivo en el HUEM entre 2020-2021

SI / NO / NO APLICA	#	%
SI	9	5.6
NO	28	17.5
NA	123	76.8
TOTAL	160	100



Gráfica 10. Distribución porcentual de pacientes con screening toxicológico positivo que también se encontraban en estado de gravidez

Dentro de la población estudiada con screening toxicológico positivo se encontró que el 5.6% estaba en embarazo y del 100% de las pacientes femeninas, el 22% se encuentran en estado de embarazo.

Tabla 10. Pacientes con cribado toxicológico positivo y valoraciones interdisciplinarias solicitadas

VALORACION INTERDISCIPLINARIA	SI	%	NO
Toxicología	117	73.1	43
Trabajo Social	77	48.1	83
Psicología	55	34.3	105
TOTAL	100	100	



Gráfico 11. Distribución porcentual según valoración interdisciplinaria

El 73.1% de pacientes con cribado toxicológico positivo para alguna sustancia psicoactiva se le solicitó valoración por toxicología sin embargo el 26.8% de ellos no se le solicitó esta valoración. Respecto al importante manejo conjunto que se le debería dar a estos pacientes se encontró que psicología valoró el 34.3% de la totalidad de los pacientes y trabajo social valoró el 48.1% de estos.

Tabla 11. Trastorno mental como factor de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas

Trastornos	#	%
SI	42	26.2
NO	118	73.3
TOTAL	160	100



Gráfico 12. Distribución porcentual de trastorno emocional asociado al consumo de alucinógenos

Dentro de la muestra se encontró que aquellos pacientes con screening toxicológico positivo el 26.2% tenía o se le diagnosticó un trastorno mental o emocional asociado lo cual evidencia que este es un factor de riesgo importante ya sea para iniciar el consumo o desencadenante por el consumo.

Tabla 12. Mortalidad en pacientes con cribado toxicológico positivo

CONDICION	N	%
Con vida	158	98.7
Fallecidos	2	1.2
TOTAL	160	100



Gráfico 13. Mortalidad en pacientes con cribado toxicológico positivo

El porcentaje de los pacientes que han fallecido es del 1% por lo que se evidencia que el consumo de alucinógenos puede traer consecuencias graves y a largo plazo para el ser humano sin embargo no es un factor determinante en la vida de pacientes que los consumen.

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

Dado que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública que ha ido en aumento en la población con efectos perjudiciales sobre la salud y genera costos elevados en el sistema de atención hospitalario dentro del presente trabajo se planteó caracterizar la población consumidora de sustancias psicoactivas que ingresaron al HUEM entre el 2020-20221 y analizar los factores sociodemográficos que inciden esta práctica que ha venido en aumento. En la muestra de 160 personas atendidas con screening toxicológico positivo ya sea para cocaína marihuana u opioides que cumplían los criterios de inclusión

el 69.3% eran de nacionalidad colombiana además se encontró que un 76.8% eran hombres vs un 23.3% que eran las mujeres por lo cual se concluye que es mayor la prevalencia del consumo de sustancias ilegales en el sexo masculino al igual que se encontró en el estudio DANE 2019 donde se evidenció una brecha de 8.5 porcentuales de los hombres (14%) sobre las mujeres (5.6%), cabe destacar también que en un estudio del 2019 por Bacallado y Bravo et al en cuanto a la prevalencia del consumo de sustancia ilegales según el sexo en Europa también lograron identificar que el sexo masculino consumen más drogas con independencia del ámbito geográfico en que se encuentran y dicho consumo aumenta a medida que pasan los años.

Otro factor sorprendente encontrado en este estudio en cuanto a la población femenina consumidora de sustancias alucinógenas fue que el 5.6% de ellas se encontraba en estado de embarazo al momento de ser atendida, esta premisa es apoyada por un estudio realizado en un Hospital Universitario en Sao Paulo (Brasil) que reveló que solo el 38% de las embarazadas recibían información sobre el uso de drogas durante la gravidez. Barry y Col reportaron en un trabajo realizado en el Coombe Women's Hospital de Dublín que el 58% de las mujeres atendidas allí conocían los peligros de consumir alucinógenos durante el embarazo mientras que en el año 2006 esa proporción descendió a 44% siendo 2/3 consumidoras durante la gravidez y 2/3 de estas menores de 18 años por lo tanto revela la importancia de crear consciencia y programas en toda la población femenina en edades conceptuales para brindar información del peligro y las consecuencias que puede traer consumir sustancias psicoactivas para el binomio madre- hijo.

El análisis de los resultados muestra un mayor consumo en las edades entre 20-24 años que representa el 27.5% de la población estudiada, en el estudio de Córdoba y Col se tomó una población entre los 18 a los 45 años y el 87.2% se encontraban en rangos de edades entre los 18 y 25 años. En cuanto a la ocupación que desempeñaban los pacientes atendidos en el HUEM un 16.8% se dedicaba a oficios varios, es decir que solo tenían título bachiller y ningún título profesional por lo cual entre las ocupaciones descritas se encontraban mensajeros, zapateros, maestro de construcción, albañiles logrando evidenciar que el estrato socioeconómico de las personas y el nivel de estudios si es un factor asociado al consumo de drogas; es decir se ve un mayor consumo de drogas en estratos socioeconómicos bajos sin embargo esto es contrario a lo encontrado por la UNODC en el 2021 donde el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 4.2% de los encuestados, seguido

por los estratos 5 y 6, con 2.9%. En el estrato 3 se reporta consumo reciente en 2.8% de los encuestados, y 2.4% en los estratos 1 y 2. Los resultados reportan que la sustancia que más consumían los pacientes es el cannabis con un 70% esto apoyado por el estudio de Córdoba y Col donde encontraron que la sustancia más consumida en los estudiantes de una universidad de pasto también era marihuana con un 11.2%.

Así mismo en la población analizada se observó que 56.8% utilizaba una sola sustancia por el contrario en la revisión de Montañez y col en la universidad de Málaga en el 2020 se encontró un aumento en el patrón de consumo de múltiples sustancias psicoactivas asociada a fines recreativos. En cuanto a la tasa de mortalidad fue de un 12.5%, el diagnóstico con el que más estuvo relacionado la atención médica asociada al consumo de sustancias fue trauma, adicionalmente para apreciar el manejo interdisciplinario que se brindaba a los pacientes se valoró si se prestaba la atención en salud por parte de toxicología, trabajo social y psicología, mostrando que toxicología fue el servicio que más examinó la condición clínica de los pacientes con un 74% seguido de trabajo social con un 52%. De la misma manera, se indagó si los pacientes tenían un diagnóstico o se diagnosticaron con un trastorno emocional encontrándose que un 26 % tenían relación con depresión, trastorno de la ansiedad, etc lo que confirma una relación entre la salud mental y el consumo de alucinógenos, esto también es fuertemente evidenciado en un estudio publicado en el 2020 en la Revista Cubana de Medicina Militar donde se evidenció que De los pacientes estudiados, 21 masculino y 9 femeninas, presentaron depresión alta, moderada 18 masculinos y 2 femeninas y baja 21 del sexo masculino. Quienes presentaron mayores niveles de ansiedad, fueron los del sexo masculino, del grupo de edad de 41 a 50 años y con nivel escolar secundario, confirmando que los pacientes presentaron alteraciones tanto ansiosas como depresivas y el tiempo de consumo estuvo relacionado con la intensidad de la sintomatología. A mayor intensidad de la sintomatología afectiva, hubo mayor probabilidad de consumo.

CONCLUSIONES

-Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteración en las funciones que regulan el pensamiento, emociones y el comportamiento. Su consumo se asocia fuertemente a factores sociodemográficos como son el sexo, donde se evidencia que los

hombres tienden a ser mayormente consumidores de sustancias psicoactivas que las mujeres.

-El análisis del consumo de drogas muestra un aumento en el uso de múltiples sustancias esto se evidencia en los estudios realizados por el observatorio de drogas de Colombia, así mismo en el análisis de datos se encontró que un gran porcentaje (38%) de los pacientes utilizan más de dos sustancias. Lo cual está relacionada a mayores riesgos para la salud, se deben realizar intervenciones tempranas para evitar costos de atención hospitalaria, pérdida de empleo, así como morbilidad en la población adulta.

-En esta investigación se mostró que en pacientes atendidos en el Erasmo Meoz la especialidad de toxicología valoro al 73% de los pacientes atendidos con screening toxicológico positivo, se presentó un acompañamiento del 48% por trabajo social y en un 34% por psicología. Esto muestra muy poco seguimiento interdisciplinario a la población que consume sustancias psicoactivas para realizar intervenciones tempranas y evitar recaídas

-Se encontró que el grupo etario con mayor proporción de pacientes de fue de 20-14 años, lo que permite correlacionar esta información con los datos proporcionados por la ONU donde afirma que los adultos jóvenes representan la mayor parte de consumidores de sustancias psicoactivas.

-El presente estudio demuestra que la sustancia más consumida por la población es la Cannabis de esta manera reafirma los resultados obtenidos por el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2019.

-El consumo de sustancias psicoactivas es un tema de salud pública ubicado entre las 10 enfermedades más prevalentes a nivel mundial, por tal razón es importante conocer el impacto migratorio que tiene en nuestro país, se halló que un 30.6% de nuestra población tiene nacionalidad venezolana lo que nos permite inferir que aproximadamente un tercio de los consumidores de sustancias corresponden a pacientes originarios del vecino país.

REFERENCIAS

[1] Abuso de sustancias, organización panamericana de la salud, disponible en <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>, citado el 28/02/22

[2] Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, Colombia 2019, disponible en <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>, citado el 25/02/22

[3] Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia 2009, disponible en https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_e_n_Conflicto_2009.pdf, citado el 20/02/22

[4] VILLATORO, Jorge et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Ment* [online]. 2012, vol.35, n.6, pp.447-457. ISSN 0185-3325, citado el 03/02/22

[5] Abuso de sustancias, Organización Panamericana de la salud, disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>.

[6] Sherman Carl, Características que definen la intoxicación por drogas y drogadicción se pueden atribuir a alteraciones en el envío de señales de una neurona a otra, National Institute on Drug Abuse, disponible en: <https://archives.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2017/08/efectos-de-las-drogas-sobre-la-neurotransmision>.

[7] Moreira Dario, Diagnostico sobre la problemática del consumo de drogas en la ciudad de Trinidad departamento de Flores, Uruguay, 2020. Disponible en: http://cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/SAVIA-%20Flores.pdf

[8] UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis, 2021, disponible en: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html

[9] Pacheco Aldo, Avaliação do consumo de drogas ilícitas per capita por epidemiologia de águas residuais: impacto no meio ambiente e saúde pública, disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/articulo/view/6555>

[10] Acosta Andres, Rincon Julieth, consumo de drogas en Colombia: análisis del enfoque de salud pública para su abordaje. Disponible en:

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/academia/article/view/6006>

[11] DANE, Encuesta nacional del consumo de sustancias psicoactivas, 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>

[12] Peñafiel Eva, Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes, 2009, disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>

[13] Rodríguez Beleño, Díaz Morales Senith Marcela, 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, disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/7808>.

[14] Pruebas de detección de drogas, disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/temas-especiales/drogas-recreativas-e-intoxicantes/pruebas-de-deteccion-de-drogas>.

[15] Jeff Ward, James Bell, Richar Mattick, Wayne Hall. Terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos. Centro nacional de investigación sobre drogas y alcohol, Universidad de New South Wales. 1998. https://www.researchgate.net/profile/Wayne-Hall-5/publication/242101874_Terapia_de_mantenimiento_con_metadona_para_la_dependencia_de_opiaceos/links/5406d4260cf23d9765a80f2c/Terapia-de-mantenimiento-con-metadona-para-la-dependencia-de-opiaceos.pdf

[16] Oscar Bukstein. Enfoque para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en adolescentes. 2022. https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-substance-use-disorder-in-adolescents?search=intervenciones%20en%20el%20consumo%20de%20sustancias&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1127590726.

[17] Kile Kampman. Farmacoterapia para los trastornos por consumo de estimulantes en adultos. 2022. https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-stimulant-use-disorders-in-adults?sectionName=PHARMACOTHERAPY&search=abstinencia%20cocaína%20&topicRef=109499&anchor=H1146009388&source=see_link#H3352820600

[18] James R. McKay. Psicoterapias para los trastornos por consumo de sustancias. 2020. https://www.uptodate.com/contents/psychotherapies-for-substance-use-disorders?search=tratamiento%20adicción%20drogas&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2942177215

[19] Martín Montañez, Barón Lopez, Rubio Lamia et al. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias psicoactivas en estudiantes de la universidad de Málaga. Trastornos adictivos. volumen 13. 2011. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575097311700320>.

[20] Edwin Córdoba, Sonia Betancourth, Lised Tacá, Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de pasto, Colombia. Psicogente vol20. 2017. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-01372017000200308&lang=es.

[21] Pascale Antonio, consumo de drogas durante el embarazo, 2018, disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

[22] Contreras Yanetzi, Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000100007.

[23] Bejarano, Julio; Obando, Patricia Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en salas de emergencia de dos hospitales generales de Costa Rica Salud y drogas, vol. 2, núm. 1, 2002, pp. 47-60 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España.

[24] NIDA, Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2016). Entendiendo el uso de drogas y la adicción. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>.

[25] Santamaria J. Manejo multidisciplinario de los trastornos adictivos. Unidad de trastornos adictivos de Santander, España. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-manejo-multidisciplinario-trastornos-adictivos-proposito-13137802>

